

RNC 1-01-86442-7

SOLICITUD DE REEMBOLSO

RNC 1-02-01717-4

DATOS PERSONALES				Día	Mes	Año
Nombre afiliado		Número afiliado	Teléfono		Celular	
No. documento identificación	Tipo de documento	Correo electrónico		Monto reclamado		
	☐ Cédula ☐ Pasaporte					

Procedimientos ambulatorios	
☐ Consulta ☐ Laboratorio ☐ Rayos X ☐ Emergencia ☐ Otro (describir)	
☐ Estudios especiales	Tipo de estudio

Motivos / Síntomas / Diagnóstico		
Médico tratante	Especialidad	Clínica
Hospitalización	Fecha de ingreso	Fecha de salida
¿Estuvo en cuidados intensivos?	Desde	Hasta
☐ Sí ☐ No		

Motivos / Síntomas / Diagnóstico		
Si se le practicó cirugía, favor describir		
Médico tratante	Especialidad	Clínica
¿Tiene otros planes con nosotros que cubran esta reclamación?	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, favor indicar nombre del plan
Desea usted que su pago sea vía		
☐ Cheque ☐ Transferencia (Completar información bancaria)		

INFORMACIÓN BANCARIA	
Banco o institución financiera	
Tipo de cuenta	Número de cuenta
☐ Ahorro ☐ Corriente	
Nombre del titular de la cuenta	

Para ser completado por La Compañía (solo para uso interno)	No. Radicación

NOTA: Favor de leer detenidamente las instrucciones contenidas en el reverso de este formulario.
Clave 005-2004

Firma Afiliado _____

- 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:
 - a) Para internamientos: facturas y recibos de pagos originales.
 - b) Para estudios especiales: indicación del médico, copia de resultados de los estudios, facturas y recibos de pagos originales.
 - c) Para laboratorios y rayos X: indicación del médico, copia de resultados, facturas y recibos de pago originales.
 - d) Para consulta ambulatoria: recibo en original sellado por el médico.
- De aplicar el reembolso, la transferencia bancaria será realizada, siempre y cuando la cuenta anteriormente indicada sea en pesos dominicanos y para consumo en República Dominicana.
- Para cambio de cuenta bancaria, el afiliado titular deberá llenar nuevamente este formulario a modo de autorización.
- 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.