

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? 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 Banco Activo Banesco Banreservas
 BDI Bellbank Caribe Citibank Empire Lafise López de Haro Popular 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