

Solicitud de afiliación de dependientes al seguro familiar de salud (SFS)

F-006

Código SISALRIL: 00024-2007

No. de RNC 130224201

NSS

Nombres

Apellidos

Cédula del solicitante

No. de carnet del afiliado

DATOS DE LOS DEPENDIENTES: Por favor colocar los dependientes en orden de edad de mayor a menor

1. NSS Nombre 1er apellido 2do apellido

Parentesco Fecha de nacimiento Cédula

Sexo F M Estudiante Si No Discapacitado Si No Acta Nacimiento: Municipio

Oficialía Libro Folio No. Año

2. NSS Nombre 1er apellido 2do apellido

Parentesco Fecha de nacimiento Cédula

Sexo F M Estudiante Si No Discapacitado Si No Acta Nacimiento: Municipio

Oficialía Libro Folio No. Año

3. NSS Nombre 1er apellido 2do apellido

Parentesco Fecha de nacimiento Cédula

Sexo F M Estudiante Si No Discapacitado Si No Acta Nacimiento: Municipio

Oficialía Libro Folio No. Año

4. NSS Nombre 1er apellido 2do apellido

Parentesco Fecha de nacimiento Cédula

Sexo F M Estudiante Si No Discapacitado Si No Acta Nacimiento: Municipio

Oficialía Libro Folio No. Año

Firma del solicitante

Firma del empleador

PROMOTOR DE SEGURO DE SALUD:

Código único del SDSS Nombre del promotor

Cédula Firma del promotor

Solicitud de afiliación de dependientes al seguro familiar de salud (SFS)

Código SISALRIL: 00024-2007

F-006

No. de RNC 130224201

NSS

Nombres Apellidos

Cédula del solicitante No. de carnet del afiliado

DATOS DE LOS DEPENDIENTES: Por favor colocar los dependientes en orden de edad de mayor a menor

1. NSS Nombre 1er apellido 2do apellido

Parentesco Fecha de nacimiento día mes año Cédula

Sexo F M Estudiante Si No Discapacitado Si No Acta Nacimiento: Municipio

Oficialía Libro Folio No. Año

2. NSS Nombre 1er apellido 2do apellido

Parentesco Fecha de nacimiento día mes año Cédula

Sexo F M Estudiante Si No Discapacitado Si No Acta Nacimiento: Municipio

Oficialía Libro Folio No. Año

3. NSS Nombre 1er apellido 2do apellido

Parentesco Fecha de nacimiento día mes año Cédula

Sexo F M Estudiante Si No Discapacitado Si No Acta Nacimiento: Municipio

Oficialía Libro Folio No. Año

4. NSS Nombre 1er apellido 2do apellido

Parentesco Fecha de nacimiento día mes año Cédula

Sexo F M Estudiante Si No Discapacitado Si No Acta Nacimiento: Municipio

Oficialía Libro Folio No. Año

Firma del solicitante

Firma del empleador

PROMOTOR DE SEGURO DE SALUD:

Código único del SDSS Nombre del promotor

Cédula Firma del promotor

Formulario de Reclamación por Servicios Médicos

Número de autorización (IT) Fecha del

Autorizado por Favor marcar en caso de reembolso

Datos generales del Asegurado

Carnet No. Empresa asegurada Certificado No.

Nombre del asegurado (titular) Nombre del paciente

Datos del Proveedor de Servicios de Salud (PSS)

Edad

Código Nombre

En caso de ser médico, indique el centro a que pertenece

Servicios ambulatorios prestados al Asegurado

Fecha del servicio Diagnóstico

Consulta médica <input type="checkbox"/>	Estudios especiales <input type="checkbox"/>	Cód. <input type="text"/>
Laboratorio clínico <input type="checkbox"/>	Vacunas <input type="checkbox"/>	Cód. <input type="text"/>
Rayos X <input type="checkbox"/>	Emergencias <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sonografía <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Monto reclamado RD\$ Monto autorizado RD\$

Servicios durante hospitalización del Asegurado

Fecha de ingreso Fecha de egreso

Cód. Diagnóstico(s) de ingreso Cód. Diagnóstico(s) de egreso

Cód. Cód.

Cód. Procedimiento(s) realizados Cód. Por Doctor (a)

Cód. Cód.

Cód. Cód.

Cód. Cód.

Firma y Sello del Proveedor Firma del asegurado o dependiente mayor de edad

Nombre Nombre

Por este medio certifico que las respuestas son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron y a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones, para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos). Esta reclamación debe ser presentada dentro de los próximos 30 días a partir de la fecha de prestado el servicio. ARS Colonial, se reserva el derecho de pago después de transcurrido este período. En caso de reembolso el pago se hará a favor del Asegurado (titular)

Auditado por Nombre Fecha día mes año

Firma

Importante: Anexar facturas originales con el detalle de los servicios brindados y los montos facturados.