

ANEXO N° 02 SOLICITUD DE AFILIACIÓN

	DIA	MES	AÑO
FECHA DE INSCRIPCIÓN			
BOLETA			

I. DATOS DEL COLEGIADO:

N° DE CM	P			COI	NSEJO REG	IONAL				
APE	LLIDO PATE	RNO		APELLIDO	MATERN	0	NOMBRES	COMPLETOS		
				DIRECCIÓN	DOMICILIA	ARIA				
	Tipo de Call., Pj						ipo de zona Urb., Pj., Asoc., u otro			
N°	Dpto.		Interior	Manzana	N° Lote	N° Km	N° Block	N° Etapa		
	DISTRIT	ГО		P	ROVINCIA	100	DEPARTA	AMENTO		
ONI o CE			ENERGY ELEG	FECHA	DE NACIM	IENTO	SE	XO		
JIII 0 02				DÍA	MES	AÑO	MASCULINO□	FEMENINO□		
ESTADO CIVIL	Soltero(a) 🗆	Casado(a)□	Viudo(a)□	Divorci	l ado(a)□	Separado(a) □	Conviviente		
EMAIL						20 1				
TELEFONO				CELULAR						
SI NO		- 1	URO SOCIAL DE	SALUD - ESS	ALUD	ison.				
	AL Y/O CEN				IRECCIÓN		TELÉ	FONOS		
	CLÍNIC	CA			IRECCIÓN		TELÉ	FONOS		
II. TIPO DE A			the state of the s				D 0			
A) INDIVIDI B) COLECTI C) BENEFIC		ONAL	()							



ANEXO N° 03 DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

IV. DE LOS DEPENDIENTES:

newer(a)	40 0475040	12 14175010	NO. FEDERAL	FECHA	NACIMIE	ENTO	DNI	ESSA	ALUD
BENEFIC.	AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRES	DÍA	MES	AÑO	DNI	SI	NO
CÓNYUGE									
PADRE									
MADRE									
ніјо 1									
НІЈО 2									
нио з									
NIETO 1									
NIETO 2									

MILIOI							
NIETO 2							
V. FORN	/IA DE PAGO DE APOR	RTE POR ADEL	ANTAI	00:			
A. C	aja de Colegio Médico	del Perú. 🗌					
B. Pa	ago en Banco.						
C. D	escuento por Planilla.	(*)					
Señala	a lugar de descuento y	/o región:	Ш				
VI. REPC	ORTE DE NOVEDADES	: Llenar en cas	o corre	esponda.			
Modifica	ción o corrección de da	tos básicos de i	dentific	ación.			
Actualiza	ación de datos.						
Incorpor	ación de Beneficiarios.						
Exclusión	n de Beneficiarios.						
Terminad	ción de la relación labor	al y cambio de	forma d	le pago.			
Reporte	de fallecimiento de afili	ado.					
Cónyuge	supérsite.	18					
						-	

	DECLADACIÓN	DE DEDENIDENCIA	FCORIÓRNICA	DE LOC BENEFICIADIOS.	NA ()
VII.	DECLARACION	DE DEPENDENCIA	ECONOMICA	DE LOS BENEFICIARIOS:	iviarcar con (x)

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).

SERVICIO MÉDICO FAMILIAR – SEMEFA

- 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.

DECLARACIÓN DE SALUD

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

Toda respuesta afirmativa debe detallarse	TITU	JLAR	CÓN	YUGE	PA	DRE	MA	DRE	HIJ	01	НП	02	НП	03	NIE	TO 1	NIE	ГО 2
en el recuadro final	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
¿Al Cerebro o 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 cualquiertipo, depresión u otros.																		
 ¿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, várices, trombosis u otras?	k)																	
5. ¿En el aparato digestivo, tales como: gastritis (más de 2 episodios) úlcera, esofagitis, hemorroides, divertículos, polipósis 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 o 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.																		
¿Ginecológicas o de la mama, tales como: miomas, fibromas, quiste, adenomas, endometriosis, infertilidad, displasia cervical, papiloma virus u otras? Si es afirmativa la respuesta precisar localización.																		
 ¿Autoinmunes o del tejido conectivo tales como, lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, enfermedad de Crohnuotras? 																		

SERVICIO MÉDICO FAMILIAR – SEMEFA



10. ¿En huesos, articulaciones como rodillas, meniscos, cadera, de la columna vertebral tales como hernias, discopatías, enfermedades musculares osteoporosis u osteopenia, gota, artrosis amputaciones u otras?									1 1									
11. ¿De la sangre tales como: anemias, leucemias, trastornos de la coagulación u otras?																		
12. ¿En los ojos, tales como cataratas, pterigión, glaucoma, ceguera, en enfermedades de la retina estrabismo u otras?																		
Toda respuesta afirmativa debe detallarse	TIT	ULAR	CÓN	IYUGE	PAI	DRE	MA	DRE	ни	01	HI	JO 2	HU	10 3	NIE	TO 1	NIE	TO 2
en el recuadro final	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
13. ¿En los oídos tales como: trastorno de audición, en enfermedades del tímpano u otras?									V ,	1								
14. ¿En la piel tales como psoriasis, vitíligo, acné, rosácea u otras.																		
15. ¿Tumores benigno o maligno o cáncer en cualquier órgano o tejido del cuerpo?																		
16. ¿Trasplante de cualquier órgano?																		
17. ¿Cirugía plástica y/o reconstructiva, presencia de prótesis de cualquier tipo?								ı										
18. ¿Defecto de origen congénito o genético?																		
19. ¿Brucelosis, hepatitis B o 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 (hasta de 2da generación) que haya padecido de diabetes mellitus, cáncer (de mama, retinoblastoma, poliquistósis renal, polipósis colónica) o cualquier enfermedad de carácter hereditario o cáncer no mencionado? Detallar diagnóstico e indicar parentesco.																		
24. ¿Consumas o has consumido cigarril	los o c	lrogas	?															
Nombre y Apellido																		
Consumo semanal (Cigarros)			Cigarr	os diar	io						Consu	me dro	ogas					
Nombre y Apellido												-		×				
Consumo semanal (Cigarros)			Cigarr	os diar	io	1,4					Consu	me dro	ogas					

SERVICIO MÉDICO FAMILIAR – SEMEFA



Si alguna respuesta fi	ue 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 hará perder todo derecho de afiliación en el SEMEFA, asumiendo el declarante las responsabilidades éticas y legales resultantes del presente acto.

FIRMA DEL CONTRATANT	
	HUELLA DIGITAL
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA DE SEMEFA QUE TRAMITA LA SOLICITUD DE AFILIACIÓN Y RECIBE LOS ANEXOS	



ANEXO 05

(1 DE 3)

TABLA DE BENEFICIOS

CLÍNICAS GRUPO 1 CLÍNICAS GRUPO 2 Limatambo √ Javier Prado. Los Andes Jesús del Norte Providencia San Pablo Santa Martha del Sur C. Salud (Maisón de Sante) Lima, Bellavista (Callao) Este, Sur San Gabriel San Juan Bautista Vesalio Clínicas en Provincia **CLÍNICAS GRUPO 3 CLÍNICAS GRUPO 4** Centenario Peruano Japonesa San Felipe Tezza √ Cayetano Heredia Stella Maris ✓ Ricardo Palma Internacional San Borja Golf Internacional Lima

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

CONSEJO NACIONAL

		COASE	GURO	
CLÍNICAS CON CONVENIO	1	2	3	4
CLINICAS CON CONVENIO		DEDU 1er día de		n
1. HOSPITALIZACIÓN				
Incluida cirugía con estancia hospitalaria	15%	20%	25%	30%
2. CIRUGÍA Y TRATAMIENTO SIN HOSPITALIZACIÓN				
Litotricia, Cirugía Menos, 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 MÉDICA Gastos cubiertos durante las primeras 24 horas.	20%	20%	25%	25%

NO SE CUBRE MEDICINAS NI ANÁLISIS DE LABORATORIO POR CONSULTA AMBULATORIA

DEDUCIBLES Y COPAGOS

Hospitalización Deducible: 1 día de habitación

Copago Prostatectomía láser*, Medicina física (Chacarilla), Terapia con Avastín: 50%

Copago RMN, TEM, Angiografía, Densitometria Ósea, Ecos, Doppler: 30%

Copago Chequeo Médico Preventivo Integral Anual: 25%

COBERTURA ONCOLÓGICA AL 100%

COBERTURA ODONTOLÓGICA: Centro Odontológico Americano, Dental San José, Doctor Sonrisa, Multident, Mundo Oral, Odontofresh, Salvodent.

COBERTURA DE EXÁMENES ESPECIALIZADOS: Según tarifario vigente. Cardiomedic, Cerfid, Cimedic, Clínica Chacarilla, DPI, Emetac, Pet Scan, Remasur, Resocentro, Resomasa; Resonar, Tomomedic, Tomonorte, Urozen.

COBERTURA OFTALMOLÓGICA: Según tarifario vigente.

COBERTURA MATERNIDAD: (Solo Titulares y Cónyuges) Al 100% Perfil Prenatal, 3 ecografías Obstétricas (12, 24 y 36 semanas)

Cesárea hasta S/ 4 000. Parto Normal S/ 2 500.

Beneficio máximo anual por persona S/ 50 000.00 soles

*Monto Total según tarifa convenio con UROZEN



ANEXO 05

(2 DE 3)
BENEFICIOS ONCOLÓGICOS

PLAN DE BENEFICIOS ONCOLÓGICOS

- ✓ Consultas médicas oncológicas.
- √ 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 el tratamiento oncológico.
- ✓ Radioterapia: Radioterapia convencional. 3D, radioterapia de intensidad modulada y radiocirugía.
- ✓ Servicios de apoyo al tratamiento: exámenes de laboratorio, imágenes, anatomía patológica e inmunohistoquímica.
- ✓ Estudios de Medicina Nuclear: Gammagrafía ósea, rastreo tiroídeo, 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.
- ✓ Transplante de Médula 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 fístulas. 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 ósea o 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).
- √ Foniatria en cáncer de laringe hasta 12 sesiones.
- ✓ Psicooncología para pacientes en compañía de familiares. 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 OFTALMOLÓGICAS Y ODONTOLÓGICAS SEMEFA (DESDE 2017)

TARIFARIO OFTALMOLÓGICO

PAQUETES QUIRURGICOS DE ACUERDO A CONVENIO OFTALMOLÓGICO	COSTO	SEMEFA	COASEGURO
CAPSULOTOMIA POSTERIOR (POR SESION)	S/. 357,00	70%	30%
CHALAZIÓN	S/. 178,50	70%	30%
DACRIOCISTOSIRINGOTOMÍA	S/. 900,00	70%	30%
DACRIOCISTORRINOSTOMÍA	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%
ESCLERECTOMÍA 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 UNILATERAL (POR SESION)	S/. 340,00	70%	30%
LAVADO Y SONDEO DEL TRACTO LAGRIMAL, CATETERIZACION	S/. 80,00	70%	30%
NEUROTOMIA DEL NERVIO OPTICO	S/. 800,00	70%	30%
PANFOTOCOAGULACION RETINAL, UNILATERAL (POR SESION)	S/. 340,00	70%	30%
PTERIGION/ ECTOPRION/ ENTROPION	S/. 750,00	70%	30%
QUERATOTOMIA FOTOREFRACTIVA EXCIMER LÁSER (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%
TAPONEAMIENTO DEL CONDUCTO LAGRIMAL	S/. 300,00	70%	30%
TERAPIA FOTODINÁMICA	\$1200	50%	50%
TRABECULOPLASTIA UNILATERAL	S/. 500,00	70%	30%
TRANSPLANTE DE CORNEA	S/. 2.000,00	50%	50%
TRATAMIENTO DE RAYOS LÁSER ESCLERÓTICA Y RETINA	\$/. 500,00	70%	30%
VITRECTOMÍA ANTERIOR	S/. 1.800,00	70%	30%
VITRECTOMÍA POSTERIOR	S/. 2.800,00	70%	30%

Continúa...



EXÁMENES ESPECIALIZADOS DE ACUERDO AL CONVENIO OFTALMOLÓGICO	COSTO	SEMEFA	COASEGURO	
ANGIO. RETN. UNILATERAL	S/. 170,00	70%	30%	
ANGIO. RETN. UNILATERAL	S/. 200,00	70%	30%	
APLICVACION DE RAYOS BETA	S/. 49,25	70%	30%	
CAMPIMETRÍA Y/O PERIMETRÍA COMPUTARIZADA	S/. 50,00	70%	30%	
ECOBIOMETRÍA UNILATERAL	S/. 50,00	70%	30%	
ECOGRAFÍA OCULAR GEN SCAN A, B, A/B	S/. 50,00	70%	30%	
FONDO DE OJO	S/. 50,00	70%	30%	
FOTOVOAGULACIÓN CON RAYOS LÁSER ARGÓN POR SESIÓN	S/. 300,00	70%	30%	
FOTODISRUPCIÓN CON YAG LÁSER (CAPSULOTOMÍA, IRIDOTOMÍA) POR SESIÓN	S/. 300,00	70%	30%	
GONIOSCOPÍA	S/. 59,10	70%	30%	
MICROSCOPÍA ESPECULAR	S/. 98,50	70%	30%	
PAQUIMETRÍA ULTRASÓNICA 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



TRATAMIENTO	TARIFA UNICA	DEDUCIBLE por pieza	COASEGURO
ODONTOLOGIA: COBERTURA MAXIMA AL	. AÑO - S/.3,000	POR PERSONA	
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	1 Table -	20%
EXODONCIA COMPLEJA	S/ 180.00		20%
INCISION Y DRENAJE	S/ 60.00		20%
OPERACIÓN DENTAL			
AMALGAMA SIMPLE	S/ 34.00		20%
AMAGALMA 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	LEE-LY-AN	20%
BITE WING	S/ 12.00	(AE) 1473/3	20%
PANORAMICA	S/ 70.00		20%
OCLUSAL	S/ 15.00	7 St. 76-7	20%
PROTESIS: COBERTURA MAXIMA AL AÑO S/4.0	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	0=	30%

PRECIOS NO INCLUYEN I.G.V



ANEXO 06 CARTAS DE GARANTÍA REQUISITOS PARA CARTAS DE GARANTÍA CLÍNICAS E INSTITUCIONES CON CONVENIO

- 1. Estar al día en sus aportes mensuales al SEMEFA y cuotas del colegiado.
- 2. La orden médica debe contener los siguientes datos:
 - Nombre y apellidos del paciente.
 - Diagnóstico o presunción diagnóstica.
 - 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 como Presupuesto debe ser enviado vía mail al correo: semefa_cartasg@cmp.org.pe
- 5. Recepcionado los documentos, y de no existir observación alguna, el SEMEFA remitirá la Carta de Garantía a las 24 hrs. 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 efectuará con la sola presentación del DNI. El establecimiento de salud tiene plazo de 07 días útiles para regularizar la solicitud de Carta de Garantía.

PARA CONSEJOS REGIONALES, EXCEPTO LIMA Y CALLAO.

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

MAYOR INFORMACIÓN.

Teléfono: 399-4611 Opción: 2

399-4614



ANEXO 07 REEMBOLSO

REQUISITOS PARA REEMBOLSO

CLÍNICAS E INSTITUCIONES SIN CONVENIO/ EXÁMENES 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.
- Solicitar previamente una AUTORIZACIÓN 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@cmporg.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. Plazo 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.
 - 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.
- 6. 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 autodetracción, documento que debe solicitarse a la institución que emitió la factura.
- 7. 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.
- 8. 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.
- 9. 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.
- 10. 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.

Correo electrónico: semefa@cmp.org.pe / Portal: www.cmp.org.pe/servicio-medico-familiar Central: (01) 399-4614





11. 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 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 en cuenta los 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 OFTALMOLÓGICOS			
CENTRO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CENTRO VISIÓN	Av. San Luis N° 2249, San Borja	225-1627	
CLINICA VISTA	Jirón Caracas N° 2410 [,] Jesús María	641-3217	
FUTURO VISIÓN	Av. San Borja Sur N° 536, San Borja	417-5230	
INSTITUTO DE OJOS PRIMAVERA	Av. Prolongación Prima vera N° 821-823, Chacarilla y San Borja	372-8583	
MACULA D&T	Carlos Ferreyros N° 120 Esq. con Guardia Civil 186 Of. 301-401, San Isidro	226-3801	
NORVISIÓN	Av. Paso de los Andes N° 850, Pueblo Libre	333-1920	
OCULASER	Av. Arequipa N° 1181, Cercado de Lima	264-4833	
OFTALMO SALUD	Av. Javier Prado Este N° 1142, San Isidro	512-1300	
OFTALMOMEDIC	Av. Areguipa N° 1180 [,] Lima	471-4862	
OMNIA VISIÓN	Intihuatana y Marginal de la Selva. Tambo de Monterrico, Surco	449-2112	
OPTIMA VISIÓN	Av. Angamos Oeste N° 884, Miraflores	445-2113	

CENTROS ODONTOLÓGICOS

CENTRO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CENTRO DENTAL SAN JOSE (LIMA Y PROVINCIAS)	Av. Géminis E-27, San Borja	226-1266
CENTRO ODONTOLÓGICO AMERICANO (LIMA Y PROVINCIAS)	Av. Juan de Arona N° 425, San Isidro	421-6323
CENTRO ODONTOLÓGICO SALVODENT	Calle Chinchón N°. 830, San Isidro	421-1666
DOCTOR SONRISA	Av. Carlos Izaguirre N° 691 Urb. Mercurio 2do piso, Los Olivos	500-3080
MULTIDENT (LIMA Y PROVINCIAS)	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 (2do piso), Magdalena del Mar	273-7705
SALVODENT	Calle Chichón N° 830 Of. 502, San Isidro	757-0278

CENTROS ESPECIALIZADOS DE AYUDA DIAGNÓSTICA

CE	NTRO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CARDIOM	EDIC	Jr. Washington N° 1181, Cercado de Lima	265-4833
CEREMA		Av. Javier Prado Este N° 2700, San Borja	225-0030
CERFID / N	MEDICINA FÍSICA	Av. Arequipa N° 1802, Lince	471-1314
CIMEDIC -	IMAGENEOLOGÍA / CHEQUEO MÉDICO	Av. Arequipa N° 3362, San Isidro	442-2222
CLÍNICA C	HACARILLA	Av. Primavera N° 999, San Borja	610-7777
DPI		Av. 2 de Mayo N° 602, San Isidro	202-3333
EMETAC		Av. Petit Thouars N° 4350, Miraflores	421-7217
PET SCAN		Av. Petit Thouars N° 4340, Miraflores	652-3815
RESONAR	DIAGNÓSTICO	Javier Prado Este N° 4200, Lima	225-6474
RESOCENT	RO	Av. Petit Thouars N° 4427, Miraflores	512-4400
RESOMAS	4	Av. Javier Prado Este N° 1178, San Isidro	212-2034
SUIZA LAB	(CHEQUEO MÉDICO)	Av. Anga mos Oeste N° 300, Miraflores	612-6666
TAC CENT		Av. Arequipa N° 1840, Lince	471-8506
TOMOME	DIC	Cal. La Conquista N° 137 Res. El Derby, Surco	610-3333
UROZEN		Av. Javier Prado Este N° 3028, San Borja	713-1153
REMASUR		Calle León Velarde N° 108, Yanahuara, Arequipa	(054) 255792
TOMONO	RTE	Colombia N° 109. Urb. El Recreo, Trujillo	(044) 207111

Central: (01) 399-4614



CHEQUEO MÉDICO PREVENTIVO INTEGRAL ANUAL

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

SUIZA LAB	ALCO STATE OF THE PARTY OF THE		IIZA LAB CIMEDIC CLÍNICA INTERNACIONA			CLÍNICA SAN PABLO	GARCÍA BRAGAGNINI (Arequipa)
2 612-6666			619-6161	610-3333	© 054272614		
FI.		\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	Ac. Úrico Creatinina sérica EKG reposo y Er Ecografía abdon Ecografía de ma Examen físico go Citología vagina Informe de Cheo	gometría ninal completa mas (F) eneral I – PAP (F)*			

^{*}A solicitud de la afiliada – desde los 18 años. Es voluntario.

