

SEGURO DE SAÚDE
PEDIDO DE REEMBOLSO
TOMADOR DO SEGURO

Nome	<input type="text"/>	Apólice Nº	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="7"/>
Empregado (Só para seguros de empresa)	<input type="text"/>	Aderente Nº	<input type="text"/>
Contactos a serem utilizados em caso de necessidade de esclarecimentos adicionais			
Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

PEDIDO DE REEMBOLSO

Segue em anexo os recibos de despesas médicas referentes às seguintes Pessoas Seguras:

Nome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>		

TIPOS DE DESPESAS

Tipo de despesas	Nº Doc.	Pessoa Segura 1 Despesas	Pessoa Segura 2 Despesas	Pessoa Segura 3 Despesas	Obs.
Internamento Hospitalar	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(1)
Consultas, Tratamento e Exames	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	
Honorários médicos com consulta	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(6)
Exames complementares de Diagnóstico	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(2)
Pequena cirurgia e urgência médica	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(5)
Tratamentos	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(5)
Medicamentos	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(2)
Óculos					
Aros	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(2)
Lentes	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(2)
Lentes de contacto	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(2)
Outras Próteses	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(2) (5)
Estomatologia					
Consultas	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(4)
Tratamentos	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(4)
Próteses estomatológicas	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(4) (5)
Parto					
Parto Normal	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(1)
Cesariana	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(1)
Interrupção da gravidez	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(1)
Subsidio Diário por Internamento Hospitalar	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	(3)
Total de documentos / despesas	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	

Se alguma das despesas apresentadas se reportar a um acidente, forneça os seguintes detalhes: Data do Acidente / /

Local

Descrição do Acidente

Unidade hospitalar que prestou assistência

Terceiros responsáveis

Observações:
 (1) Obrigatório CIH (Comunicação de Internamento Hospitalar) e exames auxiliares de diagnóstico, excepto pré-autorização;
 (2) Obrigatório juntar prescrição médica com indicação do ICD9;
 (3) Obrigatório anexar declaração da entidade hospitalar com período de internamento e nota de alta ou relatório médico com indicação do ICD9;
 (4) Obrigatório preenchimento da ficha de estomatologia;
 (5) Obrigatório anexar relatório médico com indicação do ICD9;
 (6) Obrigatório indicação da especialidade e do ICD9 no recibo.


Declaro que as despesas apresentadas correspondem aos actos médicos efectivamente prestados.

Local e Data _____, _____ de _____ de _____ (Assinatura do Tomador do Seguro - Empregado)

Este pedido deve ser dirigido a:
VICTORIA - Seguros, S.A. - Operações - Sinistros Saúde
 Av. da Liberdade, 200 - 1250-147 LISBOA
 Telef.: 21 313 4431 - Fax: 21 112 4531

Este impresso pode ser fotocopiado

WEBDOC SLPR 07.10


 20 00 06 00 00 12 72