

FECHA		
Día	Mes	Año

Contrato num. _____ Cliente: _____

Nombre del paciente: _____ Afiliado num. _____

Cédula: _____ Teléfono: _____ Monto reclamado: _____

PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

Consulta Laboratorios y rayos X Emergencia Otro _____

Estudios especiales Tipo de estudio _____

Motivos / Síntomas / Diagnóstico _____

Clínica _____

Médico Tratante: _____ Especialidad: _____

HOSPITALIZACION

Fecha de ingreso _____ / _____ / _____ Fecha de salida: _____ / _____ / _____ Clínica _____

Estuvo en cuidados intensivos? Sí No Desde _____ / _____ / _____ Hasta _____ / _____ / _____

Síntomas presentados: _____

Diagnóstico final: _____

Si se le practicó cirugía, favor describir: _____

Nombre del Médico: _____ Especialidad: _____

Tiene otros seguros que cubran esta reclamación? Sí No

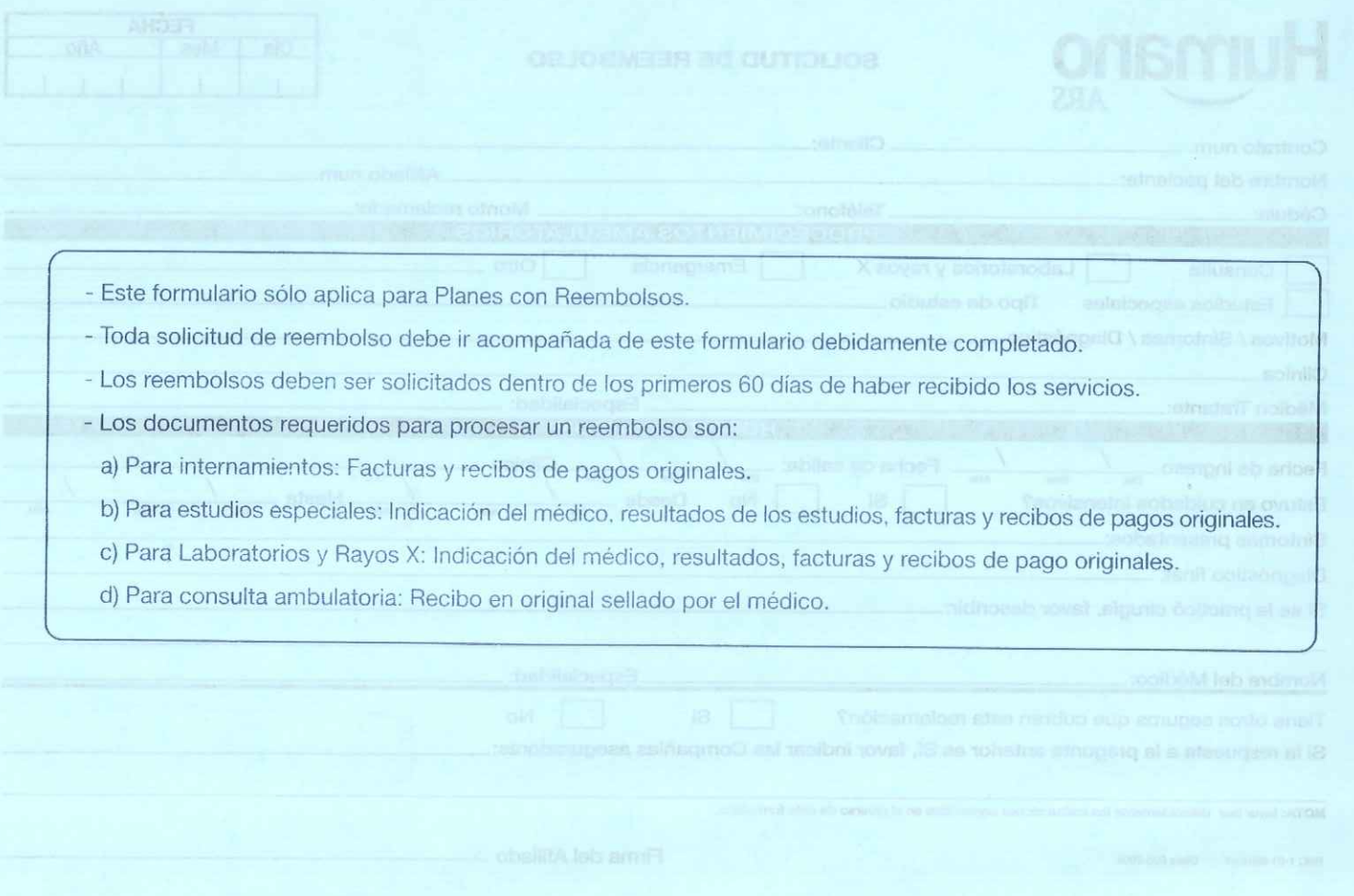
Si la respuesta a la pregunta anterior es Sí, favor indicar las Compañías aseguradoras: _____

NOTA: favor leer detenidamente las instrucciones contenidas en el reverso de este formulario.

RNC 1-01-86442-7 Clave 005-2004

Firma del Afiliado _____

IMP. CONADEX TEL.: 809-587-7407



- Este formulario sólo aplica para Planes con Reembolsos.
- Toda solicitud de reembolso debe ir acompañada de este formulario debidamente completado.
- Los reembolsos deben ser solicitados dentro de los primeros 60 días de haber recibido los servicios.
- Los documentos requeridos para procesar un reembolso son:
 - a) Para internamientos: Facturas y recibos de pagos originales.
 - b) Para estudios especiales: Indicación del médico, resultados de los estudios, facturas y recibos de pagos originales.
 - c) Para Laboratorios y Rayos X: Indicación del médico, resultados, facturas y recibos de pago originales.
 - d) Para consulta ambulatoria: Recibo en original sellado por el médico.