



Información General				Por favor no coloque datos en este campo													
No. Cobertura	Fecha	No. Afiliado	No. Carnet	Código Proveedor													
Información del afiliado																	
Paciente _____		Teléfono _____		Código Dx _____													
Diagnóstico _____		Procedimiento Realizado _____															
Nombre del centro _____			Nombre del Médico _____														
Motivo del reembolso																	
_____																	
Total reclamado RD\$ _____																	
En caso de internamiento indique el No. habitación _____		Fecha Ingreso		Fecha Egreso													
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">Dia</td> <td style="width: 20px;">Mes</td> <td style="width: 20px;">Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Dia	Mes	Año				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">Dia</td> <td style="width: 20px;">Mes</td> <td style="width: 20px;">Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Dia	Mes	Año			
Dia	Mes	Año															
Dia	Mes	Año															
Por favor, especifique:			Si eligió transferencia, favor, complete la información siguiente:														
Pagar vía: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia			No. Cuenta _____        No. Cédula _____														
Correo _____			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 Palic Salud, S. A. por todo los tratamientos, servicios o beneficios prestados, 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														

CH-005

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

**Este desprendible pertenece al cliente y será completado en ARS Palic Salud, al momento de depositar la solicitud de reembolso.**

Fecha Recepción	No. Contrato	No. Carnet	No. Afiliado	Recibido por	Número de Reembolso						
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">Dia</td> <td style="width: 20px;">Mes</td> <td style="width: 20px;">Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Dia	Mes	Año								
Dia	Mes	Año									