

SOLICITUD DE REEMBOLSO – BEAM
(Beneficio Extraordinario por Accidente y/o Muerte
Accidental)



A LLENAR POR EL COLEGIO REGIONAL

Fecha de presentación:

Firma del administrativo:

Sello del Colegio Regional:

PARA DEPÓSITO DE BENEFICIO

Autorizo al Fondo de Previsión Social depositar el monto correspondiente al **BEAM**

.....
En el Banco // N° de Cuenta

- (no el CCI)

- (no el número de tarjeta)

El FPS – COP se exime de responsabilidad si los datos consignados no son correctos (Art. 40° Reglamento del FPS - COP)

COMPLETE LOS SIGUIENTES DATOS:

SEÑOR (A) DOCTOR (A):

DECANO (A) DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ- REGIÓN:

Por intermedio suyo, solicito al Consejo Administrativo del FPS el BEAM:

Recuerda que debes solicitar facturas a nombre de Colegio Odontológico del Perú - **RUC 20171994048**

Los Recibos por Honorarios de cada médico deben estar emitidos a nombre del Colegiado.

Nota: • Es una recomendación seguir el procedimiento de facturación de los documentos con el RUC del COP.
• SI se aceptaran solicitudes que no cuenten con facturas a nombre del COP.

Solicitud por:

- Gastos Médicos por Accidente.
- Invalidez Permanente.
- Muerte por Accidente.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

1. Datos del titular (Cirujano Dentista Accidentado, con Invalidez permanente, y/o Fallecido a causa de un Accidente)

Apellido Paterno: // Apellido Materno:

Nombres: // DNI:

Teléfono: // N° Colegiatura:

Correo:

2. Relación con el titular: (En caso que el tramite lo realice una tercera persona)

- Conyugue
- Progenitor(a)
- Hijo
- Otros:

Apellido Paterno: // Apellido Materno:

Nombres: // DNI:

Teléfono // Correo:

Los siguientes campos (3,4,5,6,7 y 8) deben ser llenados por el médico tratante (o debes asegurarte que el médico lo haya llenado en el expediente médico que entregas):

3. Fecha de accidente y/o Muerte por accidente:/...../.....

4. Descripción del Accidente, causa de la Muerte por Accidente, o razón de la Invalidez permanente:

.....
.....

5. Diagnóstico médico actual (diagnóstico definitivo):

CIE X _____
CIE X _____

6. Observaciones (tiempo de enfermedad, motivo de causa, otros):

.....
.....

7. Fecha de consulta:/...../.....

8. Firma, sello de médico tratante, y código CMP:

.....

9. Para el solicitante (titular, o tercera persona)

Documentos adjuntos:

1. Certificado médico (firma, sello y número de colegiatura del médico tratante colegiado y habilitado)
2. Copia de Documento de Identidad Nacional
3. Recibos por Honorarios, Facturas, boletas (originales)
4. Receta de medicamentos adquiridos (originales)
5. Certificado y/o Acta de defunción (original o copia legalizada)
6. Exámenes auxiliares, procedimiento médico, Historia clínica completa, Epicrisis, otros; especifique:

.....
.....

10. Para el solicitante (titular, o tercera persona)

YO:

Declaro: Que los datos consignados, se ajustan a la verdad.

Fecha:

Firma:

Para la evaluación del reembolso, este documento deberá estar correctamente llenado por el COLEGIADO (por quien se encuentre realizando la solicitud) y por el médico tratante, según corresponda.