

## Formulario de Reclamación por Servicios Médicos

Número de autorización (IT)  Fecha

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

Monto reclamado RD\$  Monto autorizado RD\$

### Servicios durante hospitalización del Asegurado

Fecha de ingreso <input type="text"/>	Diagnóstico(s) de ingreso <input type="text"/>	Fecha de egreso <input type="text"/>	Diagnóstico(s) de egreso <input type="text"/>
Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Cód. <input type="text"/>	Procedimiento(s) realizados <input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>	Por Doctor (a) <input type="text"/>
Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>
Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>	Cód. <input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma y Sello del Proveedor

Nombre

Firma del asegurado o dependiente mayor de edad

Nombre

Por este medio certifico que las respuestas son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autoriza 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. La Colonial, S. A. se reserva el derecho de pago después de transcurrido este periodo. En caso de reembolso el pago se hará a favor del Asegurado (titular)

Auditado por  Nombre

Firma

Fecha

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