



SERVICIOS DOMINICANOS DE SALUD, CxA
RNC: 101040149

SOLICITUD DE REEMBOLSO

TIPO DE PLAN:

- EJECUTIVO
 CORPORATIVO
 INDIVIDUAL
 OTRO: _____

MOTIVO DE SOLICITUD:

- Plan vía reembolso.
 Afiliado no presentó carnet.
 Proveedor no afiliado a la red.
 Proveedor cobra deducible mayor al establecido.
 Proveedor se niega a atender afiliado con carnet de ARS SDS.
 Emergencia en centro no afiliado.
 Alto excedente en consumo de Medicamentos en hospitalización.
 Cubierta Extrasalud.
 Otro: _____

INFORMACION DEL AGENTE O CORREDOR

Nombre: _____

Código / No. Acreditación: _____

INFORMACION DEL TITULAR

Empresa donde labora _____
 Contrato del afiliado _____
 Nombre (s) _____
 Apellido (s) _____
 Cédula de Identidad y Electoral _____
 Plan _____ Vigencia _____

INFORMACION DEL PACIENTE

(FAVOR DE COMPLETAR SIEMPRE QUE SEA UN DEPENDIENTE QUIEN REALICE EL CONSUMO)

Contrato del afiliado _____
 Nombres (s) _____
 Apellido (s) _____
 Cédula de Identidad y Electoral _____
 Parentesco _____ Plan _____ Vigencia _____

DETALLE DE SERVICIOS

Servicio	Fecha Consumo	Proveedor	Descripción Procedimiento Realizado	Diagnóstico	Número Comprobante	Monto Reclamado

Total de Servicios: _____ Monto Total Solicitado: _____

ESTA SOLICITUD SOLO ES VALIDA SI LOS COMPROBANTES QUE AVALAN CADA SERVICIO SON PRESENTADOS EN ORIGINAL DEBIDAMENTE SELLADOS Y FIRMADOS POR EL PROVEEDOR QUE PRESTO LA ATENCION MEDICA.

Firma del Titular _____

Nombre de la Persona autorizada en la Empresa. Sello de la Cia. _____

Con la firma de la presente Solicitud de Reembolso, el solicitante certifica que los servicios presentados son verídicos, que no ha presentado esta solicitud previamente y que la misma está sujeta a investigaciones para determinar la veracidad de la información suministrada.

Autorizo Emitir Cheque a Favor de _____

El trámite de esta solicitud toma 30 días laborables. Refiérase al número de formulario para cualquier investigación sobre el estatus del mismo en nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

Este formulario representa una requisición de pago por servicios a ARS SDS, por lo tanto deberá llenarse de forma completa y legible y con los soportes correspondientes por cada servicio. Cualquier error u omisión en la información suministrada, puede ser causa de retrasos en su procesamiento.

La recepción de este formulario de solicitud de reembolso por ARS SDS no implica un compromiso de pago. ARS SDS se reserva el derecho de declinar una solicitud de reembolso que no califique según los términos especificados en el Contrato entre ARS SDS y el Afiliado y/o Empresa.

Para uso exclusivo de ARS SDS