ARS UNIVERSAL

Instructivo de llenado Formulario Reclamación Reembolsos
Los datos requeridos en dicho formulario son:

1. Seleccione el Tipo de Reembolso (Ambulatorio o Internamiento).
2. Indique la fecha de la atención en el formato (dd/mm/aaaa).
3. Indique el Número de Contrato.
4. Coloque el Nombre del Afiliado.
5. Seleccione el Tipo de Identificación del Afiliado Principal.
6. Indique el número de Cédula o Pasaporte.
7. Indique la empresa donde labora el afiliado principal.
8. Indique Nombre del paciente.
9. Marque la Edad del paciente.
10. Complete el Diagnóstico (Enfermedad).
11. Seleccione el Origen del Padecimiento.
12. Indique el Tratamiento realizado.
13. Indique la Fecha en caso de Internamiento (Inicio-Fin) en formato (dd/mm/aaaa).
14. Complete el campo Fecha Cirugía (Si la hubo).
15. Indique si el paciente ha sufrido o no de la dolencia relacionada a la reclamación.
16. Complete la fecha indicando cuando se presentaron los primeros síntomas.
17. Complete el resumen de la cuenta con el total de gastos incurridos, total pagado y valor reclamado.
18. Adjunte en originales facturas de gastos y documentos anexos.
19. Marque una respuesta del campo ¿Tiene cuenta con el Banco Popular?
20. Si la respuesta es afirmativa, indique si desea que el pago sea realizado en su cuenta con el Banco.
21. Si acepta, especifique el tipo de cuenta. (Ahorro o Corriente)
22. Indique el Número de Cuenta.
23. Complete el campo de Observaciones, si las hay.
24. Coloque la firma y sello de la empresa.
25. Complete la fecha en el formato (dd/mm/aaaa).
26. Solicite la firma del afiliado o paciente.
27. Complete la fecha en el formato (dd/mm/aaaa).

Para la validez de este formulario se requiere de la firma del afiliado o paciente y que todos los campos del formulario estén debidamente completados.

Reclamación de Reembolso

(1) **Tipo de Reembolso:** ☐ Ambulatorio ☐ Internamiento

Fecha de la atención: (2) Mes Día Año

Contrato No.: (3) Nombre del afiliado: (4)

Tipo de identificación del afiliado principal: (5) ☐ Cédula ☐ Pasaporte Número: (6)

Empresa donde labora afiliado principal: (7)

Nombre del paciente: (8) Edad: (9)

Diagnóstico (Enfermedad): (10)

Origen del padecimiento: (11) ☐ Accidente de tránsito ☐ Accidente de trabajo ☐ Enfermedad general ☐ Enfermedad profesional ☐ Evento catastrófico ☐ Maternidad ☐ Psiquiatría

Tratamiento realizado: (12)

*Fecha internamiento (Si la hubo): Inicio (13) Día Mes Año Fin Día Mes Año Fecha Cirugía (Si la Hubo): (14) Día Mes Año

(15) ¿Ha sufrido alguna vez el paciente de esta dolencia? ☐ Si ☐ No (16) ¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas? Día Mes Año

Resumen de la cuenta anexa: (17)

Total gastos incurridos	(Corresponde al total de los gastos facturados por el proveedor)	RD$ _____
Total pagado /paciente	(Sumatoria de todos los comprobantes de pagos)	RD$ _____
Valor reclamado	(Monto total solicitado para el reembolso)	RD$ _____

***ADJUNTAR EN ORIGINALES FACTURAS DE GASTOS Y DOCUMENTOS A (18) OS.**
****El PAGO SERA REALIZADO A NOMBRE DEL ASEGURADO.**

(19) ¿Tiene cuenta con Banco Popular? ☐ Si ☐ No ¿Desea que su pago le sea realizado en su cuenta con el Banco? ☐ Si ☐ No (20)

(21) Si su respuesta es afirmativa, especificar tipo de cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente Cuenta No.: (22)

Observaciones: (23)

Para uso interno ARS Universal

No. Radicación:

Fecha Radicación: Día Mes Año

Fecha Procesamiento: Día Mes Año

Valor neto pagado RD$: _____

(24) Firma y sello de la empresa

Fecha: (25) Día Mes Año

(26) Firma afiliado o paciente

Fecha: (27) Día Mes Año

* Esta reclamación debe ser presentada dentro de los próximos 60 días a partir de la fecha de prestado el servicio. ARS Universal se reserva el derecho de pago después de transcurrido este período.
Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento . Así mismo, autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones, para que suministren información y copias completas de los documentos relacionados con esta reclamación a ARS Universal.

Av. Winston Churchill 1100, Tel. (809) 544-2424 / 7720, Fax (809) 544-3131, 3232, Aptdo. Postal 1052 · Santiago, Tel. (809) 724 - 2211, Fax (809) 724-7544. La Romana, Tel. (809) 556-9747, Fax (809) 556-9767, Centro de Servicio al Cliente, Tel. (809) 544-7111, C/Fantino Falco esq. Lope de Vega, Página Web www. arsuniversal.com
RNC - 124 - 00560 - 4

ARS UNIVERSAL

Reclamación de Reembolso

Tipo de Reembolso: ☐ Ambulatorio ☐ Internamiento

Fecha de la atención: ____ Mes Día Año

Contrato No.: ____ Nombre del afiliado: ____

Tipo de identificación del afiliado principal: ☐ Cédula ☐ Pasaporte Número: ____

Empresa donde labora afiliado principal: ____

Nombre del paciente: ____ Edad: ____

Diagnóstico (Enfermedad): ____

Origen del padecimiento: ☐ Accidente de tránsito ☐ Accidente de trabajo ☐ Enfermedad general ☐ Enfermedad profesional ☐ Evento catastrófico ☐ Maternidad ☐ Psiquiatría

Tratamiento realizado: ____

*Fecha internamiento (Si la hubo): Inicio ____ Día Mes Año Fin ____ Día Mes Año Fecha Cirugía (Si la Hubo): ____ Día Mes Año

¿Ha sufrido alguna vez el paciente de esta dolencia? ☐ Si ☐ No ¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas? ____ Día Mes Año

Resumen de la cuenta anexa:

Total gastos incurridos (Corresponde al total de los gastos facturados por el proveedor) RD$ ____

Total pagado /paciente (Sumatoria de todos los comprobantes de pagos) RD$ ____

Valor reclamado (Monto total solicitado para el reembolso) RD$ ____

***ADJUNTAR EN ORIGINALES FACTURAS DE GASTOS Y DOCUMENTOS ANEXOS.**
****EI PAGO SERA REALIZADO A NOMBRE DEL ASEGURADO.**

¿Tiene cuenta con Banco Popular? ☐ Si ☐ No ¿Desea que su pago le sea realizado en su cuenta con el Banco? ☐ Si ☐ No

Si su respuesta es afirmativa, especificar tipo de cuent a: ☐ Ahorro ☐ Corriente Cuenta No.: ____

Observaciones: ____

Para uso interno ARS Universal

No. Radicación: ____

Fecha Radicación: ____ Día Mes Año

Fecha Procesamiento: ____ Día Mes Año

Valor neto pagado RD$: ____

Firma y sello de la empresa

Firma afiliado o paciente

Fecha: ____ Día Mes Año

Fecha: ____ Día Mes Año

* Esta reclamación debe ser presentada dentro de los próximos 60 días a partir de la fecha de prestado el servicio. ARS Universal se reserva el derecho de pago después de transcurrido este período.
Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento . Así mismo, autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones, para que suministren información y copias completas de los documentos relacionados con esta reclamación a ARS Universal.

Av. Winston Churchill 1100, Tel. (809) 544-2424 / 7720, Fax (809) 544-3131, 3232, Aptdo. Postal 1052 · Santiago, Tel. (809) 724 - 2211, Fax (809) 724-7544. La Romana, Tel. (809) 556-9747, Fax (809) 556-9767, Centro de Servicio al Cliente, Tel. (809) 544-7111, C/Fantino Falco esq. Lope de Vega, Página Web www. arsuniversal.com
RNC - 124 - 00560 - 4