

# Pedido de Reembolso

SEGURO DE SAÚDE



\*Por favor, leia antes de completar este formulário e escreva de forma legível, utilizando letras MAIÚSCULAS

## IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA

Nº DO CARTÃO:

Nome:

Contacto Telefónico: Principal:

Alternativo:

Endereço Electrónico:

### Prazo de apresentação

Tem 90 (noventa) dias, desde a data da despesa para nos apresentar o seu pedido de reembolso.

Confirme, por favor, se este prazo já foi excedido

### Documentos obrigatórios a apresentar

Para cada Tipo de Despesa

(Consulta | Exames | Medicamentos | Dentária | Óculos | Fisioterapia | Parto e Cesariana | Internamentos e Cirurgias)

Envie o seu pedido de reembolso com a informação necessária:

INFORMAÇÃO	CONSULTA	EXAMES	MEDICAMENTOS	DENTÁRIA	ÓCULOS	PARTO	INTERNAMENTO E CIRURGIAS
Cartão do Segurado Documento de identificação	X	X	X	X	X	X	X
Recibos originais, com o Nº de documento e contribuinte do Prestador	X	X	X	X	X	X	X
Prescrição médica (fotocópia)	X	X	X	X	X	X	X
Informação Clínica Resultados de todos os exames efectuados Nota de Alta (com diagnóstico)		X	X	X	X		

## DESPESAS

Preenchimento do campo "Tipo de Despesa":

Consulta | Exames | Medicamentos | Dentária | Óculos | Fisioterapia | Parto e Cesariana | Internamento e Cirurgias

TIPO DE DESPESA	DATA DA REALIZAÇÃO DA DESPESA	DIAGNÓSTICO	Nº DA FACTURA	VALOR DA FACTURA

## INFORMAÇÃO ADICIONAL E OBRIGATÓRIA

Indique o motivo pelo qual suportou as despesas na totalidade


\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

F.DPS.02.R0

Assinatura da Pessoa Segura ou Representante Legal