

Solicitud de Reembolso por Servicios Médicos

Monto Total RD\$

Datos del Afiliado Titular

Fecha de la Soli	citud							
Nombres y apel	lidos							
N° Cédula	N° Carnet Afiliado							
Dirección				_				
Teléfonos de Co	ntacto:							
Celular	Residencial	cialTrabajo						
Correo electrón	ico							
N° Cuentas Banl	Reservas							
Datos del Afil	iado Dependiente							
Nombres y Apel	lidos							
N° Carnet Afiliad	ndo (Paciente) N° cédula (Paciente)							
Tels.: Celular	s.: Celular Residencial							
Hospitalización Clínica Origen del padec	nsito 🔲 Accidente de trabajo 🗀 Maternida	d ☐ Psiquiatría ☐Enfe		onal				
Factura No.	Servicio	ei vicios	Fecha	Valor RD\$				
i actura NO.	Servicio		i eciia	Valui NDŞ				

Detalle la Razón de la Solicitud de Reembolso							
expuesto a la posibilidad di profesional de la salud o cu ARS SEMMA o cualquiera d	e acción judicial. Respeto a c lalquier otro establecimiento le sus representantes.	dulenta en parte o en su tota cualquier solicitud de reembo o medico a ceder cualquier ir	olso, por la presente autoriz nformación médica o detalle	o a mi medico			
Recibido Por		Sello	Firma	y Cedula del Solicitante			
Para Uso de la Oficina							
Proceso	Nombre	Oficina	Firma	Fecha			
Recibido Por							
Recibido Por							

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Asimismo autorizo a todos los especialistas, a todas las PSS u otras instituciones, para que suministren información y copias completas de los documentos relacionados con esta reclamación a ARS SEMMA.

Esta reclamación debe ser presentada dentro de los próximos 90 días calendario, a partir de la fecha del pago efectuado a la PSS. ARS SEMMA, se reserva el derecho de pago después de transcurrido este período.