


PROCESO DE RECEPCIÓN DE RECLAMACIONES MEDICAS

Las reclamaciones médicas son recibidas de lunes a jueves de 8:00 AM a 6:00PM
Y viernes de 8:00 AM a 5:00 PM.

El Formulario requerido para la realización de dichas reclamaciones es el siguiente:



RECLAMACIÓN DE SERVICIOS

1 No. Autorización _____
 2 Autorizado por _____
 3 Fecha Autorización ____/____/____

4 Fecha ____/____/____ 5 Tipo de servicio _____

6 Nombres _____ 7 Apellidos _____

8 Cédula / NSS _____ 9 Tel. _____ 10 Género: _____ 11 Titular: 12 Dependiente:

13 Diagnóstico _____






14 Prestador _____ 15 Código _____

PROCEDIMIENTO 16	MONTO RECLAMADO 17	MONTO AUTORIZADO 18	COPAGO / DIFERENCIA 19
20 TOTALES			

En caso de internamiento 21 Fecha de ingreso ____/____/____ 22 Fecha de egreso ____/____/____ 23 No. de Habitación _____

Este reclamo debe ser presentado dentro de los próximos 60 días a partir de la fecha del servicio prestado.
 Este formulario debe ser completado en todas sus partes, el servicio debe de estar autorizado, adjuntar facturas originales de gastos.
 ARS APS se reserva el derecho de pagar este reclamo si no se cumplen estos requisitos.

24 Firma y sello del proveedor

 info@aps.do
  www.apsars.do
  @ars_aps
  @arsaps_
  @arsaps_

OFICINA PRINCIPAL: AV. LOPE DE VEGA, PLAZA LOPE DE VEGA, LOCAL 15B, PRIMER NIVEL, TELÉFONO 809.540.7270

25 Firma del afiliado(a)

NUNCA FIRME MÁS DE UN FORMULARIO POR SERVICIO / NUNCA FIRME FORMULARIOS EN BLANCO



LOS DATOS REQUERIDOS EN DICHO FORMULARIO SON:

1. Coloque el Número de autorización
2. Coloque el Nombre del oficial que realizó la autorización
3. Complete la fecha de autorización en el formato (dd/mm/aaaa)
4. Complete la fecha en el formato (dd/mm/aaaa)}
5. Coloque el tipo de servicio ofrecido
6. Coloque el Nombre del Afiliado
7. Coloque los Apellidos del Afiliado.
8. Indique el número de Cédula o NSS
9. Coloque le número de teléfono del afiliado
10. Indique el Género
11. Marcar categoría del afiliado titular
12. Marcar categoría del afiliado dependiente
13. Complete el Diagnóstico (Enfermedad).
14. Coloque el Nombre completo del prestador
15. Coloque el código del prestador
16. Complete el Procedimiento
17. Complete el monto reclamado
18. Complete el monto autorizado
19. Complete el Copago/ Diferencia
20. Complete con total de los montos autorizados, reclamados y Copago
21. Complete la fecha de ingreso en el formato (dd/mm/aaaa) **
22. Complete la fecha de egreso en el formato (dd/mm/aaaa) **
23. Complete el NO. De habitación **
24. Coloque la firma y sello del prestador
25. Solicite la firma del afiliado o paciente

** esto debe completarse solo en caso de internamiento.



Los Pagos se efectuarán los días 19 de cada mes, el mismo abarca las reclamaciones del periodo anterior recibidas antes del día 10 de cada mes, después de haber sido reclamada.

Los tipos de reclamantes son médico y no médico:

1. No médicos son:

- Centro de atención primaria.
- Centro de diagnóstico.
- Centro de diálisis.
- Centro de radioterapia.
- Centro de rehabilitación.
- Centro oncológico.
- Centro de vacunación.
- Dispensario médico.
- Clínicas.
- Farmacias.
- Laboratorios.
- Laboratorios de patología.
- Hospitales.
- Servicios odontológicos

2. Médicos son:

- Profesionales que practican la medicina.

Los requisitos para recibir las reclamaciones médicas según el tipo de PSS son las siguientes:

- Médico:
 - ✓ Código, nombre del proveedor y PSS
 - ✓ Número de teléfono en caso de ser contactado
 - ✓ Detalles de lo depositado: especificar total de cantidad de reclamos y de montos por tipo de servicio; consultas, procedimientos ambulatorios, emergencias, hospitalización.
 - ✓ Formulario de reclamaciones completos.
- No médicos
 - ✓ RNC del PSS
 - ✓ Nombre del PSS
 - ✓ Dirección teléfono y correo electrónico.
 - ✓ Fecha de los reclamos
 - ✓ Numero de facturas
 - ✓ NCF
 - ✓ Detalles de lo depositado: especificar total de cantidad de reclamos y de montos por tipo de servicio; consultas, procedimientos ambulatorios, emergencias, hospitalización.

DETALLE DE LA INFORMACION REQUERIDA EN LA FACTURA

- Totalizar el monto por NCF
- Precio en moneda dominicana,
- Firma y sello de la PSS
- Desglose o relación de las reclamaciones depositadas.
- Reclamaciones con NCF individual, uno por cada reclamación
- NCF Único o general, uno por monto total reclamado
- NCF Grupal, uno por servicio, fecha de corte, rangos de fecha, dependiendo la forma de factura de la PSS.
- Persona física no requiere número de comprobante.

SERVICIOS QUE AMERITAN PRE-CERTIFICACIÓN:

- Atención de alto costo y máximo nivel de complejidad
- Cirugías
- Estudios especiales en mayor de 2
- Biopsias
- Rehabilitación

SERVICIOS QUE NO AMERITAN PRE-CERTIFICACIÓN:

- Emergencias
- Consultas
- Laboratorios
- Servicios farmacéuticos
- Estudios especiales menores

PARA LOS SERVICIOS PRE-AUTORIZADOS SE REQUIERE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN ADICIONAL:

- Cédula y/o carnet del afiliado
- Formulario de reclamaciones medicas correctamente lleno.
- Historia Clínica completa
- Resultados de estudios previos que justifiquen el diagnóstico
- Pruebas de laboratorio
- imágenes de Rayos x, sonografías, tomografías, resonancias.
- Indicación del médico con el servicio recibidos.
- Cotización de medicamentos oncológicos o coadyuvantes (En caso de quimioterapias)
- Detalle de cuenta clínica
- Acta de AMET (En caso de Accidente de Tránsito)

PROCESO DE AUTORIZACIONES MEDICAS

El prestador llamará al departamento de cobertura para solicitar la autorización del servicio a prestar.

Los números de contacto del departamento de cobertura son:

Región	Provincia	número
CIBAO NORTE	Santiago	8093375555
	Puerto Plata	8092910239
	Españat	8092780511
CIBAO SUR	La Vega	8092771204
	Monseñor Nouel	8099360104
	Sánchez Ramírez	8098100050
CIBAO NORDESTE	Duarte	8092909505
CIBAO NOROESTE	Valverde	8098080023, 8098080015
	Monte Cristi	8098085020
VALDESIA	San Cristóbal	8092794250
	Azua	8093470019
	Peravia	8093464116
ENRIQUILLO	Barahona	8093674025
EL VALLE	San Juan	8099270048
YUMA	La Romana	8093494225
	La Altagracia	8099333155
HIGUAMO	San Pedro de Macorís	8093391094
	Monte Plata	8098087014
OZAMA O METROPOLITANA	Distrito Nacional	8095407270/8096822893
	Santo Domingo	

Estos números no tiene cargos adicionales en las llamadas. Nuestro servicio de cobertura funciona los 365 días 24/7.