



GUIA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION DE GASTOS MÉDICOS Y PLAN DENTAL

❖ SECCIÓN A – Para ser completada por el asegurado titular

Esta sección deberá ser completada y firmada por el asegurado titular, en cualquier tipo de reclamación que desee realizar (pago directo o reembolso convencional).

❖ SECCIÓN B – Para ser completada por el contratante

Esta sección aplica únicamente para las pólizas colectivas y para la presentación de reclamos por reembolso convencional. Esta sección deberá ser completada, firmada y sellada por Recursos Humanos de la empresa contratante donde labora el asegurado.

Para las pólizas individuales, no es necesario llenar esta sección.

❖ SECCIÓN C – Para ser completada por el médico tratante u odontólogo

Esta sección deberá ser completada, firmada y sellada por el médico y odontólogo tratante (colegiados activos), en cualquier tipo de reclamación que desee realizar (pago directo o reembolso convencional).

❖ SECCIÓN D – Solicitud de pago directo

Esta sección deberá ser completada por el médico tratante para la solicitud de pago directo de Hospitalización y/o procedimientos especiales, Exámenes especiales, radiología, laboratorios o medicamentos, según sea el caso. El médico tratante deberá completar las secciones C y D, en estos casos.

Para las solicitudes donde se requiera más de un procedimiento, podrá ser enviado en el mismo formulario, ejemplo:

Cirugía programada más exámenes pre-operatorios, medicamentos.

❖ SECCIÓN E – Tratamiento Dental (aplica reembolso y pago directo)

Esta sección deberá ser completada, firmada y sellada por el odontólogo tratante, enviando adjunto las radiografías iniciales y/o finales según sea el caso. Esta sección se utilizará para los casos de pago directo y reembolso convencional.