



SOLICITUD REEMBOLSO POR COBERTURA

Fecha de Emisión: 05-07-2022

Efectivo desde: 18-07-2022

Última Revisión: N/A

Próxima Revisión: 18-07-2024

Área: Servicio
Código: SIMAG-FOR-SER-006
Versión: 1
Página:

Fecha recepción

Sucursal:

Santo Domingo

Representante de Servicio:

Yotry Perez*Firma*

Datos del Titular

Nombre (s): _____
Apellidos (s): _____
Plan: _____
Empresa donde
labora: **A.Gonzalez**

Afiliado No: _____
Identificación #: _____
No. Celular: _____
Tel. Adicional: _____

Información del Paciente

Nombre (s): _____
Apellidos (s): _____
No. Celular: _____
Parentesco: Hijos Padre Madre
Esposa (o)

Afiliado No: _____
Identificación #: _____
Plan: _____
Otro: _____

Detalles del Servicio Reclamado

Centro de Salud: _____
Diagnóstico: _____
Médico: _____

Fecha de Servicio: _____

Procedimiento o Estudios Realizados

Consulta Hospitalización
Emergencia Cirugía
Estudios Diag. Odontología
Ambulancia Alto Costo

Comentario:

Internamiento

Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Salida: _____
Diagnóstico Final: _____

Detalles del Pago

¿Por qué 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 respuestas completadas en este documento son correctas y verdaderas. Así 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 Médica
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.