



ADMINISTRADORA DE RIESGOS DE SALUD UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SANTO DOMINGO

FUNDADA EL 19 DE JULIO DEL 2007

RNC: 430-059277

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

FECHA: ____/____/____

NÚMERO DE SOLICITUD: _____

DATOS GENERALES DEL AFILIADO/BENEFICIARIO/PACIENTE

☐ ACTIVO ☐ JUBILADO

☐ TITULAR ☐ DEPENDIENTE NOMBRE COMPLETO _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN ☐ CÉDULA ☐ PASAPORTE NO. DE IDENTIFICACIÓN _____ NO. DE CARNET / CÓDIGO EMPLEADO _____

DIRECCIÓN (calle/número)
Residencial/No. Apartamento _____

PROVINCIA _____ CIUDAD _____ SECTOR _____

TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

DATOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO

NOMBRE DEL CENTRO DE SERVICIO _____

FECHA DEL SERVICIO _____ MONTO FACTURADO RD\$ _____ MONTO RECLAMADO RD\$ _____

SELECCIONE EL SERVICIO A RECLAMAR

- | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|
| ☐ EMERGENCIA | ☐ IMAGENES | ☐ LABORATORIO | ☐ HONORARIOS MÉDICOS |
| ☐ INTERNAMIENTO | ☐ EQUIPO DE CIRUGIA | ☐ MATERIALES | ☐ CONSULTA |
| ☐ QUIMIOTERAPIA | ☐ SANGRE | ☐ HEMODIÁLISIS | |
| ☐ OTRO, ESPECIFIQUE: _____ | | | |

ESPECIFIQUE CON UNA X LOS DOCUMENTOS DEPOSITADOS

- | | |
|---|---|
| ☐ COPIA DE LA CÉDULA DEL AFILIADO | ☐ EN CASO DE MENORES DE EDAD: COPIA DE LA CÉDULA Y CARNET DEL TITULAR, ACTA DE NACIMIENTO Y CARNET DEL MENOR |
| ☐ COPIA DE LA INDICACIÓN MÉDICA FIRMADA Y SELLADA (SI PROCEDE) | ☐ FACTURAS, RECIBOS DE PAGO, DEPÓSITO O TRANSFERENCIA A CUENTA DEL MÉDICO O CENTRO DE SALUD Y VOUCHER |
| ☐ OTRO, ESPECIFIQUE: _____ | |

INDIQUE EL MOTIVO DEL RECLAMO

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ COBRO DIRECTO POR PARTE DEL CENTRO | ☐ COMPRA O COBRO DIRECTO DE SANGRE | ☐ PAGO DE DIFERENCIA OTRA ARS |
| ☐ ASISTENCIA EN CENTRO FUERA DE LA RED | ☐ COMPRA DIRECTA DE MATERIALES | |
| ☐ OTRO, ESPECIFIQUE: _____ | | |

INDIQUE BENEFICIARIO Y VÍA PARA RECIBIR EL REEMBOLSO

☐ CHEQUE ☐ TRANSFERENCIA EN CASO DE TRANSFERENCIA ESPECIFIQUE LOS DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA CUENTA

NOMBRE DEL BENEFICIARIO _____

TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN ☐ CÉDULA ☐ PASAPORTE NOMBRE ENTIDAD BANCARIA _____ TIPO DE CUENTA ☐ AHORRO ☐ CORRIENTE

NO. DE IDENTIFICACIÓN _____ NO. DE CUENTA _____

FIRMA DEL AFILIADO

RECIBIDO POR

Requisitos Para Solicitud Reembolso

Consultas:

- Factura original indicando: nombre del afiliado, sello de la institución o el médico tratante, exequátur, RNC y comprobante fiscal.
- Referimiento (En caso de sub- especialidad)
- Diagnóstico.

Estudios y Laboratorios:

- Indicación médica (copia).
- Factura original con nombre del afiliado, sellada con RNC y comprobante fiscal.
- Resultado (copia).
- En caso de colposcopia-biopsia y cauterización, es indispensable copia del papanicolau.

Procedimientos/estudios ambulatorios:

- Factura original con sello de la prestadora de servicios de salud o el médico tratante (debe contener exequátur del médico tratante o RNC de la prestadora de servicios de salud donde se efectuó el pago).
- Reporte de procedimiento/estudio emitido por el médico o la prestadora de servicios de salud donde fue realizado.
- Desglose de gastos clínicos (si el/la solicitante incurrió en alguno).
- Indicación del procedimiento (copia).

Emergencia:

- Certificación con diagnóstico
- Factura original, con nombre del afiliado, sellada con RNC y comprobante fiscal.
- Desglose de medicamentos y material gastable por precio y unidad.
- Copia resultados de estudios y/o laboratorios.

Hospitalización:

- Certificación con diagnóstico, generales del paciente y tiempo de ingreso.
- Factura original sellada, nombre del afiliado, RNC y comprobante fiscal.
- Desglose de medicamentos y material gastable por precio y unidad.
- Copia resultados de estudios y/o laboratorios.
- En caso de procedimiento quirúrgico, hoja de descripción del procedimiento y copia de la hoja de anestesia.
- Copia del expediente clínico, evolución y descripción de enfermería.

Material de Osteosíntesis

- Indicación médica
- Cotización
- Factura original con nombre del afiliado, sellada con RNC y comprobante fiscal.
- Copia de descripción del procedimiento quirúrgico y de anestesia.

Hemoterapia (Sangre)

- Indicación médica. Copia de ordenes médicas.
- Descripción de administración de enfermería.
- Factura de pago original con nombre del afiliado, sellada con RNC y comprobante fiscal.

Procedimientos odontológicos:

- Factura original con sello de la prestadora de servicios de salud o el médico tratante (debe contener exequátur del médico o RNC de la prestadora de servicios de salud donde se efectuó el pago).
- Reporte del procedimiento emitido por el médico tratante o la prestadora de servicios de salud donde fue realizado.
- Factura y reporte de radiografía panorámica realizada anterior y posteriormente al procedimiento realizado (solo aplica para cirugías odontológicas y colocación de implantes).

Informaciones generales

- Los reembolsos son ajustados al Plan Básico de Salud y la tarifa de la ARS-UASD.
- Los reembolsos se pagarán al afiliado principal/titular.
- Se establece un plazo máximo de ciento veinte (120) días para que el afiliado realice la reclamación de desembolso, contados a partir de la fecha de pago registrada en la factura, parcial o total, al Prestador de Servicios de Salud. Resolución Administrativa SISARIL. No. 251-2023.
- En caso necesario la ARS-UASD se reserva el derecho de solicitar documentación adicional para el proceso de evaluación y validación de la solicitud.
- Pacientes hospitalizados fuera de los centros de la Red de servicios debe ser informado a la ARS-UASD. (Si es día laborable dentro de las primeras 24 horas del ingreso y 48 horas si es fin de semana).
- ARS-UASD se reserva el derecho de no autorizar el reembolso en caso que el afiliado no cumpla con los requisitos solicitados.