

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

Nombre reclamante	RNC	Fecha de reclamación	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
		Día	Mes Año
Teléfono	Dirección		

**DATOS GENERALES DEL AFILIADO**

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

## Procedimiento realizado

- 
- 
- 
- 
- 

**DATOS DE LA(S) PSS**

Nombre (s)			
Código SIMÓN	RNC	NCF	Fecha NCF
Servicio de salud prestado	Fecha ingreso	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Fecha egreso
<input type="radio"/> Hospitalización		Día Mes Año	Día Mes Año
<input type="radio"/> Procedimiento ambulatorio <input type="radio"/> Emergencia <input type="radio"/> Otros, especifique: _____			
Fecha de prestación del servicio	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
	Día Mes Año		
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.