

Datos generales

Fecha de la atención: _____ Contrato No.: _____

Nombre del afiliado: _____ Certificado o familia: _____

Tipo de identificación del afiliado principal: Cédula Pasaporte Cédula o pasaporte No.: _____

Teléfono afiliado: _____ Correo electrónico: _____

Empresa donde labora afiliado principal: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Motivo de la atención solicitada o diagnóstico: _____

Tratamiento y/o procedimiento realizado por el médico tratante: _____

Resumen de la cuenta anexa

Valor reclamado (Monto total solicitado para el reembolso) RD\$ _____

Total gastos incurridos (Corresponde al total de los gastos facturados por el proveedor) RD\$ _____

Otros datos

¿Desea que su pago le sea realizado en su cuenta bancaria? Si No

Si su respuesta es afirmativa, especificar nombre del banco: _____ Cuenta No. _____

Tipo de cuenta: Ahorro Corriente

Observaciones: _____

Para uso interno ARS Universal

No. Caso Bizagi: _____ No. Reclamo Apolo: _____

Estatus de la solicitud: Aprobada Declinada Valor neto pagado RD\$ _____

Ver requisitos de reembolsos al dorso.

Firma y sello de la empresa

Firma afiliado o paciente

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 examinaron, 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 reembolsos.
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 (NCF) y Registro Nacional del Contribuyente (RNC).
22. En los casos de terapias (enviar detalle y fecha de las terapias aplicadas).