

## Formulario de Reclamación por Servicios Médicos

Número de autorización (IT)  Fecha

Autorizado por

Favor marcar en caso de reembolso

### Datos generales del Asegurado

Carnet No.  Empresa asegurada  Certificado No.

Nombre del asegurado (titular)  Nombre del paciente

### Datos del Proveedor de Servicios de Salud (PSS)

Código  Nombre  Edad

En caso de ser médico, indique el centro a que pertenece

### Servicios ambulatorios prestados al Asegurado

Fecha del servicio  Diagnóstico

Consulta médica  Estudios especiales  Cód.

Laboratorio clínico  Vacunas  Cód.

Rayos X  Emergencias  Cód.

Sonografía  Otros  Cód.

Monto reclamado RD\$  Monto autorizado RD\$

### Servicios durante hospitalización del Asegurado

Fecha de ingreso	Diagnóstico(s) de ingreso	Fecha de egreso	Diagnóstico(s) de egreso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Procedimiento(s) realizados		Por Doctor (a)
Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma y Sello del Proveedor

Nombre

Firma del asegurado o dependiente mayor de edad

Nombre

Por este medio certifico que las respuestas son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autoriza a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones, para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos). Esta reclamación debe ser presentada dentro de los próximos 30 días a partir de la fecha de prestado el servicio. La Colonial, S. A. se reserva el derecho de pago después de transcurrido este periodo. En caso de reembolso el pago se hará a favor del Asegurado (titular)

Auditado por  Nombre  Firma

Fecha

**Importante: Anexar facturas originales con el detalle de los servicios brindados y los montos facturados.**