

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\$ _____

