



INSTRUCTIVO PARA UTILIZAR EL FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS / PAGO DIRECTO

Este formulario aplica para pago directo y reembolso convencional.

Para presentar gastos por reembolso convencional debe completar el formulario en las siguientes secciones:

- **Sección I:** para ser completada exclusivamente por el Asegurado (requisito Indispensable)
- **Sección II:** para ser completado exclusivamente por la Empresa Contratante (solo para pólizas colectivas)
- **Sección III:** para ser completado exclusivamente por médico tratante (requisito indispensable).
- Adjuntar los documentos ya establecidos para un reclamo.

Para utilizar los servicios por medio de pago directo con los proveedores afiliados a UNIRED, completar las secciones:

- **Sección I:** para ser completada exclusivamente por el Asegurado (requisito Indispensable)
- **Sección III:** para ser completado exclusivamente por médico tratante (requisito indispensable).
- El médico deberá completar en la parte de atrás la sección que corresponda (orden de laboratorio y radiología, orden de estudios especiales, medicamentos, y hospitalización programada)

Importante: Este formulario tiene una validez de 15 días hábiles, desde la fecha en que el médico lo extienda. Deberá ser completado sin tachones o enmiendas.