Humano ARS

SOLICITUD DE REEMBOLSO

FECHA		
Día	Mes	Año

Contrato num. _____ Cliente: _____

Nombre del paciente: _____ Afiliado num. _____

Cédula: _____ Teléfono: _____ Monto reclamado: _____

PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

☐ Consulta ☐ Laboratorios y rayos X ☐ Emergencia ☐ Otro _____

☐ Estudios especiales Tipo de estudio _____

Motivos / Síntomas / Diagnóstico _____

Clínica _____

Médico Tratante: _____ Especialidad: _____

HOSPITALIZACION

Fecha de ingreso ___/___/___ (Día / Mes / Año) Fecha de salida: ___/___/___ (Día / Mes / Año) Clínica _____

Estuvo en cuidados intensivos? ☐ Si ☐ No Desde ___/___/___ (Día / Mes / Año) Hasta ___/___/___ (Día / Mes / Año)

Síntomas presentados: _____

Diagnóstico final: _____

Si se le practicó cirugía, favor describir: _____

Nombre del Médico: _____ Especialidad: _____

Tiene otros seguros que cubran esta reclamación? ☐ Si ☐ No

Si la respuesta a la pregunta anterior es Si, favor indicar las Compañías aseguradoras: _____

NOTA: favor leer detenidamente las instrucciones contenidas en el reverso de este formulario.

RNC 1-01-86442-7 Clave 035-2094

Firma del Afiliado _____