

Formulario Único Solicitudes de Reembolso

NÚMERO DE SOLICITUD: _____

Datos de la entidad
 INDOPPRIL ARS Otro Especifique, ¿cuál?

UBICACIÓN DE LA SUCURSAL	FECHA (dd/mm/aaaa)	HORA DE LA SOLICITUD
--------------------------	--------------------	----------------------

 VÍA DE RECEPCIÓN Correo Físico AP Página web Otra

Seleccione el tipo de plan

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plan Básico de Salud (PBS) | <input type="checkbox"/> Plan Especial de Pensionados y Jubilados |
| <input type="checkbox"/> Plan Complementario (PBS más un plan alternativo) | <input type="checkbox"/> Accidente de Tránsito (FONAMAT) |
| <input type="checkbox"/> Plan Voluntario | |

Datos generales del Afiliado/beneficiario/paciente

NOMBRE COMPLETO _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	NO. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
--	-----------------------	----------

DIRECCIÓN (calle/número) _____

PROVINCIA/ESTADO	BARRIO/SECTOR	CIUDAD
PAÍS	NOMBRE DEL EDIFICIO/TORRE/ RESIDENCIAL	NO. APARTAMENTO/ RESIDENCIAL

Datos relacionados con el servicio

NOMBRE DEL CENTRO DE SALUD _____

FECHA DEL SERVICIO (dd/mm/aaaa)	MONTO FACTURADO RD\$	MONTO RECLAMADO RD\$
---------------------------------	----------------------	----------------------

Seleccione el servicio a reclamar

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Emergencia | <input type="checkbox"/> Imágenes | <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Honorarios médicos |
| <input type="checkbox"/> Internamiento | <input type="checkbox"/> Equipo de cirugía | <input type="checkbox"/> Materiales | <input type="checkbox"/> Consulta |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sangre | <input type="checkbox"/> Hemodiálisis | <input type="checkbox"/> Medicamento ambulatorio |
| <input type="checkbox"/> Otros, especifique _____ | | | |

Indique el motivo del reclamo

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cobro directo por parte del centro | <input type="checkbox"/> Compro o cobro directo de sangre | <input type="checkbox"/> Pago de diferencia elevada |
| <input type="checkbox"/> Asistencia en centro fuera de la red | <input type="checkbox"/> Negociación del INDOPPRIL | <input type="checkbox"/> Compra directa de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Negociación de cobertura de ARS | <input type="checkbox"/> Compra directa de materiales | |
| <input type="checkbox"/> Otros, especifique _____ | | |

Datos del reclamante

NOMBRE COMPLETO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	NO. DE IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO	PARENTESCO	

Indique los documentos depositados

- Copia de la cédula del Afiliado.
- Copia del carnet.
- En caso de menor de edad, copia de la cédula de identidad del titular del plan y del acta de nacimiento del menor.
- Copia de la indicación médica, firmada y sellada (si procede).
- Factura, recibos de pagos, depósito o transferencia a cuenta del médico o centro de salud y voucher (según aplique) (si corresponde a un proveedor jurídico la factura requiere RNC y NCF).

Adicionalmente, solo se solicitará y depositará el documento relacionado al tipo de servicio reclamado, según aplique.

- Epicrisis (Solo en hospitalización clínica).
- Historia o resumen clínico (solo para PSS fuera de la red).
- Descripción quirúrgica (solo para servicios donde se reclame la cobertura quirúrgica).
- Soportes diagnósticos (imágenes o laboratorios), si aplica.
- Constancia de emergencia.
- Copia de indicación médica (solo para reclamos de servicios ambulatorios).
- Preautorización del servicio, si aplica.
- Otros, especifique _____

Indique la vía para recibir el reembolso

- Cheque Transferencia En caso de transferencia especifique los datos del beneficiario de la cuenta

NOMBRE DEL BENEFICIARIO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	NO. DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE IDENTIDAD BANCARIA
NÚMERO DE CUENTA	TIPO DE CUENTA	

Firma del reclamante