



Instructivo de Llenado Formulario Reclamación Reembolsos Los datos requeridos en dicho formulario son:

1. Seleccione el Tipo de Reembolso (Ambulatorio o Internamiento).
2. Indique la fecha de la atención en el formato (dd/mm/aaaa).
3. Indique el Número de Contrato.
4. Coloque el Nombre del Afiliado.
5. Seleccione el Tipo de Identificación del Afiliado Principal.
6. Indique el número de Cédula o Pasaporte.
7. Indique la empresa donde labora el afiliado principal.
8. Indique Nombre del paciente.
9. Marque la Edad del paciente.
10. Complete el Diagnóstico (Enfermedad).
11. Seleccione el Origen del Padecimiento.
12. Indique el Tratamiento realizado.
13. Indique la Fecha en caso de Internamiento (Inicio-Fin) en formato (dd/mm/aaaa).
14. Complete el campo Fecha Cirugía (Si la hubo).
15. Indique si el paciente ha sufrido o no de la dolencia relacionada a la reclamación.
16. Complete la fecha indicando cuando se presentaron los primeros síntomas.
17. Complete el resumen de la cuenta con el total de gastos incurridos, total pagado y valor reclamado.
18. Adjunte en originales facturas de gastos y documentos anexos.
19. Marque una respuesta del campo ¿Tiene cuenta con el Banco Popular?
20. Si la respuesta es afirmativa, indique si desea que el pago sea realizado en su cuenta con el Banco.
21. Si acepta, especifique el tipo de cuenta. (Ahorro o Corriente)
22. Indique el Número de Cuenta.
23. Complete el campo de Observaciones, si las hay.
24. Coloque la firma y sello de la empresa.
25. Complete la fecha en el formato (dd/mm/aaaa).
26. Solicite la firma del afiliado o paciente.
27. Complete la fecha en el formato (dd/mm/aaaa).

Para la validez de este formulario se requiere de la firma del afiliado o paciente y que todos los campos del formulario estén debidamente completados.



Reclamación de Reembolso

1 Tipo de Reembolso: Ambulatorio Internamiento

Fecha de la atención: _____ 2
Mes Día Año

Contrato No.: _____ 3 Nombre del afiliado: _____ 4

Tipo de identificación del afiliado principal: 5 Cédula Pasaporte Número: _____ 6

Empresa donde labora afiliado principal: _____ 7

Nombre del paciente: _____ 8 Edad: _____ 9

Diagnóstico (Enfermedad): _____ 10

Origen del padecimiento: 11 Accidente de tránsito Accidente de trabajo Enfermedad general Enfermedad profesional
 Evento catastrófico Maternidad Psiquiatría

Tratamiento realizado: _____ 12

*Fecha internamiento (Si la hubo): Inicio _____ 13 Fin _____ Fecha Cirugía (Si la Hubo): _____ 14
Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año

15 ¿Ha sufrido alguna vez el paciente de esta dolencia? Si No 16 ¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas? _____
Día Mes Año

Resumen de la cuenta anexa: 17

Total gastos incurridos (Corresponde al total de los gastos facturados por el proveedor) RD\$ _____

Total pagado /paciente (Sumatoria de todos los comprobantes de pagos) RD\$ _____

Valor reclamado (Monto total solicitado para el reembolso) RD\$ _____

***ADJUNTAR EN ORIGINALES FACTURAS DE GASTOS Y DOCUMENTOS A 18 S.**
****EI PAGO SERA REALIZADO A NOMBRE DEL ASEGURADO.**

21 Tiene cuenta con Banco Popular? Si No 19 ¿Desea que su pago le sea realizado en su cuenta con el Banco? Si No 20

Si su respuesta es afirmativa, especificar tipo de cuenta: Ahorro Corriente Cuenta No.: _____ 22

Observaciones: _____ 23

Firma y sello de la empresa 24

Firma afiliado o paciente 26

Fecha: _____ 25
Día Mes Año

Fecha: _____ 27
Día Mes Año

Para uso interno ARS Universal
No. Radicación: _____
Fecha Radicación: _____
Día Mes Año
Fecha Procesamiento: _____
Día Mes Año
Valor neto pagado RD\$: _____

* Esta reclamación debe ser presentada dentro de los próximos 60 días a partir de la fecha de prestado el servicio. ARS Universal se reserva el derecho de pago después de transcurrido este periodo.
Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Así mismo, autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones, para que suministren información y copias completas de los documentos relacionados con esta reclamación a ARS Universal.

