

	<b>SOLICITUD REEMBOLSO POR COBERTURA</b>		Área: Servicio
			Código: SIMAG-FOR-SER-006
	Fecha de Emisión: 05-07-2022	Última Revisión: N/A	Versión: 1
	Efectivo desde: 18-07-2022	Próxima Revisión: 18-07-2024	Página:

Fecha recepción:   
Sucursal: **Santo Domingo** Representante de Servicio: **Yotry Perez**  
*Firma*

**Datos del Titular**

Nombre (s):	_____	Afiliado No:	_____
Apellidos (s):	_____	Identificación #:	_____
Plan:	_____	No. Celular:	_____
Empresa donde labora:	<b>A.Gonzalez</b>	Tel. Adicional:	_____

**Información del Paciente**

Nombre (s):	_____	Afiliado No:	_____
Apellidos (s):	_____	Identificación #:	_____
No. Celular:	_____	Plan:	_____
Parentesco:	Hijos <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/>	Otro:	_____
	Esposa (o) <input type="checkbox"/>		

**Detalles del Servicio Reclamado**

Centro de Salud: \_\_\_\_\_  
Diagnostico: \_\_\_\_\_  
Medico: \_\_\_\_\_ Fecha de Servicio: \_\_\_\_\_

**Procedimiento o Estudios Realizados**

Consulta	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Emergencia	<input type="checkbox"/>	Cirugía	<input type="checkbox"/>
Estudios Diag.	<input type="checkbox"/>	Odontología	<input type="checkbox"/>
Ambulancia	<input type="checkbox"/>	Alto Costo	<input type="checkbox"/>

Comentario: \_\_\_\_\_

**Internamiento**

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de Salida: \_\_\_\_\_  
Diagnostico Final: \_\_\_\_\_

**Detalles del Pago**

¿Por que pago los servicios como privado? \_\_\_\_\_

Monto Reclamado:

**Preferencias de Pago**

Cheque ☐ Transferencia ☐  
Completar si se escogió transferencia:  
No. Cuenta: \_\_\_\_\_  
Banco: \_\_\_\_\_  
Tipo de Cuenta: \_\_\_\_\_

**Uso Exclusivo de ARS SIMAG**

Estatus: Aprobada ☐ Declinada ☐  
No. Autorización: \_\_\_\_\_  
Monto Autorizado: \_\_\_\_\_  
Motivo de aprobación o Negación: \_\_\_\_\_

Certifico que las respuesta completadas en este documento son correctas y verdaderas. Asi mismo, autorizo a los Prestadores de Servicio de Salud (PSS) a suministrar información o copias de documentos relacionados a esta reclamación a ARS SIMAG.

Solicitante  
*Firma / Fecha*

Gerente de Área Medica  
*Firma / Fecha*

\*Esta reclamación deberá ser presentada dentro de los 90 días a partir de la fecha de prestación del servicio a reembolsar. ARS SIMAG se reserva el derecho del pago, después de transcurrir este periodo de tiempo.