

SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**DATOS GENERALES DEL RECLAMANTE**

Nombre reclamante	RNC	Fecha de Reclamación	<input type="text"/>
Teléfono	Dirección		

DATOS GENERALES DEL AFILIADO

Nombre afiliado	Número afiliado NSS		
Tipo de Documento <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> NSS	No. documento identificación	Fecha de la contingencia	<input type="text"/>
Diagnóstico de emergencia o ingreso			

Procedimiento realizado

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

DATOS DE LA(S) PSS

Nombre(s)			
Código SIMÓN	RNC	NCF	Fecha NCF
Servicio de salud prestado <input type="radio"/> Hospitalización	Fecha Ingreso	<input type="text"/>	Fecha Egreso
<input type="radio"/> Procedimiento ambulatorio	<input type="radio"/> Emergencia	<input type="radio"/> Otros, especifique: _____	
Fecha de prestación del servicio	<input type="text"/>		
Nombre del médico tratante	Especialidad		

MONTO RECLAMADO

Reclamado RD\$

REQUISITOS

- Facturas originales con NCF, timbradas, selladas y firmadas (**Legibles sin borrones o tachaduras**).
- Copia del cheque pagado al PSS que prestó el servicio, o constancia de la transferencia líquida a cuenta de banco del PSS.
- Relación de pago.
- NCF válido para crédito fiscal por el valor total de los reclamos a reembolsar.
- Copia de soporte clínico.
- Todos los datos del formulario deben ser completados. En caso de faltar alguna información ARS Primera se reserva el derecho de pagar la reclamación.

Firma y Sello del Reclamante

NOTAS

Este formulario sólo aplica para la administradora de riesgos laborales.

El monto a pagar por ARS Primera está sujeto a las disposiciones y cobertura indicadas en el PDSS vigente el momento de la contingencia.