

Solicitud Reembolso

Requisitos para solicitud de Reembolso por Servicios de Salud de la ARS SEMMA

- ❖ **Medios Diagnósticos Simples y Especializados**
 - ✓ Indicación Médica.
 - ✓ Resultados (copia).
 - ✓ En colposcopia -Biopsia y Cauterización es indispensable copia Papanicolaou.
 - ✓ En caso de Biopsia de próstata, anexar copia de resultado de estudio previo que dio origen al procedimiento (sonografía, PSA)
- ❖ **Consultas**
 - ✓ Referimiento o Interconsulta justificadas (en caso de Sub - Especialidad), con diagnóstico.
 - ✓ Procede en caso de no tener disponibilidad dentro de la red de Prestadores.
- ❖ **Emergencia**
 - ✓ Certificación del Prestador en la que conste datos del afiliado, diagnóstico y motivo de consulta.
 - ✓ Historia clínica de emergencia.
 - ✓ Desglose de factura de medicamentos y material gastable por precio y unidad y medios diagnósticos utilizado en la atención.
 - ✓ Copia de resultados de estudios de imágenes y Laboratorios realizados.
 - ✓ Luego de estabilizar al paciente debe ser trasladado a una PSS dentro de la red de prestadores.
- ❖ **Hospitalización Clínica o Quirúrgica**
 - ✓ Certificación del Prestador, en la que conste datos del afiliado, nombre de los médicos que le dieron el servicio, diagnóstico y fecha del servicio.
 - ✓ Copia de resultados de estudios de imágenes y laboratorios realizados.
 - ✓ Desglose de factura de medicamentos y material gastable por precio y unidad
 - ✓ Pre-autorización de la ARS, si la posee.
 - ✓ En caso de procedimientos quirúrgicos, copia de descripción de cirugía y hoja de anestesia del procedimiento realizado, en caso internamiento clínico, copia de órdenes y evoluciones médicas. Carta de DIGESETT si es accidente de tránsito.
 - ✓ Hojas de enfermería (Kardex).
 - ✓ Procede en caso de que se compruebe que el evento fue vía emergencia y no puede ser trasladado a una PSS dentro de la red.
- ❖ **Honorarios Médicos (Interconsultas)**
 - ✓ Certificación del prestador, en la que conste datos del afiliado, nombre de los médicos que le dieron el servicio, diagnóstico y fecha del servicio.
 - ✓ Copia de hoja de órdenes y evoluciones firmadas y selladas por el médico.
- ❖ **Medicamentos de Alto Costo**
 - ✓ Indicación Médica realizada por médico especialista del área.
 - ✓ Historial Médico por Especialista.
 - ✓ Resultados de biopsia o estudios (según proceda).
 - ✓ Cotización a nombre del afiliado, con firma y sello.
 - ✓ Procede en caso de no tener disponibilidad dentro de la red de prestadores.
- ❖ **Material de Osteosíntesis e insumos Médicos Quirúrgicos**
 - ✓ Indicación Médica del procedimiento y los materiales.
 - ✓ Cotización de los materiales.
 - ✓ Copia de la descripción quirúrgica y anestesia del procedimiento realizado.
 - ✓ Carta de DIGESETT (si es accidente de tránsito).
 - ✓ Procede en caso de no tener disponibilidad dentro de la red de prestadores
- ❖ **Hemoterapia (Sangre)**
 - ✓ Certificación del Prestador en la que conste datos del afiliado, diagnóstico y fecha del servicio.
 - ✓ Copia de Indicación Médica y ordenes médicas.
 - ✓ Historia Clínica.
 - ✓ Nota de transfusión sanguínea tantas veces como sangre reclamada.
- ❖ **Requisitos para Titular Fallecido**
 - ✓ Original del extracto del Acta de Defunción.
 - ✓ Copia de la cedula del reclamante del Reembolso.
 - ✓ Original del Extracto del acta de matrimonio, de convivencia o de nacimiento, que justifiquen el parentesco con el afiliado fallecido.
 - ✓ Original de compulsua notarial de Determinación de Herederos, en caso de que uno de los herederos sea el que interponga el reclamo, en representación de los demás o por ser la persona que avanza los gastos en su totalidad, deberá presentar una autorización legalizada por un notario que lo autoriza, para esos fines.

En las solicitudes de reembolso sin importar el servicio por atención, el afiliado debe:

- a. Completar los datos requeridos y firmar formulario de Reembolso
- b. Factura en original a nombre del afiliado que recibió el servicio, sellado y firmado, con RNC y No. Comprobante fiscal, si se trata de una PSS tipo médico independiente, anexar a la factura número de cédula del médico a quien se le realizó el pago.
- c. Copia de Carnet y Cédula del titular y dependiente cuando corresponda.
- d. En caso de un Recién Nacido menor de 60 días, del Régimen Contributivo, que no posea número de carnet, debe depositar en su solicitud copia de Acta de nacimiento.
- e. Voucher de Banco de Reservas u otra entidad bancaria del Titular o apoderado legal, validar el número de cuenta.
- f. Las reclamaciones tienen un plazo de 120 días para ser depositadas a partir del alta del paciente, incluyendo fines de semana y días feriados.

Notas: Los reembolsos se realizan según cobertura del Plan de Servicios de Salud (PDSS), Planes Complementario, Planes alternativos de la ARS SEMMA con cuota moderadora que corresponda; El mismo se devolverá al afiliado principal de la póliza. En caso necesario la ARS SEMMA se reserva el derecho de la solicitud de otros documentos para la aprobación final de la solicitud. Cualquier información pueden comunicarse al teléfono de contacto (809)688-6646 Ext. 1, 277, 271, también vía WhatsApp al número 809-758-4985.