



## Formulario Único de Solicitud de Reembolso

IDOPPRIL  ARS  especifique cuál \_\_\_\_\_

Ubicación de la Sucursal: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de la solicitud \_\_\_\_\_

### Especifique con una X el tipo de plan

Plan Básico de Salud (PBS)	Plan complementario (PBS más un plan voluntario)	Plan Voluntario	Plan Especial de Pensionados y Jubilados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Datos generales del afiliado/beneficiario/paciente

Nombre(s) y apellido(s): \_\_\_\_\_

No. de cédula o pasaporte: \_\_\_\_\_

Teléfono(s) de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico (si aplica): \_\_\_\_\_

### Datos del tipo de servicio

Nombre del centro de salud: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio: \_\_\_\_\_ Monto facturado \_\_\_\_\_ Monto reclamado \_\_\_\_\_

### Especifique con una X el servicio a reclamar:

Emergencia	<input type="checkbox"/>	Imágenes	<input type="checkbox"/>	Laboratorio	<input type="checkbox"/>	Honorarios médicos	<input type="checkbox"/>
Internamiento	<input type="checkbox"/>	Equipo de cirugía	<input type="checkbox"/>	Materiales	<input type="checkbox"/>	Consulta	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	Sangre	<input type="checkbox"/>	Hemodiálisis	<input type="checkbox"/>	Medicamento ambulatorio	<input type="checkbox"/>

### Especifique con una X el motivo del reclamo:

Cobro directo por parte del centro	<input type="checkbox"/>	Negación de cobertura de la ARS	<input type="checkbox"/>	Negación de del IDOPPRIL	<input type="checkbox"/>	Pago de diferencia elevada	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

Asistencia en Centro fuera de red	Compra o cobro directo de Sangre	Compra directa de Materiales	Compra directa de Medicamentos
-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------	--------------------------------

Otros (especifique): \_\_\_\_\_

### Datos del reclamante

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

No. de cédula o pasaporte: \_\_\_\_\_ No. de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Especifique con una X los documentos depositados:**

Copia de la cédula del afiliado.	<input type="checkbox"/>
En caso de menores de edad, copia de cédula del titular del plan y del acta de nacimiento del menor.	<input type="checkbox"/>
Copia de la indicación médica, sellada y firmada (si procede)	<input type="checkbox"/>
Facturas, recibo de pago, depósito o transferencia a cuenta del médico o centro de salud y <i>voucher</i> .	<input type="checkbox"/>

Otros (especifique): \_\_\_\_\_

**Especifique con una X la vía para recibir el reembolso:**

Transferencia a cuenta bancaria	<input type="checkbox"/>
Cheque	<input type="checkbox"/>

En caso de transferencia especifique los datos del beneficiario de la cuenta:

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula o Pasaporte: \_\_\_\_\_

No. Cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre de la entidad bancaria: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del reclamante**