



## Formulario de Reclamación por Servicios Médicos

Ambulatorio  Internamiento

Número de autorización (IT)

Fecha

día

mes

año

### Datos generales del asegurado

Dependiente  Titular

Nombre

Cédula

Teléfono

Carnet no.

Certificado no.

Diagnóstico

Procedimiento realizado

### Datos del proveedor de servicios de salud (PSS)

Nombre

Código

### Servicios ambulatorios prestados al asegurado

Consultas médicas  Emergencias

Laboratorios  Otros

Imágenes

Fecha del servicio

día

mes

año

### Datos relativos a la cobertura

Total reclamado RD\$

La Colonial pagará RD\$

El paciente pagará

Firma y sello  
del proveedor

Firma del asegurado o  
dependiente de mayor edad