

No. de Solicitud.: _____

Día		Mes		Año	

Datos Personales del/ de la Afiliado o Asegurado (a)

Nombre (s) y Apellido: _____ No. de documento de identificación: _____

Teléfono: _____ Tipo de documento: (marcar con una x)

Celular: _____ Cedula Pasaporte

Correo electrónico (Si posee): _____ Dirección: _____

IDOPPRIL ARS Especifique cual: _____

Sucursal: _____

Vía de recepción: Correo Físico AP Página Web Otros: _____

Especifique con una X el servicio a reclamar

Procedimientos Ambulatorios

Consulta Emergencia Laboratorio Imágenes Otros

Otros procedimientos

Internamiento Quimioterapia Honorarios Médicos Medicamentos ambulatorios Equipo de Cirugía
 Sangre Materiales Hemodiálisis Estudios especiales Tipo de estudio

Otras especificaciones: _____

Especifique con una X el tipo de plan que posee.

Planes	
Plan básico de Salud	<input type="checkbox"/>
Plan Complementario (PBS más un plan alternativo)	<input type="checkbox"/>
Plan Voluntario	<input type="checkbox"/>
Plan Especial de Pensionados y Jubilados	<input type="checkbox"/>
Accidente de tránsito (FONAMAT)	<input type="checkbox"/>

Datos Relacionados con el Servicio

Nombre del Centro de Salud: _____ Fecha del servicio: _____

Monto Facturado (RD\$): _____ Monto Reclamado (RD\$): _____

 Firma del/la afiliado/a asegurado/a

- Este formulario sólo aplica para planes con reembolsos.
- Toda solicitud de reembolso debe ir acompañada de este formulario debidamente completado.
- Los reembolsos deben ser solicitados dentro de los primeros 60 días de haber recibido los servicios y 90 días para Salud Internacional.
- Los documentos requeridos para procesar un reembolso son:
- Para internamientos: facturas y recibos de pagos originales.
- Para estudios especiales: indicación del médico, copia de resultados de los estudios, facturas y recibos de pagos originales.
- Para laboratorios y rayos X: indicación del médico, copia de resultados, facturas y recibos de pago originales.
- Para consulta ambulatoria: recibo en original sellado por el médico.
- Declaro que la información suministrada en el presente formulario es veraz y correcta, por lo que asumo total responsabilidad en caso de error u omisión y descargo a La Compañía de toda actuación que se derive de las instrucciones aquí dadas en base a las informaciones suministradas por mí.
- **Nota:** El departamento de reembolso podrá a su discreción requerir documentación adicional a la descrita anteriormente