

### Formulario para la solicitud de reembolsos por servicios de salud

<p><b>Tipo de Plan de Salud</b></p> <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). * <p>*Solamente cuando aplique y en situaciones excepcionales.</p> <p><b>Tipo de pago</b></p> <input type="checkbox"/> Cheque. <input type="checkbox"/> Transferencia. <input type="checkbox"/> Efectivo.	<p><b>Datos generales para transferencias:</b></p> <p><b>Nombre:</b></p>	<p><b>Caso número:</b></p>
	<p><b>Cédula o pasaporte:</b></p>	<p><b>Solicitud número:</b></p>
	<p><b>Banco:</b></p>	<p><b>Fecha:</b></p>
	<p><b>Tipo de cuenta:</b></p>	<p><b>Sucursal donde realiza la solicitud:</b></p>
	<p><b>Cuenta número:</b></p>	<p><b>Procedencia:</b></p> <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/paciente

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/beneficiario (Miembro del núcleo)

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			
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

## Formulario de autorización para pago de reembolso por transferencia

Este formulario aplica para gestionar el pago de reembolso directamente a un miembro del núcleo familiar registrado como beneficiario en SeNaSa, mayor de edad, sin necesidad de autorización del titular, siempre que el servicio médico haya sido recibido por dicho beneficiario.

Datos generales del afiliado/paciente			
Número de cédula, pasaporte			
Nombre(s) y apellido(s):			
Número de afiliado:			
Caso de reembolso No.:			
Teléfono(s) de contacto:			
Correo electrónico (Si aplica):			
Datos bancarios del beneficiario (Miembro del núcleo)			
Nombre(s) y apellido(s):			
Número de cédula, pasaporte:			
Número de afiliado:			
Nombre del banco:			
Tipo de cuenta:	<input type="checkbox"/> Ahorro	<input type="checkbox"/> Corriente	
Número de cuenta:			
Documentación requerida			
Copia de la cédula del beneficiario (Ambos lados)			
Uno de los siguientes documentos:	Certificación bancaria reciente (Emitida por el banco, no mayor de 30 días), Estados de cuenta, comprobante de transferencia, captura de pantalla de la cuenta.		
Declaración y firma			
Yo, _____, mayor de edad, miembro del núcleo familiar afiliado a SeNaSa, solicito que el pago del reembolso por servicios de salud sea realizado a la cuenta bancaria personal descrita anteriormente. La información suministrada es verídica y asumo la total responsabilidad de esta solicitud.			
En _____, a los _____ días del mes de _____, del año _____.			
Firma del afiliado			
Cédula			