

**Formulario Reclamación Ambulatoria**

NO. AUTORIZACIÓN	FECHA	AUTORIZADO POR
------------------	-------	----------------

**Datos generales del asegurado**

FECHA DE LA ATENCIÓN	TIPO DE RECLAMACIÓN <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Otros
----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CONTRATO NO.	NOMBRE DEL AFILIADO
--------------	---------------------

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

EMPRESA DONDE LABORA EL AFILIADO PRINCIPAL

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD
---------------------	------

DIAGNÓSTICO (ENFERMEDAD)

ORIGEN DEL PADECIMIENTO

- Accidente de tránsito  
  Accidente de trabajo  
  Enfermedad general  
  Enfermedad profesional  
 Evento catastrófico  
  Maternidad  
  Psiquiatría

TRATAMIENTO APLICADO

- Consulta  
  Laboratorio  
  Rayos X  
  Medicamentos ambulatorios  
  Estudios diagnósticos  
 Procedimientos ambulatorios  
 Otros: \_\_\_\_\_

TOTAL GASTOS INCURRIDOS RD\$	TOTAL PAGADO/PACIENTE RD\$	VALOR RECLAMADO RD\$
------------------------------	----------------------------	----------------------

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE O QUE ELABORÓ LA INDICACIÓN	CÓDIGO
--------------------------------------------------------	--------

SE AUTORIZA EL PAGO A

- Médico  
 Clínica  
 Laboratorio  
 Farmacia

EL PAGO SE HARÁ A NOMBRE DE	CÓDIGO
-----------------------------	--------

Esta reclamación debe ser presentada dentro de los próximos 30 días a partir de la fecha de prestado el servicio. Universal se reserva el derecho de pago después de transcurrido este período.

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor consentimiento. Asimismo autorizo a los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones, para que suministren información y copias completas de los documentos relacionados con esta reclamación a Universal.

\_\_\_\_\_ Firma y sello del proveedor                      \_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Firma del afiliado o paciente                      \_\_\_\_\_ Fecha

*Nota: adjuntar facturas originales de gastos y resultados de estudios*