



**ANEXO N° 02
SOLICITUD DE AFILIACION**

	DIA	MES	ANO
FECHA DE INSCRIPCION			
BOLETA			

I. DATOS DEL COLEGIADO:

N° DE CMP		CONSEJO REGIONAL	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES COMPLETOS	

DIRECCION DOMICILIARIA							
Tipo de via Av. Jr. Call., Pje., u otro				Tipode zona Urb., Pj., Asoc., u otro			
N°	Opto.	Interior	Manzana	N° Lote	N° Km	N° Block	N° Etapa
DISTRITO		PROVINCIA			DEPARTAMENTO		
DNI o CE		FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		
		DIA	MES	AÑO	MASCULINO ()		FEMENINO ()
ESTADO CIVIL	Soltero(a) ()	Casado(a) ()	Viudo(a) ()	Divorciado(a) ()	Separado(a) ()	Conviviente ()	
EMAIL							
TELEFONO FIJO		CELULAR					

MARQUE SI CUENTA CON SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD: SI () NO ()
Otros seguros:

II. DATOS LABORALES DEL CONTRATANTE:

HOSPITAL Y/O CENTRO DE SALUD	DIRECCION	TELEFONOS
CLINICA/ CONSULTORIO	DIRECCION	TELEFONOS

III. TIPO DE AFILIACION:

- a. INDIVIDUAL
- b. COLECTIVA
- c. BENEFICIARIO ADICIONAL



**ANEXO N° 03
DECLARACION DE BENEFICIARIOS**

IV. DE LOSDEPENDIENTES:

BENEFICIARIOS	AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRES	FECHA NACIMIENTO			DNI/CE	ESSALUD	
				DIA	MES	ANO		SI	NO
CONYUGE									
PADRE									
MADRE									
HUO 1									
HUO 2									
HUO 3									
NIETO 1									
NIETO 2									

Especificar si cuenta con otros seguros:

V. FORMA DE PAGO DE APOORTE POR ADELANTADO:

- a. Plataforma web CMP o Caja de CMP
- b. Pago en Banco
- c. Descuento par Planilla. (*)

Señala lugar de descuento y/o región: _____

VI. REPORTE DE NOVEDADES: Llenar en caso corresponda.

Modificación o corrección de datos básicos de identificación.	
Actualización de datos.	
Incorporación de Beneficiarios.	
Exclusión de Beneficiarios.	
Terminación de la relación laboral y cambio de forma de pago,	
Reporte de fallecimiento de afiliado.	
Cónyuge supérsite.	

VII. DECLARACION DE DEPENDENCIA ECONÓMICA DE LOS BENEFICIARIOS:

Marcar con (x) la Declaración de dependencia económica de los beneficiarios: SI () NO ()

VIII. ANEXOS:

De obligatoria presentación para cada tipo de afiliación:

1. Copia del Documento de identidad de EL CONTRATANTE y de los Beneficiarios dependientes.
2. Copia de la Partida de Matrimonio (en caso de afiliar a cónyuge).
3. Copia del documento que acredite la convivencia conforme a la ley civil (en caso de afiliar a conviviente).
4. Copia de la Partida de Nacimiento de los hijos de EL CONTRATANTE (en caso de afiliar hijos).
5. Copia de la Partida de Nacimiento de EL CONTRATANTE [en caso de afiliar a padres].
6. Copia de la escritura pública o sentencia judicial de declaración de divorcio.
7. Copia del certificado de adopción.
8. Copia de dictamen de incapacidad permanente emitido por autoridad competente.
9. Declaración de Beneficiarios.
10. Declaración de Salud.



**ANEXO N° 04
DECLARACIÓN DE SALUD**

IX. DECLARACION DE SALUD

¿Alguno de los solicitantes (titulares a dependientes) han padecido, padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamiento por alguna de las enfermedades a dolencias descritas a continuación?

Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final	TITULAR		CONYUGE		PADRE		MADRE		HIJO 1		HIJO 2		HIJO 3		NIETO 1		NIETO 2		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1. Al Cerebro a del Sistema Nervioso, tales como aneurisma, epilepsia, malformaciones arteriovenosas, Parkinson, Alzheimer, migraña, accidente cerebrovascular u otras?																			
2. ¿Mentales psiquiátricas o trastornos psicológicos tales como demencia de cualquier App, depresión u otros.																			
3. ¿En el aparato respiratorio, tales como: asma, bronquitis, crónica, enfisema, tuberculosis, sinusitis crónica, desviación del tabique, hipertrofia de adenoides u otras?																			
4. ¿En el aparato cardiovascular tales como: infarto, angina, arritmia, enfermedades de la válvula cardiaca, presión arterial elevada, varices, trombosis u otras?																			
5. ¿En el aparato digestivo, tales como: gastritis (más de 7 episodios) ulcera, esofagitis, hemorroides, divertículos, poliposis colónica enfermedades en el páncreas, hígado o vesícula, hernias u otras?																			
6. ¿Endocrinológicas, tales como: hipotiroidismo e hipertiroidismo, diabetes, síndrome de Cushing, adenoma de hipófisis u otras?																			
7. ¿En el aparato urinario de los órganos genitales, tales como: insuficiencia renal, quiste, cálculos, tumores, cistitis crónica, agenesia renal, enfermedades en la uretra, vejiga próstata u otras? Si es afirmativa la respuesta precisar localización.																			
8. Ginecológicas de la mama, tales como miomas, fibromas, quistes, adenomas, endometriosis, infertilidad, displasia cervical, papiloma virus u otro. Si es afirmativa la respuesta precisar localización.																			
9. ¿Autoinmunes del tejido conectivo tales como, lupus, artritis reumatoide. esclerosis múltiple, enfermedad de Crohn u otras?																			



Toda respuesta afirmativa debe detallarse en el recuadro final	TITULAR		CONYUGE		PADRE		MADRE		HIJO 1		HIJO 2		HIJO 3		NIETO 1		NIETO 2		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
10. ¿En huesos, articulaciones como rodilla, meniscos, cadera, columna vertebral tales como hernias, discopatías, enfermedades musculares osteoporosis u osteopenia, gota, artrosis amputaciones u otras?																			
11. ¿De la sangre tales como: anemias, leucemias, trastornos de la coagulación u otras?																			
12. ¿En los ojos, tales como cataratas, pterigion, glaucoma, ceguera, en enfermedades de la retina estrabismo u otras?																			
13. ¿En los oídos tales como: trastorno de audición, enfermedad del tímpano u otros?																			
14. ¿En la piel tales como psoriasis, vitiligo, acné, rosácea u otras.																			
15. ¿Tumores benignos o malignos en cualquier órgano o tejido del cuerpo?																			
16. ¿Trasplante de cualquier órgano?																			
17. ¿Cirugía plástica y/o reconstructiva, presencia de prótesis de cualquier																			
18. ¿Defectos de origen congénito a genético?																			
19. ¿Brucelosis, hepatitis B a C, VIH/SIDA, HTLV, cisticercosis?																			
20. ¿Tiene algo adicional que declarar sobre el estado de salud o estado físico de alguno de los solicitantes, que no esté incluido en alguna pregunta de esta solicitud?																			
21. ¿Está embarazada actualmente? Tiempo de gestación.																			
22. ¿Practica algún deporte peligroso? Detallar cual y la periodicidad.																			
23. ¿Existen en la familia de alguno de los solicitantes, alguna enfermedad (hasta de la generación) que haya padecido de diabetes mellitus, cáncer (de mama, retinoblastoma, poliquistosis renal, poliposis colónica) o cualquier enfermedad de carácter hereditario o cáncer no mencionado? Detallar diagnostico e indicar parentesco.																			
24. ¿Consume o ha consumido cigarrillos a drogas?																			
Nombre y Apellido:																			
Consumo semanal (Cigarros)			Cigarros diario			Consumo drogas													
Nombre y Apellido:																			
Consumo semanal (Cigarros)			Cigarros diario			Consumo drogas													



Si alguna respuesta fue positiva indicar:

N° de la pregunta que contestó afirmativamente	Nombre completo de la persona tratada	Diagnóstico de la enfermedad o dolencia	Fecha de atención y lugar (clínica, consultorio o institución)	Indicar si hubo cirugía, tipo de operación y estado actual

Por favor revise haber contestado todas las preguntas, si alguna pregunta no es contestada, su solicitud no podrá ser procesada y será devuelta. La solicitud de afiliación debe ser llenada con letra imprenta y legible. Todos los campos del formulario son obligatorios, no se aceptan borrones ni enmendaduras.

X. FIRMA DEL CONTRATANTE:

Declaro que las respuestas dadas en la presente solicitud, en particular las referidas a la declaración de salud son verídicas y completas; por lo que cualquier omisión simulación o falsedad le hará perder todo derecho de afiliación en el SEMEFA, asumiendo el declarante las responsabilidades éticas y Regales resultantes del presente acto.



FIRMA DEL CONTRATANTE

HUELLA DIGITAL

NOMBRE COMPLETO Y FIRMAR DE LA PERSONA AUTORIZADA DE SEMEFA QUE TRAMITA LA SOLICITUD DE AFILIACION Y RECIBE LOS ANEXOS.	
OBSERVACIONES:	



ANEXO 05
(1 DE 3)

TABLA DE BENEFICIOS

CLINICAS GRUPO 1	CLINICAS GRUPO 2
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Limatambo ✓ Los Andes ✓ Providencia ✓ Santa Martha ✓ Bellavista (Callao) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Javier Prado ✓ Jesús del Norte ✓ San Pablo ✓ Maison de Sante ✓ San Gabriel ✓ San Juan Bautista ✓ Vesalio ✓ Clínicas Provincia
CLINICAS GRUPO 3	CLINICAS GRUPO 4
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Centenario Peruano Japonesa ✓ Tezza ✓ Stella Maris 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ San Felipe ✓ Cayetano Heredia ✓ Ricardo Palma ✓ El Golf



CLINICA CON CONVENIO	COASEGURO			
	1	2	3	4
	DEDUCIBLE: 1° día de habitación			
1. HOSPITALIZACION Incluida cirugía con estancia hospitalaria	15%	20%	25%	30%
2. CIRUGIA Y TRATAMIENTO SIN HOSPITALIZACION Litotricia, cirugía menor, endoscopias, etc.	20%	25%	30%	35%
3. EMERGENCIAS				
*EMERGENCIA ACCIDENTAL Gastos cubiertos durante las primeras 24 horas al 100% para beneficiarios, excepto el titular que cuenta con Póliza CMP.	0%	0%	0%	0%
*EMERGENCIA MEDICA Gastos cubiertos durante las primeras 24 horas.	20%	20%	25%	25%

NO SE CUBREN MEDICINAS NI ANALISIS DE LABORATORIO POR CONSULTA AMBULATORIA, DEDUCIBLES Y COPAGOS.

Hospitalización Deducible:	1° día habitación
Copago Prostatectomía laser*, Medicina Física (Chacarilla), Terapia con Avastin:	50%
Copago RMN, TEM, Angiografía, Densitometría ósea, Eco Doppler:	30%
Copago Chequeo Médico Preventivo Integral Anual	25%
COBERTURA ONCOLOGICA	100%
COBERTURA ODONTOLOGICA: Centro Odontológico Americano, Dental San José, Doctor Sonrisa, Multident, Mundo Oral, Odontofresh, Salvodent.	
COBERTURA EXAMENES ESPECIALIZADOS: Según tarifario vigente, Cardiomedic, Cimedica, Clínica Chacarilla, DPI, Emetac, Pet Scan, Remasur, Resocentro, Resomasa, Resonar, Tomomedic, Tomonorte, Urozen.	
COBERTURA OFTALMOLOGICA: Según Tarifario vigente.	
COBERTURA MATERNIDAD (Solo titulares y cónyuges) Al 100%	Perfil Prenatal, 03 ecografías obstétricas (12, 24 y 36 semanas)
Cesárea	hasta S/ 4,000 soles
Parto Normal	S/ 2,500 soles
Beneficio máximo anual por persona	S/ 50,000 soles

*Monto Total según tarifa convenio con UROZEN



ANEXO 05

(2 DE 3)

PLAN DE BENEFICIOS ONCOLÓGICOS

- ✓ Consulta médica oncológica
- ✓ Intervenciones quirúrgicas
- ✓ Tratamiento de quimioterapia
- ✓ Terapia biológica (Anticuerpos monoclonales, Factores estimulantes de Colonia de Células Blancas, Inhibidores de enzimas de la tirosina kinasa, Inmunoterapia). Acorde a las Guías de Práctica Clínica de las NCCN.
- ✓ Medicamentos no oncológicos, materiales e insumos relacionados con tratamiento oncológico.
- ✓ Radioterapia: Radioterapia convencional, 3D, radioterapia de intensidad modulada y radiocirugía.
- ✓ Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea, rastreo tiroideo, detección de ganglio centinela, tomografía por emisión de positrones (PETscan).
- ✓ Atención Domiciliaria para cuidados paliativos y terapias de dolor para pacientes terminales en situación de postración. Solo en Lima.
- ✓ Trasplante de Medula Ósea histocompatible para pacientes con Leucemia o cáncer a la sangre. (Requiere autorización especial). No incluye estudios de donantes.
- ✓ Transfusión sanguínea y hemoderivados para casos de leucemia o cánceres a la sangre.
- ✓ Nutrición Parenteral Total (NPT) en pacientes con complicaciones entéricas por radioterapia, quimioterapia, cirugía oncológica de cabeza y cuello, esófago y fistulas. Solo durante hospitalización post quirúrgica.
- ✓ Kit de colostomía para uso diario en pacientes con Cáncer de Colon primario.
- ✓ Cirugía reconstructiva oncológica ante secuela mutilante para pacientes con cáncer de piel y tejidos blandos.
- ✓ Material de Osteosíntesis para pacientes con fracturas patológicas por metástasis de cáncer óseo.

PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

- ✓ Prueba de expresión génica Oncotype para cáncer de mama. Requiere autorización especial.
- ✓ Reconstrucción mamaria y pezón para pacientes con mastectomía radical por cáncer de mama.
- ✓ Terapia física 12 sesiones en el hombro y brazo por cirugía de mastectomía radical.
- ✓ Prótesis testicular post orquidectomía para pacientes de cáncer de testículo y próstata.
- ✓ Terapia física post cirugía mutilante de tejidos blandos en extremidades.
- ✓ Fisioterapia respiratoria post cirugía por cáncer pulmonar. (Hasta 12 sesiones)
- ✓ Foniatría en cáncer de laringe hasta 12 sesiones.
- ✓ Psicooncología para pacientes en compañía de familiares. Tres (03) sesiones.
- ✓ Nutrición para pacientes en compañía de familiares. Tres (03) sesiones.
- ✓ Segunda Opinión Médica.
- ✓ Ambulancia terrestre al alta hospitalaria para pacientes postrados o imposibilitados de desplazarse (solo en Lima)



ANEXO 05

(3 DE 3)

**TARIFARIOS Y COBERTURAS OFTALMOLOGICAS Y ODONTOLOGICAS SEMEFA (DESDE 2017)
TARIFARIO OFTALMOLOGICO**

PAQUETES QUIRÚRGICOS DE ACUERDO A CONVENIO OFTALMOLOGICO	COSTO	SEMEFA	COASEGURO
CAPSULOTOMIA POSTERIOR (POR SESION)	S/. 357,00	70%	30%
CHALAZION	S/. 178,50	70%	30%
DACRIOCISTOSIRINGOTOMIA	S/. 900,00	70%	30%
DACRIOCISTORRINOSTOMIA	S/. 1.100,00	70%	30%
DESPRENDIMIENTO DE RETINA	S/. 2.000,00	70%	30%
ENUCLEACION DEL GLOBO OCULAR	S/. 1.309,00	70%	30%
ESCLERECTOMIA CON EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR	S/. 1.842,00	70%	30%
ESTRABISMO (UNILATERAL - BILATERAL)	S/. 800,00	70%	30%
EXCISION GLANDULA LAGRIMAL, EXCISION SACO LAGRIMAL.	S/. 250,00	70%	30%
EXTRACCION DE CATARATA	S/. 1.432,00	75%	25%
EXTRACCION DE CATARATA SIN FACO, CON IMPLANTE DE LIO	S/. 1.800,00	75%	25%
EXTRACCION DE CATARATA CON FACO, CON IMPLANTE DE LIO	S/. 1.700,00	75%	25%
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR CONJUNTIVAL O CORNEAL	S/. 250,00	70%	30%
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO O INTRAOCULAR	S/. 714,00	70%	30%
FOTOCOAGULACION SECTORIAL UNILATERAL (POR SESION)	S/. 340,00	70%	30%
GLAUCOMA-IRIDECTOMIA-GONIOTOMIA	S/. 1.490,00	75%	25%
GLAUCOMA-TRABECLECTOMIA.SI.T	S/. 1.310,00	75%	25%
INYECCION INTRAVITREA (AVASTIN)	S/. 1.100,00	50%	50%
IRIDOTOMIA- IRIDOPLASTIA UNILATERL (POR SESION)	S/. 340,00	70%	30%
LAVADO Y SONDEO DEL TRACTO LAGRIMAL, CATETERIZACION	S/. 80,00	70%	30%
NEUROTOMIA DEL NERVIÓ OPTICO	S/. 800,00	70%	30%
PANFOTOCOAGULACCON RETINAL, UNILATERAL (POR SESION)	S/. 340,00	70%	30%



PAQUETES QUIRÚRGICOS DE ACUERDO A CONVENIO OFTALMOLOGICO	COSTO	SEMEFA	COASEGURO
PTERIGION / ECTROPION / ENTROPION	S/. 750,00	70%	30%
QUERATOTOMIA FOTOREFRACTIVA EXCIMER LASER (CADA OJO)	\$ 300	50%	50%
RETINA. RETINOPEXIA	S/. 1.290,00	70%	30%
SUTURA DEL GLOBO OCULAR	S/.700,00	70%	30%
SUTURA DE HERIDA CONJUNTIVAL O CORNEAL	S/. 500,00	70%	30%
TAPONAMIENTO DEL CONDUCTO LAGRIMAL	S/. 300,00	70%	30%
TERAPIA FOTODINAMICA	\$1200	50%	50%
TRABECULOPLASTIA UNILATERAL	S/, 500,00	70%	30%
TRASPLANTE DE CORNEA	S/. 2.000,00	50%	50%
TRATAMIENTO DE RAYOS LASER EXCLEROTICA Y RETINA	S/. 500,00	70%	30%
VITRECTOMIA ANTERIOR	S/. 1.800,00	70%	30%
VITRECTOMIA POSTERIOR	S/. 2.800,00	70%	30%
ANGIO. RETN. UNILATERAL	S/. 170,00	70%	30%
ANGIO. RETN. UNILATERAL	S/. 200,00	70%	30%
APLICACIÓN DE RAYOS BETA	S/. 49,25	70%	30%
CAMPIMETRIA Y/O PERIMETRIA COMPUTARIZADA	S/. 50,00	70%	30%
ECOBIMETRIA UNILATERAL	S/. 50,00	70%	30%
ECOGRAFIA OCULAR GEN SCAN A, B, A/B	S/. 50,00	70%	30%
FONDO DE OJO	S/. 50,00	70%	30%
FOTOCOAGULACION CON RAYOS LASER ARGON POR SESION	S/. 300,00	70%	30%
FOTODISRUPCION CON YAG LASER (CAPSULOTOMIA, IRIDOTOMIA) POR SESION	S/. 300,00	70%	30%
GONIOSCOPIA	S/. 59,10	70%	30%
MICROSCOPIA ESPECULAR	S/. 98,50	70%	30%
PAQUIMETRIA ULTRASONICA 1 o 2	S/. 73,88	70%	30%
RETINOGRAFIA	S/. 59,10	70%	30%
TOMOGRAFIA OCULAR	S/. 274,89	70%	30%

TODOS LOS PRECIOS INCLUYEN I.G.V



TARIFARIO Y COBERTURA ODONTOLÓGICA 2017 - SEMEFA

TRATAMIENTO	TARIFA UNICA	DEDUCIBLE por pieza	COASEGURO
ODONTOLOGIA: COBERTURA MAXIMA AL AÑO - S/ 3,000 POR PERSONA		COASEGURO	
EXAMEN CLINICO			
CONSULTA Y ODONTOGRAMA	S/. 20,00		
PROFILAXIS/DESTARTAJE/FLUOR	S/. 50,00		20%
CIRUGIA BUCAL			
EXODONCIA SIMPLE	S/. 30,00		
EXODONCIA SEMI INCLUIDA	S/. 120,00		20%
EXODONCIA COMPLEJA	S/. 180,00		20%
INCISION Y DRENAJE	S/. 60,00		20%
OPERACIÓN DENTAL			
AMALGAMA SIMPLE	S/. 34,00		20%
AMALGAMA COMPUESTA	S/. 60,00		20%
RESINA FOTOCURABLE SIMPLE	S/. 55,00		20%
RESINA FOTOCURABLE COMPUESTA	S/. 90,00		20%
RESINA FOTOCURABLE COMPLEJA	S/. 130,00		20%
RECONSTRUCCION DE ANGULO	S/. 100,00		20%
ENDODONCIAS			
INCISIVOS Y CANINOS (INCLUYE RX)	S/. 170,00	20	20%
PREMOLARES Y MOLARES (INCLUYE RX)	S/. 200,00	20	20%
PULPOTOMIA Y PULPECTOMIA	S/. 60,00	20	20%
RADIOGRAFIAS			
PERIAPICALES S	S/. 9,00		20%
BITE WING	S/. 12,00		20%
PANORAMICA	S/. 70,00		20%
OCLUSAL	S/. 15,00		20%
PROTESIS: COBERTURA MAXIMA AL AÑO S/ 4,000 X PERSONA S/ 8,000 POR FAMILIA			
PROTESIS PARCIAL FIJA			
CORONAS PORCELANA	S/. 500,00	20	30%
CORONA VENEER ACRILICO	S/. 240,00	20	30%
INCRUSTACION METALICA	S/. 140,00	20	30%
PERNO MUÑON	S/. 130,00	20	30%
PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE			
PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE METALICA	S/. 850,00		30%
PROTESIS COMPLEJA			
COMPLEJA PROTESIS TOTAL SUPERIOR O INFERIOR	S/. 750,00		30%
REPARACION DE PROTESIS	S/. 130,00		30%

PRECIOS NO INCLUYEN I.G.V



ANEXO 06
CARTAS DE GARANTIA
REQUISITOS PARA CARTAS DE GARANTIA
CLINICAS E INSTITUCIONES CON CONVENIO

1. Estar al día en sus aportes mensuales al SEMEFA y cuotas del colegiado.
2. La orden medica debe contener los siguientes datos:
 - Nombres y apellidos del paciente
 - Diagnostico o presunción diagnostica
 - Examen y/o tratamiento requerido
 - Fecha de programación de la atención
 - Firma y sello del médico tratante
 - Informe del médico tratante de ser necesario
3. Presupuesto aproximado.
4. Tanto la Orden o el Presupuesto deben ser enviados al correo: semefa_cartasg@cmp.org.pe
5. Recepcionados los documentos y de no existir observación alguna, el SEMEFA remitirá la Carta de Garantía a las 24 horas vía email.
6. Vigencia de la Carta de Garantía: 15 días calendario.
7. Los casos de ampliación de Carta de Garantía requieren un informe médico actualizado que sustente la ampliación y los gastos debidamente detallados.
8. En los casos de emergencia médica o accidental, la atención se efectuara con la sola presencia del DNI. La IPRESS tiene plazo de 07 días útiles para regularizar la solicitud de Cartas de Garantía.

PARA CONSEJOS REGIONALES, EXCEPTO LIMA Y CALLAO

No es necesario que exista Convenios con las Clínicas o IPRESS de salud locales, dichas instituciones pueden solicitar directamente la emisión de Carta de Garantía a nuestra sede central vía email, adjuntando los mismos requisitos señalados.

MAYOR INFORMACIÓN

TELEFONO: 399 – 4611 Opción 2
399 – 4614



ANEXO 07
REEMBOLSO
REQUISITOS PARA REEMBOLSO
CLINICAS E INSTITUCIONES SIN CONVENIO/EXAMENES DE IMÁGENES AMBULATORIO

Al elegir esta modalidad para una atención el afiliado es el responsable de presentar la documentación según los requisitos solicitados.

1. Estar al día en sus aportes mensuales al SEMEFA hasta el mes vigente y las cuotas de Habilidad de colegiado. Recordar que el pago de aportaciones mes adelantado.
2. Solicitar previamente una AUTORIZACION DE REEMBOLSO al SEMEFA; presentado orden médica de examen solicitado con sintomatología de enfermedad actual, firma y sello de médico tratante y presupuesto detallado con costos por el monto aproximado de la atención, en forma directa o vía email a los correos: semefa_inf1@cmp.org.pe, semefa_inf3@cmp.org.pe.
3. El trámite de Autorización de Reembolso lo evalúa el Médico Auditor de SEMEFA y se emite la Autorización a las 24 horas de la recepción de los documentos completos.
4. Plaza de presentación: Hasta 30 días calendario a partir de la emisión de Factura. Documentos presentados en forma extemporánea no serán admitidos no reconocidos por SEMEFA.
5. 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.
6. 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.
7. 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, es requisito indispensable adjuntar la constancia de autodestracción, documento que debe solicitarse a la institución que emitió la factura.
8. 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.
9. 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.
10. En caso de emergencias (accidental a 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.
11. En caso de cirugía y tratamientos sin hospitalización, adjuntar copia del informe médico, reporte operatorio, resultados de exámenes y el detallado con costos de: laboratorio, farmacia, material quirúrgico e insumos.
12. 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 autoprescripción.
2. No se aceptan tickets, boletas de vente 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 tomara 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 en cuenta el tarifario SEGUS, tarifario oftalmológico, Exámenes Especializados y lo que indique la Tabla de Beneficios; esto puede significar que el monto del reembolso sea menor al monto de la factura presentada.



CENTROS OFTALMOLOGICOS		
IPRESS	DIRECCION	TELEFONO
CENTRO VISION S.A.C.	Av. San Luis N° 2249 Int. 101 – San Borja	225-1627.
CLÍNICA VISTA	Jr. Caracas N° 2410 (Espalda de la clínica San Felipe) – Jesús maría	641-3217
FUTURO VISIÓN	Av. San Borja Sur N° 536 – San Borja	417-5230.
INSTITUTO DE OJOS PRIMAVERA	Av. Prolongación Primavera N° 887 Urb. Chacarilla del Estanque – San Borja	372-8583/ 372-8616.
MACULA D & T S.R.L.	Calle. Carlos Ferreyros N° 120 Int. 301 Urb. Corpac – San Isidro	205-0908.
NORVISION S.A.C.	Av. Paso de los Andes N° 850 – Pueblo Libre	333-1920.
OCULASER CENTRO DE MICROCIRUGIA Y LASER S.A.C.	Av. General Álvarez de Arenales N° 1181 – Urb. Santa Beatriz	265-4833.
OFTALMOSALUD	Av. Javier Prado Este N° 1142 – San Isidro	512-1212.
OFTALMOMEDIC	Av. Arequipa N°1180 Santa Beatriz	471-4862.
OMNIA VISION S.A.	Jr. Intihuatana s/n Urb. Tambo de Monterrico (4ta cuadra) – Santiago de Surco	203-6320.
OPTIMA VISION SRL	Av. Angamos Oeste N° 884 – Miraflores	445-2113.
CENTROS ODONTOLOGICOS		
IPRESS	DIRECCION	TELEFONO
CENTRO DENTAL SAN JOSE	Av. Géminis E - 27, San Borja	226 - 1266
CENTRO ODONTOLOGICO AMERICANO	Av. Juan de Arona N° 425, San Isidro	421 - 6323
CENTRO ODONTOLOGICO SALVODENT	Calle Chinchon N° 830, San Isidro	421 - 1666
DOCTOR SONRISA	Av. Carlos Izaguirre N° 691 Urb. Mercurio 2º piso, Los Olivos	500 - 3080
MULTIDENT	Av. La Merced N° 227, Miraflores	319 -0520
MUNDORAL	Jr. Simoni N° 151 Dpto. 201, San Borja	225 -0624
ODONTOFRESH	Jr. Mrcal, R. Castilla N° 806 (2º Piso), Magdalena del Mar	273 - 7705
SALVODENT	Calle Chinchon N° 830 Of. 502, San Isidro	757 - 0278
CENTROS ESPECIALIZADOS DE AYUDA AL DIAGNOSTICO - LIMA		
IPRESS	DIRECCION	TELEFONO
CARDIOMEDIC S A	Jr. Washington N° 1491 Urb. Cercado de Lima	433-9002.
CENTRO DE RESONANCIA – CEREMA	Calle. Velásquez N° 109 – San Borja	225-0030.
CIMEDIC	Av. Arequipa N° 3362 – San Isidro	442-2222.
CIMEDIC	Av. Petit Thouars N° 3969. San Isidro	442-2222.
CLÍNICA PRIMAVERA S.A.C. – CLÍNICA CHACARILLA	Av. Primavera N° 999 Urb. Chacarilla – San Borja	610-7777.
DPI DEL PERU SA	Av. Dos de Mayo N° 602 – San Isidro	202-3333.
PET SCAN – PERÚ	Av. Petit Thouars N° 4340 Miraflores	652-3815/ 6523816.
RESOCENTRO	Av. Petit Thouars N° 4427 – Miraflores	512-4400.
RESOMASA	Av. Javier Prado Este N° 1178 – San Isidro	212-2034.
RESOMASA	Av. Emilio Cavenecia N° 265 – San Isidro (Dentro de Clínica Angloamericana)	616-8900.
RESOMASA	Av. Carlos Izaguirre N° 271 – 275 Independencia	212-2034.
TAC CENTER S.A.C.	Av. Arequipa N° 1840 – Lince	472-5252.
TOMOMEDIC	Calle. La Conquista N°.145 – Santiago de Surco	610-3333.
UROLOGÍA AVANZADA S.A.C. – UROZEN	Av. Javier Prado Este 3028 – San Borja	713-1153.



CENTROS ESPECIALIZADOS DE AYUDA AL DIAGNOSTICO - PROVINCIAS

IPRESS	DIRECCION	TELEFONO
RESONANCIA MAGNETICA DEL SUR S.A. – REMASUR – AREQUIPA	Calle León Velarde N° 108 – Yanahuara- Arequipa	(054) 255792.
RESOCENTRO – SEDE PIURA	Av. San ramón N° 549 – 553 Urb. El Chipe Piura	(073) 324336.
TOMONORTE. – SEDE TRUJILLO	Calle Colombia N° 109 – Urb. El Recreo – Trujillo	(044) 207111.

CHEQUEO MEDICO PREVENTIVO INTEGRAL ANUAL

Afiliados mayores de 45 años con más de un año de aportaciones

SUIZA LAB	CIMEDIC	CLINICA SAN PABLO	GARCIA BRAGAGNINI (Arequipa)
612 - 6666	422 - 2222	610 - 3333	054 272614

✓ Hemograma, Hemoglobina	✓ Ácido Úrico
✓ Colesterol total, HDL Colesterol, LDL Colesterol	✓ Creatinina Sérica
✓ Glicemia	✓ EKG reposo y Ergometría
✓ Triglicéridos	✓ Ecografía abdominal completa
✓ Examen Completo de Orina	✓ Ecografía de mamas (F)
✓ P.S.A (M)	✓ Examen físico general
	✓ Citología vaginal - PAP (F)*
	✓ Informe de Chequeo

*A solicitud de la afiliada - desde los 18 años. Es voluntario.