

Formulario para la solicitud de reembolsos por servicios de salud

Tipo de Plan de Salud <input type="checkbox"/> Plan Complementario Máximo. <input type="checkbox"/> Plan Complementario Premium. <input type="checkbox"/> Plan Voluntario. * <input type="checkbox"/> Plan Básico de Salud (PBS). * <input type="checkbox"/> Plan Complementario Especial. * <input type="checkbox"/> Plan Complementario Avanzado. * <input type="checkbox"/> Plan Especial de Pensionados y Jubilados. * <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito (FONAMAT). * *Solamente cuando aplique y en situaciones excepcionales. Tipo de pago <input type="checkbox"/> Cheque. <input type="checkbox"/> Transferencia. <input type="checkbox"/> Efectivo.	Datos generales para transferencias: Nombre: Cédula o pasaporte: Banco: Tipo de cuenta: Cuenta número:	Caso número: Solicitud número: Fecha: Sucursal donde realiza la solicitud: Procedencia: <input type="checkbox"/> Correo electrónico. <input type="checkbox"/> Visita Área. <input type="checkbox"/> APP. <input type="checkbox"/> Página Web. <input type="checkbox"/> Otra:
--	---	--

Datos generales del afiliado/beneficiario

Número de cédula, pasaporte o Número de Seguridad Social (NSS):	
Nombre(s) y apellido(s):	
Régimen:	
Teléfono(s) de contacto:	
Dirección:	
Correo electrónico (Si aplica):	

Datos generales del reclamante

Número de contacto:	
Número de cédula, pasaporte o Número de Seguridad Social (NSS):	
Nombre(s) y apellido(s):	
Régimen:	
Parentesco:	
Correo electrónico:	

Datos generales del prestador



Título Formulario para la solicitud de reembolso por servicios de salud

Código GSS-FORM-003

Versión 05

Fecha de aprobación: 21/05/2024

Número de Registro Nacional de Contribuyente (RNC):			
Nombre:			
Contacto:			
Fecha del servicio:			
Servicio a reclamar:	<input type="checkbox"/> Emergencia. <input type="checkbox"/> Internamiento. <input type="checkbox"/> Quimioterapia. <input type="checkbox"/> Honorarios médicos.	<input type="checkbox"/> Imágenes. <input type="checkbox"/> Equipo de cirugía. <input type="checkbox"/> Sangre.	<input type="checkbox"/> Laboratorio. <input type="checkbox"/> Materiales. <input type="checkbox"/> Hemodiálisis.
	<input type="checkbox"/> Consulta. <input type="checkbox"/> Medicamento ambulatorio. <input type="checkbox"/> Otros:		
Motivo del reclamo:	<input type="checkbox"/> Cobro directo por parte del centro o médico independiente. <input type="checkbox"/> Asistencia en Centro o Médico fuera de red. <input type="checkbox"/> Negación de cobertura por parte de ARS SeNaSa. <input type="checkbox"/> Compra o cobro directo de Sangre. <input type="checkbox"/> Compra directa de materiales. <input type="checkbox"/> Pago de diferencia elevada. <input type="checkbox"/> Compra directa de Medicamentos.		
Documentos depositados:	<input type="checkbox"/> Copia de la cédula del afiliado <input type="checkbox"/> Copia del carné <input type="checkbox"/> Menor de edad: Copia de cédula del titular del plan y del acta de nacimiento del menor <input type="checkbox"/> Copia de la indicación médica, sellada y firmada (Si procede) <input type="checkbox"/> Facturas, recibo de pago, depósito o transferencia a cuenta del médico o centro de salud y vóucher (Según aplique), (Factura no requiere RNC y/o NCF).		
Documentos adicionales en caso de que aplique:	<input type="checkbox"/> Epicrisis o Historial de la enfermedad(solo en hospitalización clínica). <input type="checkbox"/> Historia o Resumen clínico (Solo para prestadores fuera de red). <input type="checkbox"/> Descripción quirúrgica (solo para servicios donde se reclame la cobertura quirúrgica). <input type="checkbox"/> Soportes diagnósticos (Imágenes y/o laboratorios), si aplica. <input type="checkbox"/> Constancia de emergencia. <input type="checkbox"/> Copia de indicación médica (Solo para reclamos de servicios ambulatorios) <input type="checkbox"/> Preautorización del servicio, si aplica.		
Explicación de la solicitud			
Descripción del procedimiento	RD\$ Monto facturado	RD\$ solicitado	RD\$ aprobado

Firma del reclamante



Título Formulario para la solicitud de reembolso por servicios de salud

Código GSS-FORM-003

Versión 05

Fecha de aprobación: 21/05/2024

Formulario de autorización para pago de reembolso por transferencia

Ciudad _____

Fecha _____

Señores

Seguro Nacional de Salud - SeNaSa

Ref.: Autorización para realizar pago de reembolso por transferencia.

Estimados señores:

Por medio de la presente, yo, _____, portador de la cédula de identidad y electoral No. _____, afiliado al Régimen/Plan _____, con el Número de Seguridad Social (NSS) _____, autorizo a ARS SeNaSa a acreditar el monto resultante de la solicitud de reembolso por servicios de salud correspondiente al caso _____ sometida por mi persona, a la cuenta de número _____ del banco _____, a nombre del titular del núcleo familiar.

Declaro que las informaciones contenidas en esta solicitud son correctas y autorizo a ARS SeNaSa a comprobar su veracidad en la forma que estime conveniente.

En caso de que la información provista en este formulario contenga algún error para la transferencia bancaria SeNaSa no se hace responsable de la misma, la calidad de esta información es responsabilidad del solicitante, por lo que ARS SeNaSa solo es responsable de realizar la solicitud de acuerdo con lo establecido en este documento.

Firma del reclamante y fecha

Firma del Auxiliar de SeNaSa