



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"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Día	Mes	Año				<table border="1"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año														
Día	Mes	Año														
Por favor, especifique:		Si eligió transferencia, favor, complete la información siguiente:														
Pagar via: <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 prestado, pagados a mi 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 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"> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Día	Mes	Año								
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: arspalicsalud@bhd.com.do