

SEGURO DE SAÚDE
PEDIDO DE REEMBOLSO
TOMADOR DO SEGURO

Nome											Apólice Nº	"	
Empregado (Só para seguros de empresa)											Aderente Nº	"	
Contactos a serem utilizados em caso de necessidade de esclarecimentos adicionais													
Telefone						Telemóvel							
E-mail													

PEDIDO DE REEMBOLSO

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

Nome					Nome				
Nome									

TIPOS DE DESPESAS

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

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

