

Solicitud de Reembolso a Afiliado

F-CM-008
V.1.4

Información del Afiliado que recibió el servicio

Fecha de Servicio: _____ No. Afiliado: _____ No. de Carné: _____

Nombre: _____ Celular: _____

Procedimiento Realizado: _____

Diagnóstico: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Centro: _____ Nombre del Médico: _____

Motivo del Reembolso: _____

_____ Total Reclamado RD\$: _____

¿Este servicio se relaciona con algún accidente automovilístico? ☐ Si ☐ No

Por favor, indique la fecha del evento relacionado (accidente o diagnóstico): _____

¿Este servicio se relaciona con algún diagnóstico previo? ☐ Si ☐ No

Si respondió "Si" a la pregunta anterior, escriba el nombre del mismo: _____

En caso de internamiento, indique: Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____
Día Mes Año Día Mes Año

Especifique forma de pago: ☐ Transferencia Bancaria ☐ Cheque

Si eligió Transferencia Bancaria, coloque los datos del **Beneficiario de la Cuenta**:

Nombre: _____ Cédula o Pasaporte: _____

No. Cuenta: _____ Tipo de Cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente

☐ BHD León ☐ ACAP ☐ ADEMI ☐ ALNAP ☐ APAP ☐ Atlántico ☐ Bancamérica ☐ Banco Activo ☐ Banesco
☐ Banreservas ☐ BDI ☐ Bellbank ☐ Caribe ☐ Citibank ☐ Empire ☐ Lafise ☐ López de Haro ☐ Popular ☐ Progreso
☐ Promérica ☐ Santa Cruz ☐ Scotiabank ☐ Unión ☐ Vimenca

Por este medio autorizo a cualquier prestador de servicios de salud, ya sea médico, clínica, hospital, laboratorio, centro de diagnósticos o especializado, farmacia, empleador, entre otros, a suministrar cualquier información (incluyendo copias exactas de los archivos) a Mapfre Salud ARS, por todos los tratamientos, servicios o beneficios prestados, pagados a mí o a mi favor. Una copia de esta solicitud será tan válida como el original.

Firma y Sello de la Empresa

Firma y Cédula del Solicitante

Completado en fecha: _____
Día Mes Año