

Información General

Fecha	No. Afiliado	No. de Contrato	No. de Carné	No. Cobertura

Información del Afiliado

Titular Dependiente

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Diagnóstico _____ Procedimiento Realizado _____

Nombre del Centro _____ Nombre del Médico _____

Motivo del Reembolso

_____ Total Reclamado RD\$ _____

¿Este servicio se relaciona con algún accidente automovilístico? Sí No

Por favor indique la fecha del evento relacionado (accidente o diagnóstico) _____

¿Este servicio se relaciona con algún diagnóstico previo? Sí No

Si respondió "Sí" a la pregunta sobre el diagnóstico, escriba el nombre del mismo: _____

En caso de internamiento, indique: Fecha Ingreso: _____ Fecha Egreso: _____

Día Mes Año Día Mes Año

Especifique forma de pago: Transferencia Cheque Si eligió transferencia, complete la siguiente información:

No. Cédula _____ No. Cuenta _____ Tipo de Cuenta Ahorro Corriente

E-mail: _____ Banco Emisor: BHD ADAP APAP BDI Citibank

León Lopez de Haro Popular Progreso Promérica Reservas Santa Cruz Scotiabank Vimenca

Por este medio autorizo a cualquier prestador de servicios de salud, ya sea médico, clínica, hospital, laboratorio, centro de diagnóstico o especializado, farmacia, empleador, entre otros, a suministrar cualquier información (incluyendo copias exactas de los archivos) a ARS Palic Salud, S.A, por todos los tratamientos, servicios o beneficios prestados, pagados a mí o a mi favor. Una fotocopia de esta solicitud será tan válida como el original.

Firma y Sello de la Empresa

Firma del Afiliado