

Información General

No. Cobertura	Fecha	No. Afiliado	No. Carnet	Código Proveedor
---------------	-------	--------------	------------	------------------

Por favor no coloque datos en este campo

Información del afiliado

Paciente _____ Teléfono _____ Código Dx _____

Diagnóstico _____ Procedimiento Realizado _____

Nombre del centro _____ Nombre del Médico _____

Motivo del reembolso

En caso de internamiento indique el No. habitación

Total reclamado RD\$

Por favor, especifique:

Si eligió transferencia, favor, complete la información siguiente:

Pagar vía: Cheque Transferencia

Correo _____

No. Cuenta _____ No. Cédula _____

Banco _____

Por este medio autorizo a cualquier dentista, médico, hospital, compañía de seguros, organización o patrono, para suministrar cualquier información (incluyendo copias exactas de sus archivos) a ARS Palić Salud, S. A. por todo los tratamientos, servicios o beneficios prestado, pagados a mí o a mi favor. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como la original.

Firma y sello de la Empresa _____

Firma del Paciente _____

CM-005

Por favor, remita a sus reclamos antes de los tres meses de ofrecido el servicio.

Este despendible pertenece al cliente y será completado en ARS Palić Salud, al momento de depositar la solicitud de reembolso.

Fecha Recepción	No. Contrato	No. Carnet	No. Afiliado	Recibido por	Número de Reembolso
_____ Día Mes Año	_____	_____	_____	_____	_____

Para cualquier información acerca de este reembolso, llame a nuestra Unidad de Atención al cliente al número, Tel: 809-381-5000, Opción 1, en Santo Domingo o al 1-809-200-1450 desde el interior sin cargos. Correo: arspalicesalud@bhd.com.do