



Reclamación Ambulatoria

Autorización No. _____ Fecha: _____
Día Mes Año

Autorizado por: _____

Fecha de la atención: _____
Día Mes Año

Tipo de reclamación: Clínica Médico Centro Laboratorio Farmacia Otros

Contrato No. _____ Nombre del afiliado: _____

Tipo de identificación del afiliado principal: Cédula Pasaporte Número: _____

Empresa donde labora afiliado principal: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Diagnóstico (Enfermedad): _____

Origen del padecimiento: Accidente de tránsito Accidente de trabajo Enfermedad general Enfermedad profesional

Evento catastrófico Maternidad Psiquiatría

Tratamiento aplicado:

- Consulta
 Laboratorio
 Rayos X
 Medicamentos ambulatorios
 Estudios diagnósticos
 Procedimientos ambulatorios
 Otros: _____

Total gastos incurridos RD\$: _____

Total pagado/paciente RD\$: _____

Valor reclamado RD\$: _____

Nombre del médico tratante o que elaboró la indicación: _____ Código: _____

Se autoriza el pago a:

- Médico Clínica El pago se hará a nombre de: _____ Código: _____
 Laboratorio Farmacia
 Otros

Firma y sello del proveedor

Firma afiliado o paciente

Fecha: _____
Día Mes Año

Fecha: _____
Día Mes Año

*** Esta reclamación debe ser presentada dentro de los próximos 30 días a partir de la fecha de prestado el servicio. Universal se reserva el derecho de pago después de transcurrido este período.**

(1) Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Asimismo, autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, a todos los hospitales o cualesquiera otras instituciones, para que suministren información y copias completas de los documentos relacionados con esta reclamación a Universal.

NOTA: ADJUNTAR FACTURAS ORIGINALES DE GASTOS Y RESULTADOS DE ESTUDIOS

SERVICIO AL CLIENTE: Tel. 809-544-7111 | Fax 809-544-7161 | E-mail: servicioalcliente@universal.com.do · **Autorizaciones 24 horas: Santo Domingo,** · Tel. 809-544-7750 | Fax 809-544-7999 | Santiago: 809-580-3252 | Puerto Plata: 809-589-1122 | La Romana: 809-813-7655 | Otras localidades del interior: 1-809-200-1283 · **Oficina Principal:** Av. Winston Churchill 1100 | 809-544-7100, 809-544-7200 Sucursales: Zona Oriental: Tel. 809-592-5844 | Fax 809-597-3145 · Villa Mella: Tel. 809-797-6422 | Fax 809-797-7714 · Santiago: Tel. 809-724-2211 | Fax 809-724-7544 · Puerto Plata: Tel. 809-589-1111 | Fax 809-261-0023 · San Francisco de Macoris: Tel. 809-588-3737 | Fax 809-588-3828 · Samaná: Tel. 809-538-3117 | Fax 809-538-2739 · La Romana: Tel. 809-813-7600 | Fax 809-556-5884 · Bávaro: Tel. 809-466-7100 | Fax 809-455-7199 · Bani: Tel. 809-522-8288 | Fax 809-522-4877 **www.universal.com.do RNC 124-005604**