Lima,…........ de…………….…de 20……...

**SEÑORES:**

**UNIDAD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA**

**Avenida Javier Prado Este N° 2499 San Borja**

**Presente.-**

**Asunto : Reembolso de Atención Medica**

Yo (titular) ………………………….………….................................................................................................................. identificado con DNI Nº …..…………….…, con código de afiliado ………………………………….., con Teléfono fijo …….……………., Celular ………………………., con domicilio en ……………………………..………………………………….……………………………….…… Distrito de ……………….…...……..………., Provincia de ………..……..…..…………….. y Departamento de ……...…………….…….., con correo electrónico …………………………………………………………….………., con N° de cuenta bancaria …………………….………………, N° CCI ……………………………….……………. en el Banco ………………………………..……, me dirijo a usted para solicitar reembolso por atención medica del paciente …………………………………………………….…………. con código de afiliado al PAM ………………………………..:

Adjunto al presente, los siguientes documentos:

( ) Copia del DNI vigente del titular y paciente.

( ) Receta Médica u Orden Medica debidamente llenado, donde consigne el diagnóstico, CIE 10, firma y sello del

 Médico tratante.

( ) Informes de resultados de laboratorio,  servicios  auxiliares, diagnóstico por  imágenes, receta médica, guía

 de farmacia, entre otros, detallada y valorizada.

( ) En el caso de hospitalizaciones o Cirugías deberá adjuntar Epicrisis, Reporte Operatorio y reporte de anestesia los cuales deben estar refrendados por el médico tratante de la institución pública o privada.

( ) Los comprobantes de Pago a nombre del Fondo de Empleados del Banco de la Nación – deberán consignar

 el RUC 20122794424.

( ) Todo Comprobantes de pago que no sea a nombre del Fondo de Empleados del Banco de la Nación

 deberán consignar el nombre del Afiliado.

Atentamente,

……………………………………………….……

 FIRMA

**Notas**

1. Todo Recibos por honorarios deberán ser electrónicos según normas de SUNAT.
2. El Plazo máximo es de 90 días calendario para presentar la documentación, a partir de ocurrido el hecho; transcurrido el tiempo antes mencionado, no se aceptará la solicitud de reembolso.
3. Todo comprobante de pago que presenten borrones, enmendaduras serán rechazado.
4. Facturas por concepto de servicio y cuyo monto es superior a los S/. 700.00, deben adjuntar la constancia de la detracción.
5. Recibos por honorarios emitidos a nombre del Fondo de Empleados del Banco de la Nación cuyos montos sean superiores a S/1,500 debe consignar el importe de la renta de cuarta categoría.
6. En caso que no esté consignado el importe de la renta de cuarta categoría adjuntar la suspensión de renta cuya fecha de emisión obligatoriamente debe ser anterior a la fecha de emisión del recibo.