ARS Palic Salud

Solicitud de Reembolso a Afiliado

F-CM-008
V. 1.1

Información General

Fecha	No. Afiliado	No. de Contrato	No. de Carné	No. Cobertura

Información del Afiliado

☐ Titular ☐ Dependiente

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Diagnóstico _____ Procedimiento Realizado _____

Nombre del Centro _____ Nombre del Médico _____

Motivo del Reembolso

_____

_____ Total Reclamado RD$ _____

¿Este servicio se relaciona con algún accidente automovilístico? ☐ Sí ☐ No

Por favor indique la fecha del evento relacionado (accidente o diagnóstico) _____

¿Este servicio se relaciona con algún diagnóstico previo? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí" a la pregunta sobre el diagnóstico, escriba el nombre del mismo: _____

En caso de internamiento, indique: Fecha Ingreso: ___ ___ ___ (Día Mes Año) Fecha Egreso: ___ ___ ___ (Día Mes Año)

Especifique forma de pago: ☐ Transferencia ☐ Cheque

Si eligió transferencia, complete la siguiente información:

No. Cédula _____ No. Cuenta _____ Tipo de Cuenta ☐ Ahorro ☐ Corriente

E-mail: _____ Banco Emisor: ☐ BHD ☐ ADAP ☐ APAP ☐ BDI ☐ Citibank

☐ León ☐ Lopez de Haro ☐ Popular ☐ Progreso ☐ Promérica ☐ Reservas ☐ Santa Cruz ☐ Scotiabank ☐ Vimenca

Por este medio autorizo a cualquier prestador de servicios de salud, ya sea médico, clínica, hospital, laboratorio, centro de diagnóstico o especializado, farmacia, empleador, entre otros, a suministrar cualquier información (incluyendo copias exactas de los archivos) a ARS Palic Salud, S.A, por todos los tratamientos, servicios o beneficios prestados, pagados a mí o a mi favor. Una fotocopia de esta solicitud será tan válida como el original.

_____ Firma y Sello de la Empresa

_____ Firma del Afiliado