



## **Instructivo de llenado Formulario Reclamación de Internamiento Los datos requeridos en dicho formulario son:**

1. Coloque el Número de Autorización.
2. Indique la fecha de la autorización en el formato (dd/mm/aaaa).
3. Coloque el nombre de la persona que realizó la autorización.
4. Seleccione el Tipo de Reclamación.
5. Indique el Número de Contrato.
6. Coloque el Nombre del Afiliado.
7. Seleccione el Tipo de Identificación del Afiliado Principal.
8. Indique el número de Cédula o Pasaporte.
9. Indique la empresa donde labora el afiliado principal.
10. Indique Nombre del paciente.
11. Marque la Edad del paciente.
12. Complete el Diagnóstico ingreso (Enfermedad).
13. Seleccione el Origen del Padecimiento.
14. Complete el Diagnóstico Egreso.
15. Indique el Tratamiento realizado.
16. Marque el Estado de Salida.
17. Indique la Fecha de Internamiento (Inicio-Fin) en formato (dd/mm/aaaa).
18. Complete el campo Fecha Cirugía (Si la hubo).
19. Complete el recuadro para datos del recién nacido (Casos de maternidad).
20. Complete el resumen de la cuenta con el total de gastos incurridos, total cubierto, total pagado y valor reclamado.
21. Complete el campo de Médicos Consultados.
22. Indique el código de los Médicos Consultados.
23. Complete las Fechas de Inicio de Visitas.
24. Indique el nombre del médico o institución a la que se le realizará el pago.
25. Complete el código del médico o institución a realizar el pago.
26. Complete el campo de Observaciones, si las hay.
27. Coloque la firma y sello del proveedor.
28. Complete la fecha en el formato (dd/mm/aaaa).
29. Solicite la firma del afiliado o paciente.
30. Complete la fecha en el formato (dd/mm/aaaa).

**Para la validez de este formulario se requiere de la firma del afiliado o paciente y que todos los campos del formulario estén debidamente completados.**



# Reclamación para Internamientos

**Autorización No.**  **Fecha:**    
 Día Mes Año

**Autorizado por:**

Tipo de reclamación:  Clínica  Médico  Centros  Laboratorio  Farmacia  Otros

Contrato No.:  Nombre del afiliado:

Tipo de identificación del afiliado principal:  Cédula  Pasaporte Número:

Empresa donde labora afiliado principal:

Nombre del paciente:  Edad:

Diagnóstico ingreso (Enfermedad):

Origen del padecimiento:  Accidente de tránsito  Accidente de trabajo  Enfermedad general  Enfermedad profesional   
  Evento catastrófico  Maternidad  Psiquiatría

Diagnóstico egreso (Enfermedad):

Tratamiento realizado:

Estado de salida:  Recuperado  Fallecido

\*Fecha Internamiento: Inicio  Fin  Fecha cirugía (Si la Hubo)    
 Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año

**En caso de maternidad favor completar los siguientes datos del recién nacido:**

Fecha de nacimiento:  Edad gestacional:  semana(s) Hora de nacimiento:  am  pm   
 Día Mes Año

Peso (Lbs):  Control prenatal:  Si  No Sexo:  M  F Si tuvo patología: Diagnóstico

Si falleció: Causa  Fecha de fallecimiento:    
 Día Mes Año

Hora de fallecimiento:  am  pm

Resumen de la cuenta anexa:	Médicos consultados	Código	Fecha de inicio de visitas
Total gastos incurridos RD\$ <input type="text" value="20"/>	1. <input type="text" value="21"/>	<input type="text" value="22"/>	<input type="text" value="23"/>
Total pagado /paciente RD\$ <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Valor reclamado RD\$ <input type="text"/>	3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El pago se realizará a nombre de:  Código:

**Observaciones:**

Firma y sello del proveedor  Fecha:    
 Día Mes Año

Firma afiliado o paciente  Fecha:    
 Día Mes Año

\* Esta reclamación debe ser presentada dentro de los próximos 30 días a partir de la fecha de prestado el servicio. ARS Universal se reserva el derecho de pago después de transcurrido este período. Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Así mismo, autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones, para que suministren información y copias completas de los documentos relacionados con esta reclamación a ARS Universal.



# Reclamación para Internamientos

Autorización No. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Autorizado por: \_\_\_\_\_

Tipo de reclamación:  Clínica  Médico  Centros  Laboratorio  Farmacia  Otros

Contrato No.: \_\_\_\_\_ Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación del afiliado principal:  Cédula  Pasaporte Número: \_\_\_\_\_

Empresa donde labora afiliado principal: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico ingreso (Enfermedad): \_\_\_\_\_

Origen del padecimiento:  Accidente de tránsito  Accidente de trabajo  Enfermedad general  Enfermedad profesional  
 Evento catastrófico  Maternidad  Psiquiatría

Diagnóstico egreso (Enfermedad): \_\_\_\_\_

Tratamiento realizado: \_\_\_\_\_

Estado de salida:  Recuperado  Fallecido

\*Fecha Internamiento: Inicio \_\_\_\_\_ Fin \_\_\_\_\_ Fecha cirugía (Si la Hubo) \_\_\_\_\_  
Día Mes Año Día Mes Año Día Mes Año

## En caso de maternidad favor completar los siguientes datos del recién nacido:

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad gestacional: \_\_\_\_\_ semana(s) Hora de nacimiento: \_\_\_\_\_  am  pm  
Día Mes Año

Peso (Lbs): \_\_\_\_\_ Control prenatal:  Sí  No Sexo:  M  F Si tuvo patología: Diagnóstico \_\_\_\_\_

Si falleció: Causa \_\_\_\_\_ Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Hora de fallecimiento: \_\_\_\_\_  am  pm

## Resumen de la cuenta anexa:

## Médicos consultados

## Código

## Fecha de inicio de visitas

Total gastos incurridos RD\$ \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Total pagado /paciente RD\$ \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Valor reclamado RD\$ \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

El pago se realizará a nombre de: \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma y sello del proveedor

Fecha: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Firma afiliado o paciente

Fecha: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

\* Esta reclamación debe ser presentada dentro de los próximos 30 días a partir de la fecha de prestado el servicio. ARS Universal se reserva el derecho de pago después de transcurrido este período. Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Así mismo, autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones, para que suministren información y copias completas de los documentos relacionados con esta reclamación a ARS Universal.

## NOTA: ADJUNTAR FACTURAS ORIGINALES DE GASTOS

Av. Winston Churchill 1100, Tel. (809) 544-2424 / 7720, Fax (809) 544-3131, 3232, Aptdo. Postal 1052 · Santiago, Tel. (809) 724 - 2211, Fax (809) 724-7544. La Romana, Tel. (809) 556-9747, Fax (809) 556-9767, Centro de Servicio al Cliente, Tel. (809) 544-7111, C/Fantino Falco esq. Lope de Vega, Página Web www.arsuniversal.com

RNC - 124 - 00560 - 4