

Lima, de de 20.....

Señores

UNIDAD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA

Avenida Javier Prado Este N° 2499 San Borja – Oficina Principal del Banco de la Nación

Piso 28

Presente.-

Asunto : Reembolso de Atención Médica

Yo (titular)
identificado con DNI N°, con código de afiliadocon Teléfono fijo
N.º Celular, con domicilio en
.....Distrito deProvincia de y
Departamento de, con correo electrónico
Nº de Cuenta de Ahorro, N° CCI en el Banco:
....., me dirijo a usted para solicitar el **reembolso de atención médica del paciente:**
..... con código de afiliado del PAM

Adjunto al presente, los siguientes documentos:

- () **Copia simple del DNI** vigente del titular y paciente.
- () **Receta Médica u Orden Médica debidamente llenado**, donde consigne el Diagnóstico, CIE 10, Solicitud de Exámenes o Procedimientos indicados, Firma y Sello del Médico Tratante.
- () **Los Informes de Resultados** de laboratorio, servicios auxiliares, diagnóstico por imágenes, receta médica, guía de farmacia, entre otros deberán estar detalladas con sus respectivos montos.
- () **En caso de Hospitalizaciones o Cirugías deberán adjuntar:** Epicrisis, Reporte Operatorio y Reporte de Anestesia, debiendo estar **refrendados por el medico tratante la institución pública o privada.**
- () **En los Comprobantes de Pago:** Boletas de Venta, Recibo por Honorarios y otros se debe consignar el nombre del afiliado que fue asistido o atendido.

Atentamente,

.....
Firma del Titular

Nota:

1. Al atenderse en un Centro Médico, Clínica **sin convenio FEBAN**, los medicamentos no pueden comprarse en una farmacia con convenio.
2. Todos los **Recibos por Honorarios** deberán ser electrónicos según normas de la SUNAT.
3. Para presentar la documentación el calendario **Plazo Máximo es de 90 días a partir de ocurrido el hecho;** transcurrido el tiempo antes mencionado, no se aceptará la solicitud de reembolso según el Reglamento PAM.
4. **Todo Comprobante de Pago** que presenten borrones, enmendaduras serán rechazados.
5. **Las Facturas emitidos a nombre del Fondo de Empleados del Banco de la Nación**, por concepto de servicio y cuyo monto es superior a los S/700.00, deberán adjuntar la **Constancia de la Detracción.**
6. **Los Recibos por Honorarios emitidos a nombre del Fondo de Empleados del Banco de la Nación** cuyos montos sean superiores a S/1,500.00 debe consignar el importe de la Renta de Cuarta Categoría.
7. 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.