

SOLICITUD DE REEMBOLSO

RNC 1-02-01717-4

DATOS PERSONALES DEL / DE LA AFILIADO O ASEGURADA(O)				Día	Mes	Año
				[][]	[][]	[][][][]

Nombre	Número	Teléfono	Celular
--------	--------	----------	---------

No. documento identificación	Tipo de documento <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	Correo electrónico	Monto reclamado
------------------------------	---	--------------------	-----------------

Procedimientos ambulatorios

Consulta
 Laboratorio
 Rayos X
 Emergencia
 Otro (describir)

<input type="radio"/> Estudios especiales	Tipo de estudio
---	-----------------

Motivos / Síntomas / Diagnóstico

Médico tratante	Especialidad	Clínica
-----------------	--------------	---------

Hospitalización	Fecha de ingreso	[][] / [][] / [][][][]	Fecha de salida	[][] / [][] / [][][][]
-----------------	------------------	--------------------------------	-----------------	--------------------------------

¿Estuvo en cuidados intensivos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Desde	[][] / [][] / [][][][]	Hasta	[][] / [][] / [][][][]
---------------------------------	---	-------	--------------------------------	-------	--------------------------------

Motivos / Síntomas / Diagnóstico

Si se le practicó cirugía, favor describir

Médico tratante	Especialidad	Clínica
-----------------	--------------	---------

¿Tiene otros planes con nosotros que cubran esta reclamación?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	En caso afirmativo, favor indicar nombre del plan
---	---	---

Desea usted que su pago sea vía	<input type="radio"/> Cheque	<input type="radio"/> Transferencia (Completar información bancaria)
---------------------------------	------------------------------	--

INFORMACIÓN BANCARIA

Banco o institución financiera

Tipo de cuenta	Ahorro Corriente	Número de cuenta
----------------	--------------------	------------------

Nombres y apellidos completos del/de la titular de la cuenta bancaria

Documento de identidad del/de la titular de la cuenta bancaria:	Cédula Pasaporte	Número	Nacionalidad
---	--------------------	--------	--------------

Sexo:	Femenino Masculino	Correo electrónico
-------	----------------------	--------------------

NOTA 1: Es obligatorio completar todos los datos bancarios.

NOTA 2: Favor leer detenidamente las instrucciones contenidas en el reverso de este formulario.

NOTA 3: Todos los datos bancarios deben pertenecer al afiliado titular o dependiente mayor de edad.

Clave 005-2004

Firma del/de la afiliado/a o asegurado/a

- Este formulario sólo aplica para planes con reembolsos.
 - Toda solicitud de reembolso debe ir acompañada de este formulario debidamente completado.
 - Los reembolsos deben ser solicitados dentro de los primeros 60 días de haber recibido el servicio en los planes de salud local, y 180 días en planes de salud internacional.
 - Los documentos requeridos para procesar un reembolso son:
 - a) Para internamientos: facturas y recibos de pagos originales.
 - b) Para estudios especiales: indicación del médico, copia de resultados de los estudios, facturas y recibos de pagos originales.
 - c) Para laboratorios y rayos X: indicación del médico, copia de resultados, facturas y recibos de pago originales.
 - d) Para consulta ambulatoria: recibo en original sellado por el médico.
 - De aplicar el reembolso, la transferencia bancaria será realizada, siempre y cuando la cuenta anteriormente indicada sea en pesos dominicanos y para consumo en República Dominicana.
 - Para cambio de cuenta bancaria, el afiliado titular deberá llenar nuevamente este formulario a modo de autorización.
 - Declaro que la información suministrada en el presente formulario es veraz y correcta, por lo que asumo total responsabilidad en caso de error u omisión y descargo a La Compañía de toda actuación que se derive de las instrucciones aquí dadas en base a las informaciones suministradas por mí.
- Nota: El departamento de reembolso podrá a su discreción requerir documentación adicional a la descrita anteriormente.