

Formulario Reclamación para Internamiento

NO. AUTORIZACIÓN _____ AUTORIZADO POR _____ FECHA _____

Datos generales

TIPO DE RECLAMACIÓN

 Clínica Médico Laboratorio Farmacia Otro

NOMBRE DEL AFILIADO

NO. CONTRATO	TEL. RESIDENCIAL	CELULAR
--------------	------------------	---------

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

EMPRESA DONDE LABORA AFILIADO PRINCIPAL	TEL. OFICINA
---	--------------

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

DIAGNÓSTICO DE INGRESO (ENFERMEDAD)

ORIGEN DEL PADECIMIENTO

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

DIAGNÓSTICO EGRESO (ENFERMEDAD)

TRATAMIENTO REALIZADO

ESTADO DE SALIDA <input type="checkbox"/> Recuperado <input type="checkbox"/> Fallecido	FECHA DE INTERNAMIENTO Inicio _____ Fin _____	FECHA DE CIRUGÍA (Si hubo)
--	--	----------------------------

En caso de maternidad favor completar los siguientes datos del recién nacido

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	HORA <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm	EDAD GESTACIONAL Semana(s)	PESO Libras	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
----------------------------------	---	-------------------------------	----------------	---

CONTROL PRENATAL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SI TUVO PATOLOGÍA: DIAGNÓSTICO
---	--------------------------------

SI FALLECIÓ: INDICAR CAUSA	FECHA (dd/mm/aaaa)	HORA <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
----------------------------	--------------------	---

RESUMEN DE LA CUENTA

	MONTO RD\$	MÉDICOS CONSULTADOS	CÓDIGO	FECHA DE INICIO DE VISITAS (dd/mm/aaaa)
TOTAL GASTOS INCURRIDOS				
TOTAL PAGADO/PACIENTE				
VALOR RECLAMADO				
EL PAGO SE REALIZARÁ A NOMBRE DE				CÓDIGO

OBSERVACIONES

Firma y sello del Proveedor	Fecha	Firma afiliado o paciente	Fecha
-----------------------------	-------	---------------------------	-------

* Esta reclamación debe ser presentada dentro de los próximos 30 días a partir de la fecha de prestado el servicio. ARS 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 conocimiento. Así mismo, autorizo a todos 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 ARS Universal.

Formulario Reclamación para Internamiento

 NO. AUTORIZACIÓN 1 AUTORIZADO POR 2 FECHA 3
Datos generales

 TIPO DE RECLAMACIÓN 4 Clínica Médico Laboratorio Farmacia Otro

 NOMBRE DEL AFILIADO 5

 NO. CONTRATO 6 TEL. RESIDENCIAL 7 CELULAR 8

 TIPO DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO PRINCIPAL 9 Cédula Pasaporte NO. DE IDENTIFICACIÓN 10

 EMPRESA DONDE LABORA AFILIADO PRINCIPAL 11 TEL. OFICINA 12

 NOMBRE DEL PACIENTE 13 EDAD 14

 DIAGNÓSTICO DE INGRESO (ENFERMEDAD) 15

 ORIGEN DEL PADECIMIENTO 16 Accidente de tránsito Accidente de trabajo Enfermedad general Enfermedad profesional Maternidad Psiquiatría Evento catastrófico

 DIAGNÓSTICO EGRESO (ENFERMEDAD) 17

 TRATAMIENTO REALIZADO 18

 ESTADO DE SALIDA 19 Recuperado Fallecido FECHA DE INTERNAMIENTO 20 FECHA DE CIRUGÍA (si hubo) 21
 Inicio Fin

En caso de maternidad favor completar los siguientes datos del recién nacido 22

 FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa) HORA am pm EDAD GESTACIONAL 22 PESO 22 SEXO M F
 Semana(s) Libras

 CONTROL PRENATAL Sí No SI TUVO PATOLOGÍA: DIAGNÓSTICO

 SI FALLECIÓ: INDICAR CAUSA FECHA (dd/mm/aaaa) HORA am pm

RESUMEN DE LA CUENTA

	MONTO RD\$	MÉDICOS CONSULTADOS	CÓDIGO	FECHA DE INICIO DE VISITAS (dd/mm/aaaa)
TOTAL GASTOS INCURRIDOS				
TOTAL PAGADO/PACIENTE <u>23</u>		<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>
VALOR RECLAMADO				
EL PAGO SE REALIZARÁ A NOMBRE DE <u>27</u>			CÓDIGO <u>28</u>	

 OBSERVACIONES 29
30 Firma y sello del Proveedor 31 Fecha 32 Firma afiliado o paciente 33 Fecha

* Esta reclamación debe ser presentada dentro de los próximos 30 días a partir de la fecha de prestado el servicio. ARS 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 conocimiento. Así mismo, autorizo a todos 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 ARS Universal.

Instructivo de Llenado Formulario Reclamación de Internamiento

Los datos requeridos en dicho formulario son:

1. Coloque el número de autorización.
2. Coloque el nombre de la persona que realiza la autorización.
3. Indique la fecha de la autorización en el formato (dd/mm/aaaa).
4. Seleccione el tipo de reclamación.
5. Coloque el nombre del afiliado
6. Indique el número de contrato.
7. Coloque el teléfono residencial del afiliado.
8. Ingrese el teléfono celular del afiliado.
9. Seleccione el tipo de identificación del afiliado principal.
10. Indique el número de cédula o pasaporte.
11. Indique la empresa donde labora el afiliado principal.
12. Coloque el teléfono de la oficina.
13. Indique nombre del paciente.
14. Ingrese la edad del paciente.
15. Complete el diagnóstico ingreso (Enfermedad).
16. Seleccione el origen del padecimiento.
17. Complete el diagnóstico egreso.
18. Indique el tratamiento realizado.
19. Marque el estado de salida.
20. Indique la fecha de internamiento (Inicio-Fin) en formato (dd/mm/aaaa).
21. Complete el campo fecha cirugía (Si la hubo).
22. Complete el recuadro para datos del recién nacido (Casos de maternidad).
23. Complete el resumen de la cuenta con el total de gastos incurridos, total cubierto, total pagado y valor reclamado.
24. Complete el campo de médicos consultados.
25. Indique el código de los médicos consultados.
26. Complete las fechas de inicio de visitas.
27. Indique el nombre del médico o institución a la que se le realizará el pago.
28. Complete el código del médico o institución a realizar el pago.
29. Complete el campo de observaciones, si las hay.
30. Coloque la firma y sello del proveedor.
31. Complete la fecha en el formato (dd/mm/aaaa).
32. Solicite la firma del afiliado o paciente.
33. Complete la fecha en el formato (dd/mm/aaaa).

Para la validez de este formulario se requiere de la firma del afiliado o paciente y que todos los campos del formulario estén debidamente completados.