



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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>



SISALRIL
Superintendencia de Salud
y Riesgos Laborales

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