

## 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

### 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		Negación de cobertura de ARS		Negación de del IDOPPRIL		Pago de diferencia elevada	
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.	
En caso de menores de edad, copia de cédula del titular del plan y del acta de nacimiento del menor.	
Copia de la indicación médica, sellada y firmada (si procede)	
Facturas, recibo de pago, depósito o transferencia a cuenta del médico o centro de salud y <i>voucher</i> .	

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

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

Transferencia a cuenta bancaria	
Cheque	

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**