

Solicitud de Reembolso por Servicios Médicos



Datos del Afiliado Titular

Fecha de la Solicitud _____

Nombres y apellidos _____

N° Cédula _____ N° Carnet Afiliado _____

Dirección _____

Teléfonos de Contacto:

Celular _____ Residencial _____ Trabajo _____

Correo electrónico _____

N° Cuentas BanReservas _____

Datos del Afiliado Dependiente

Nombres y Apellidos _____

N° Carnet Afiliado (Paciente) _____ N° cédula (Paciente) _____

Tels.: Celular _____ Residencial _____

Procedimientos Ambulatorios

Consulta Apoyo Diagnóstico (Laboratorios e Imágenes) Emergencia Compra de Medicamentos Estudios especiales
 Compra de Sangre Compra de Materiales Otros _____

Hospitalización

Clínica Quirúrgica

Origen del padecimiento

Accidente de tránsito Accidente de trabajo Maternidad Psiquiatría Enfermedad Profesional
 Evento catastrófico Otros _____

Datos De Los Servicios

Factura No.	Servicio	Fecha	Valor RD\$

Monto Total RD\$

--

Detalle la Razón de la Solicitud de Reembolso

Por la presente declaro que esta solicitud de reembolso no contiene información falsa, engañosa ni incompleta. Entiendo que en el caso, de que esta solicitud de reembolso resultase fraudulenta en parte o en su totalidad, la afiliación será cancelada y me veré expuesto a la posibilidad de acción judicial. Respeto a cualquier solicitud de reembolso, por la presente autorizo a mi medico profesional de la salud o cualquier otro establecimiento medico a ceder cualquier información médica o detalle respecto a mi salud a ARS SEMMA o cualquiera de sus representantes.

 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.