

Solicitud de Reembolso a Afiliado

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? Sí No
 Por favor, indique la fecha del evento relacionado (accidente o diagnóstico): _____
 ¿Este servicio se relaciona con algún diagnóstico previo? Sí No
 Si respondió "Sí" a la pregunta anterior, escriba el nombre del mismo: _____
 En caso de internamiento, indique: Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____
 _____ 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 _____