ARS MONUMENTAL
Nuestra misión es mantenerles sanos

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

	FECHA		
Ciudad:	Día	Mes	Año

Código de afiliado	Tipo de afiliado O Titular O Dependiente	No. Autorización	Autorizado por

DATOS DEL AFILIADO

Nombre completo		Cédula	Fecha de nacimiento
Teléfono	**Celular**	**Correo electrónico**	

Dirección del afiliado

Calle	Número (casa)	Residencial	Apartamento

Sector	Provincia	Ciudad

DIAGNÓSTICO

Enfermedad

GASTOS DEL AFILIADO

Total de gastos incurridos RD$	Total pagado por el afiliado RD$	Valor reclamado RD$

TIPO DE SERVICIO

☐ Internamiento	☐ Cirugía	☐ Emergencias
☐ Consulta	☐ Laboratorios	☐ Otros
☐ Rayos X	☐ EKG-EG	

PSS

Nombre	Código	Especialidad

En caso de internamiento

Fecha de ingreso — Fecha de egreso

Esta reclamación debe ser presentada dentro de los primeros diez (10) días del mes próximo de la presentación. La Compañía se reserva el derecho de pago después de transcurrido ese periodo.

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi conocimiento y autorizo a todos los doctores o cualquier persona que me examinó y todos los hospitales o caulquier otra institución para que suministren información (adjuntando copias completas de tus archivos), en relación a la ARS Monumental.

Nota: Favor adjuntar facturas desglosadas de gastos

_____
Firma y Sello del PSS

_____
Firma del afiliado