

DEVOLUCIÓN RECLAMACIONES MÉDICAS

Nombre _____ Código: | | | | | | | | | |

Factura _____ Radicación _____ Liquidador _____ Fecha devolución _____
Día Mes Año

Le(s) estamos devolviendo la(s) reclamacion(es) anexa(s), debido a que carece(n) de la(s) siguiente(s) informacion(es):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Anulada.
<input type="checkbox"/> 2. Autorización dada a otra PSS por el IVR.
<input type="checkbox"/> 3. Caducidad (Colocándole siempre la carta explicativa).
<input type="checkbox"/> 4. Cobertura negada.
<input type="checkbox"/> 5. Código inactivo del centro y/o doctor(a).
<input type="checkbox"/> 6. Cuenta en stop, falta de soporte de los gastos incurridos.
<input type="checkbox"/> 7. Diferencia en valor autorizado y reclamado por el PSS por IVR.
<input type="checkbox"/> 8. El número correcto del contrato y certificado del paciente.
<input type="checkbox"/> 9. El número de autorización o informe telefónico fue autorizado al centro.
<input type="checkbox"/> 10. El número de autorización o informe telefónico fue autorizado al médico.
<input type="checkbox"/> 11. El No. de autorización o y el informe telefónico "IT" está errado.
<input type="checkbox"/> 12. Ausencia de formulario original de la reclamación.
<input type="checkbox"/> 13. Ausencia de nombre y código del PSS.
<input type="checkbox"/> 14. Ausencia del diagnóstico del paciente en la reclamación. | <input type="checkbox"/> 15. Ausencia número de autorización y/o el informe telefónico "IT".
<input type="checkbox"/> 16. Ausencia de fecha del servicio.
<input type="checkbox"/> 17. Ausencia de firma y sello de auditoría médica.
<input type="checkbox"/> 18. Ausencia de ficha de emergencia y/o internamiento.
<input type="checkbox"/> 19. Ausencia de firma y sello del proveedor.
<input type="checkbox"/> 20. Ausencia de firma del empleado o dependiente mayor de edad.
<input type="checkbox"/> 21. Ausencia de soporte de resultado de biopsias.
<input type="checkbox"/> 22. Ausencia de valor reclamado.
<input type="checkbox"/> 23. Honorarios cobrados por el centro.
<input type="checkbox"/> 24. La indicación o receta médica debe tener la cabecilla de médico.
<input type="checkbox"/> 25. La reclamación contiene borrones y/o tachaduras.
<input type="checkbox"/> 26. NCF bloqueado o falta NCF.
<input type="checkbox"/> 27. Pertenece a otra ARS.
<input type="checkbox"/> 28. Relación anexa de reclamaciones no concuerda con lo enviado. |
|---|---|

Observaciones: _____

Firma

Nota: Las informaciones deberán ser presentadas antes de los 30 días a partir de la fecha de llenado de este formulario.

SERVICIO AL CLIENTE: Tel. 809-544-7111 | Fax 809-544-7161 | E-mail: servicioalcliente@universal.com.do · **Autorizaciones 24 horas: Santo Domingo,** · Tel. 809-544-7750 | Fax 809-544-7999 | Santiago: 809-580-3252 | Puerto Plata: 809-589-1122 | La Romana: 809-813-7655 | Otras localidades del interior: 1-809-200-1283 · **Oficina Principal:** Av. Winston Churchill 1100 | 809-544-7100, 809-544-7200 Sucursales: Zona Oriental: Tel. 809-592-5844 | Fax 809-597-3145 · Villa Mella: Tel. 809-797-6422 | Fax 809-797-7714 · Santiago: Tel. 809-724-2211 | Fax 809-724-7544 · Puerto Plata: Tel. 809-589-1111 | Fax 809-261-0023 · San Francisco de Macorís: Tel. 809-588-3737 | Fax 809-588-3828 · Samaná: Tel. 809-538-3117 | Fax 809-538-2739 · La Romana: Tel. 809-813-7600 | Fax 809-556-5884 · Bávaro: Tel. 809-466-7100 | Fax 809-455-7199 · Bani: Tel. 809-522-8288 | Fax 809-522-4877
www.universal.com.do RNC 124-005604