



## Formulario Reclamación de Reembolso

### Datos generales

FECHA DE ATENCIÓN (dd/mm/aaaa)		NO. CONTRATO	
NOMBRE COMPLETO DEL AFILIADO		CERTIFICADO O FAMILIA	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	NO. CÉDULA O PASAPORTE	TELÉFONO	
CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	EMPRESA DONDE LABORA	
CORREO ELECTRÓNICO DEPARTAMENTO RRHH	NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD DEL PACIENTE	
MOTIVO DE LA ATENCIÓN SOLICITADA O DIAGNÓSTICO			

TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTO REALIZADO POR EL MÉDICO TRATANTE

### Resumen de la cuenta anexada

VALOR RECLAMADO (Monto total solicitado para el reembolso)

RD\$

TOTAL DE GASTOS INCURRIDOS (Corresponde al total de los gastos facturados por el proveedor)

RD\$

### Información bancaria \*

INDIQUE EL MÉTODO DE PAGO DESEADO

Cheque  Cuenta bancaria\*  Cuenta bancaria temporal  Nueva cuenta bancaria

NOMBRE DEL BANCO AL CUAL REALIZAR LA TRANSACCIÓN	NO. CUENTA	TIPO DE CUENTA <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente
--	------------	--

OBSERVACIONES

\* Si estos datos fueron suministrados anteriormente, y quiere que se mantenga la misma, no es necesario completar.

### Para uso interno de ARS Universal

NO. CASO BIZAGI	NO. RECLAMO APOLO	ESTATUS DE LA SOLICITUD <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Declinada
VALOR NETO PAGADO RD\$		

Ver requisitos de reembolso al dorso

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de la empresa

\_\_\_\_\_  
Firma Afiliado o Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aaaa)

Esta reclamación debe ser presentada dentro de los próximos 60 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 examinarán, a todos los hospitales u otras instituciones, para que suministren información y copias completas de los documentos relacionados con esta reclamación a ARS Universal.

## Requisitos para el procesamiento de reclamaciones de reembolso

1. Formulario reclamación reembolso.
2. Fecha de la atención.
3. No. de contrato y certificado.
4. Nombre del afiliado.
5. Tipo de identificación del asegurado principal.
6. Nombre del paciente.
7. Diagnóstico.
8. Total gastos incurridos.
9. Valor reclamado.
10. Firma del empleado.
11. Documentos originales (recibo, indicaciones, facturas, entre otros).
12. Indicación.
13. Recibo con cabecilla del prestador.
14. Factura con cabecilla y/o sello de la farmacia.
15. Desglose de factura.
16. Recibo sin tachaduras y alteraciones.
17. Servicios que no excedan los 60 días.
18. Recibo de vacuna con los siguientes datos: nombre, vacuna, valor.
19. Especificar el tratamiento y/o procedimiento realizado por el médico.
20. Constancia de la cobertura otorgada por el otro seguro.
21. Las facturas deben ser presentadas con el número de comprobante fiscal (NFC) Y Registro Nacional de Contribuyentes (RNC).
22. En los casos de terapias (enviar detalle y fecha de las terapias aplicadas).