

## REEMBOLSOS

### PARA ATENCIÓN EN CLÍNICAS E INSTITUCIONES SIN CONVENIO

#### REQUISITOS:

1. Estar al día en sus aportes mensuales al SEMEFA y cuota de colegiado. Recordar que el pago de aportaciones es adelantado.
2. **Plazo de presentación: Hasta 30 días calendario a partir de la emisión de Factura.**  
Documentos presentados en forma extemporánea no serán admitidos ni reconocidos por SEMEFA.  
**Firmar la solicitud** para reembolso que será llenado en las oficinas del SEMEFA el día que se acerque a presentar todos los documentos solicitados para el trámite. En caso que faltase algún documento, el expediente no podrá ser tramitado hasta que se complete.  
**2.1 Copia de DNI del titular** (para emisión del cheque), en caso que el titular no pueda cobrar el cheque, el familiar podrá presentar una carta poder simple con la firma y huella de índice derecho del titular y adjuntar copia de DNI del mismo.
3. **Factura original con sello y firma de cancelación (Usuario y SUNAT) a nombre del Colegio Médico del Perú,** con RUC 20139589638 y registro de la dirección del domicilio fiscal Malecón de la Reserva N°791 Miraflores – Lima, si la facturación es por el monto total de la atención, se debe adjuntar el detallado de costos. En caso de aquellas facturas cuyo monto sean iguales o superiores **a S/. 700.01 y en cumplimiento con las disposiciones de la SUNAT. Sistema de Pago de Obligaciones Tributarias (SPOT), es requisito indispensable adjuntar la constancia de auto detracción, documento que debe solicitarse a la institución que prestó la atención.**
4. **En caso de exámenes especializados,** adjuntar copia de la orden médica (con el nombre del paciente, diagnóstico presuntivo, indicación del examen a realizar, fecha de atención, firma y sello del médico tratante) y copia de los resultados de los exámenes realizados.
5. **En caso de Medicina Física y Rehabilitación,** adjuntar copia del informe médico con registro del diagnóstico, tipo de terapia, número de sesiones, firma y sello del médico tratante, copia de la cartilla de asistencia con registro de las fechas y conformidad por las sesiones recibidas.
6. **En caso de emergencias (accidental o médica),** adjuntar copia de la Hoja de emergencia y/o Historia Clínica, resultado de exámenes y el detallado con costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos.
7. **En caso de cirugía y tratamientos ambulatorios,** adjuntar copia del informe médico, reporte operatorio, resultados de exámenes y el detallado con costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos.
8. **En caso de cirugía y tratamientos con hospitalización,** adjuntar copia del informe médico y/o epicrisis, reporte operatorio, resultados de exámenes y el detallado con costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos.

**NOTA IMPORTANTE:**

1. No se acepta reembolsos originado bajo auto prescripción.
2. No se aceptan tickets, boletas de venta o recibo por Honorarios para solicitar reembolso por una atención.
3. El SEMEFA no podrá cubrir reembolsos de Establecimiento de Salud no registradas en RENIPRESS.
4. **El reembolso se hará efectivo como máximo en 30 días calendario de presentado el expediente completo, en caso de ser observado el expediente y absuelta la observación, se tomará en cuenta los 30 días a partir de la fecha que se levantó la observación y será cobrado en la Caja N°01 del Consejo Nacional para Lima y Callao. Para el caso de otros Consejos Regionales el cobro se efectuará en la Caja del Consejo Regional respectivo.**
5. **El monto a reembolsar se realiza teniendo como base los Convenios firmados con Clínicas y/o Centros afiliados; esto puede significar que el monto del reembolso sea menor al monto de la factura presentada.**

**Mayor Información:**

Teléfono: 399-4611 Opción: 1

e-mail: semefa\_informes@cmp.org.pe