



1. Antes de empezar

- **Usa la versión correcta**
ARS-013 de fecha 04-2025 y envíalo en original
- **Ten la autorización a mano** (verifica antes de iniciar)



2. Datos esenciales - Asegurado

- **Información del asegurado:** código, plan, nombre, teléfono, edad, sexo



3. Datos esenciales - PSS

- **Información del prestador:** código, nombre, diagnóstico, procedimiento, monto autorizado, copago



4. Firmas obligatorias

- **Firma y sello del PSS** (indispensable)
- **Firma del afiliado** (paciente o su representante)



5. Checklist de validación final

- **Coherencia de datos** (diagnóstico debe coincidir con el procedimiento)
- **Montos correctos** (idénticos a la factura)
- **Todo completo y legible** (sin casillas vacías, sellos visibles)



6. Beneficios

- Evita devoluciones
- Acelera la revisión
- Agiliza los pagos

Formulario de reclamaciones ARS-013:



Reclamación por servicios
Núm. **00000000**

I. Datos del asegurado

Código asegurado _____ Plan: PBS Compl.I Compl.II Superior Voluntario I Voluntario II

Nombre y apellido _____

Número de contacto _____ Edad _____ Sexo _____

II. Datos del Prestador de Servicios de Salud (PSS)

Código del PSS _____ Nombre del PSS _____

Servicio ofrecido: Consulta Procedimiento ambulatorio Laboratorios y/o Apoyo Diagnóstico

Diagnóstico _____

Procedimiento realizado _____

Costo total _____ Monto autorizado _____ Co-pago _____

Por este medio autorizo a cualquier prestador de servicios de salud, ya sea clínica, centro especializado, centro diagnóstico, medico, farmacia, así como organizaciones, a suministrar toda información que sea solicitada por **ARS RESERVAS**, correspondiente a todo tratamiento, servicio, estudio, laboratorio, diagnóstico o beneficios prestados a mi favor.

Firma y sello de PSS _____

Firma del asegurado _____

arsreservas.com
RNC 430-08988-5
ARS-013 04-2025

Original: ARS Reservas. 1ra. copia: PSS. 2da. copia: Asegurado.

Con tu apoyo podemos evitar devoluciones,
acelerar las revisiones y los pagos.