

Solicitante Titular Dependiente

Fecha _____

Tipo de plan Plan Básico Superior Comp.I Comp.II Voluntario Superior Voluntario I Voluntario II

1. Datos del afiliado titular

Código _____ Nombre (s) y apellido (s) _____

 Teléfono de contacto _____ Núm. de cuenta _____ Tipo de cuenta: Ahorro Corriente

Empresa donde labora _____

Correo electrónico _____

2. Datos del afiliado dependiente (Si aplica)

Código _____ Nombre (s) y apellido (s) _____

3. Tipo de servicio
 Consulta Internamiento Imagen Honorario médico Emergencia Laboratorio Odontológico Anestesia

 Otros, especificar _____

Motivo o diagnóstico de la atención recibida _____

Tratamiento y/o procedimiento realizado _____

Nombre del prestador de servicios tratante _____ Teléfono _____

Monto total solicitado: RD\$ _____

Recibido por ARS Reservas _____

Firma y sello

Afiliado solicitante _____

Firma

• Ver requisitos de reembolsos al dorso •
Para uso interno de ARS Reservas

 Estatus de la solicitud Aprobada Declinada

Monto aprobado: RD\$ _____

Número de radicación _____

Código SIMON _____

Número de autorización _____

Detalle de procedimiento

Código/ Frecuencia	Monto reclamado	Tarifa ARS	% a reembolsar	Monto a reembolsar

Documentos a ser anexados según el tipo de reembolso solicitado

A) Consulta ambulatoria y vacuna:

Recibo de pago con membrete impreso o recetario, indicando el nombre, especialidad, firma y sello del médico tratante, además debe especificar nombre del paciente, fecha, descripción y costo del servicio otorgado.

B) Honorario médico:

Recibo de pago con membrete impreso o recetario, indicando el nombre, especialidad, firma y sello del médico tratante, además debe especificar nombre del paciente, fecha, descripción, día(s) de visita en internamiento y costo del servicio otorgado. Si el paciente fue a cirugía: se requiere la descripción quirúrgica del procedimiento.

C) Emergencia:

Recibo de pago sellado por el centro clínico, donde se detalle el costo unitario de los servicios prestados, así como el monto total facturado (medicamentos, laboratorios, material gastable, etc.), indicaciones y resultados del caso tratado.

D) Estudios especiales, laboratorio, rayos x, sonografía:

Recibo de pago sellado por el centro clínico o diagnóstico, donde se detalle el costo unitario de los servicios prestados, así como el monto total facturado. Anexar la indicación del médico tratante y copia de los resultados según criterio médico.

E) Ambulancia:

Recibo de pago sellado por la unidad de servicio, donde se detalle el costo y traslado, así como el monto total facturado.

F) Servicios odontológicos:

Presupuesto y factura con Número de Comprobante Fiscal (NCF), nombre del afiliado, descripción del servicio, monto, fecha, firma y sello del odontólogo o centro odontológico. Resultados de las panorámicas realizadas.

G) Terapia física:

Recibo de pago sellado por el centro o médico tratante, indicación, así como el detalle y fecha de cada una de las terapias.

Observaciones ARS Reservas

Los recibos, indicaciones y soportes no deben presentar tachaduras y/o borrones.

Esta reclamación debe ser presentada dentro del año calendario luego de haber sido recibido el servicio. La ARS 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. Asimismo, autorizo a todos los doctores u otras personas que me examinaron, a todos los hospitales u otras instituciones, para que suministren información y copias completas de los documentos relacionados con esta reclamación.

Autorizado por: _____
Firma y código

Procesado por: _____
Firma y código

Solicitante Titular Dependiente

Fecha _____

Tipo de plan Plan Básico Superior Comp.I Comp.II Voluntario Superior Voluntario I Voluntario II

1. Datos del afiliado titular

Código _____ Nombre (s) y apellido (s) _____

 Teléfono de contacto _____ Núm. de cuenta _____ Tipo de cuenta: Ahorro Corriente

Empresa donde labora _____

Correo electrónico _____

2. Datos del afiliado dependiente (Si aplica)

Código _____ Nombre (s) y apellido (s) _____

3. Tipo de servicio
 Consulta Internamiento Imagen Honorario médico Emergencia Laboratorio Odontológico Anestesia

 Otros, especificar _____

Motivo o diagnóstico de la atención recibida _____

Tratamiento y/o procedimiento realizado _____

Nombre del prestador de servicios tratante _____ Teléfono _____

Monto total solicitado: RD\$ _____

Recibido por ARS Reservas _____

Firma y sello

Afiliado solicitante _____

Firma

• Ver requisitos de reembolsos al dorso •
Para uso interno de ARS Reservas

 Estatus de la solicitud Aprobada Declinada

Monto aprobado: RD\$ _____

Número de radicación _____

Código SIMON _____

Número de autorización _____

Detalle de procedimiento

Código/ Frecuencia	Monto reclamado	Tarifa ARS	% a reembolsar	Monto a reembolsar

Documentos a ser anexados según el tipo de reembolso solicitado

A) Consulta ambulatoria y vacuna:

Recibo de pago con membrete impreso o recetario, indicando el nombre, especialidad, firma y sello del médico tratante, además debe especificar nombre del paciente, fecha, descripción y costo del servicio otorgado.

B) Honorario médico:

Recibo de pago con membrete impreso o recetario, indicando el nombre, especialidad, firma y sello del médico tratante, además debe especificar nombre del paciente, fecha, descripción, día(s) de visita en internamiento y costo del servicio otorgado. Si el paciente fue a cirugía: se requiere la descripción quirúrgica del procedimiento.

C) Emergencia:

Recibo de pago sellado por el centro clínico, donde se detalle el costo unitario de los servicios prestados, así como el monto total facturado (medicamentos, laboratorios, material gastable, etc.), indicaciones y resultados del caso tratado.

D) Estudios especiales, laboratorio, rayos x, sonografía:

Recibo de pago sellado por el centro clínico o diagnóstico, donde se detalle el costo unitario de los servicios prestados, así como el monto total facturado. Anexar la indicación del médico tratante y copia de los resultados según criterio médico.

E) Ambulancia:

Recibo de pago sellado por la unidad de servicio, donde se detalle el costo y traslado, así como el monto total facturado.

F) Servicios odontológicos:

Presupuesto y factura con Número de Comprobante Fiscal (NCF), nombre del afiliado, descripción del servicio, monto, fecha, firma y sello del odontólogo o centro odontológico. Resultados de las panorámicas realizadas.

G) Terapia física:

Recibo de pago sellado por el centro o médico tratante, indicación, así como el detalle y fecha de cada una de las terapias.

Observaciones ARS Reservas

Los recibos, indicaciones y soportes no deben presentar tachaduras y/o borrones.

Esta reclamación debe ser presentada dentro del año calendario luego de haber sido recibido el servicio. La ARS 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. Asimismo, autorizo a todos los doctores u otras personas que me examinaron, a todos los hospitales u otras instituciones, para que suministren información y copias completas de los documentos relacionados con esta reclamación.

Autorizado por: _____
Firma y código

Procesado por: _____
Firma y código