

REEMBOLSOS

- **SOLO PARA CASOS DE EMERGENCIAS (PRIORIDAD 1 Y 2) EN CLÍNICAS SIN CONVENIO**
- **EXÁMENES ESPECIALIZADOS EN CLÍNICAS CON CONVENIO**

REQUISITOS:

1. Estar al día en sus aportes mensuales al SEMEFA al momento de la atención 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.
3. **Presentar carta simple con firma y huella del titular** dirigida al Dr. Héctor Garavito Farro (Director de SEMEFA); asimismo, consignar el N° CTA AHORROS y CCI (ambas cuentas bancarias deben ser del titular del seguro; no de terceros)
En caso que faltase algún documento, el expediente no podrá ser tramitado hasta que se complete.
- 3.1 **Copia de DNI del titular** para efectuar el abono de ser el caso.
4. **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.**
5. **En caso de exámenes especializados (previa autorización de reembolso):**
 - **REQUISITOS AUT. REEMBOLSO:** Orden médica y presupuesto de clínica con convenio. Respuesta no mayor a 2 días hábiles.
 - **REQUISITOS PARA SOLICITAR REEMBOLSO:** 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.
6. **En caso de emergencias médicas (incluye titular) o accidental (no incluye titular),** 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.

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.**
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 ALÓ CMP: 01 641-9847 OPCIÓN 4

CORREO: semefa_informes@cmp.org.pe