



Pedido de Reembolso

Devolva o documento devidamente preenchido para:
Apartado 2227 1106-001 Lisboa
Se necessitar de informações adicionais, contacte o
Serviço de Apoio ao Cliente através do n.º 211 155 860
(custo de chamada para rede fixa nacional), disponível
nos dias úteis entre as 8h30 e as 18h30.

Por favor, preencha os dados abaixo indicados:

Identificação da Pessoa Segura

Assinale uma das seguintes opções:

Nome Completo:

Nº de Cartão:

Despesas

Tipo de Despesa	Data	Descritivo do ato médico	Valor
			€
			€
			€
			€
			€

Legenda para preenchimento do campo "Tipo de Despesas": (I = Internamento) (P = Parto) (C = Consulta) (EAD = Exames auxiliares de diagnóstico) (T = Tratamentos) (E = Estomatologia) (PO = Próteses e ortóteses) (M = Medicamentos)

Número de documentos em anexo

Identifique o número de documentos que pretende anexar ao seu pedido de reembolso

Documentos a apresentar

Internamentos (doença, acidente, parto)

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, acompanhado de fatura detalhada das respetivas despesas.
- Em caso de doença – informação clínica (nota de alta, relatório médico e todos os resultados de exames auxiliares de diagnóstico).
- Em caso de acidente - informação clínica (nota de alta, relatório médico e todos os resultados de exames auxiliares de diagnóstico), bem como, descrição detalhada de acidente, com data, hora, local, circunstância e em caso de deslocação, motivo (de onde vinha e para onde se deslocava).
- Parto – Informação clínica (nota de alta, relatório médico).

Consultas

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, onde deve constar o nome e especialidade do médico e da consulta realizada.

Exames auxiliares de diagnóstico

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com nome e valor de cada ato médico, onde deve constar o nome e especialidade do médico.
- Fotocópia da prescrição médica.

Tratamentos

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com nome e valor de cada ato médico, onde deve constar o nome e especialidade do médico.
- Fotocópia da prescrição médica.
- Relatório médico com o diagnóstico, início e evolução da situação clínica e respetivo prognóstico.
- Descrição de acidente (caso se aplique).

Estomatologia

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com nome e valor de cada ato médico, onde deve constar o nome do médico.

Próteses, ortóteses e medicamentos

- Comprovativo de pagamento original, fiscalmente aceite, com valor associado.
- Fotocópia da prescrição médica.

Subsídio diário de internamento

- Declaração de internamento original.
- Informação clínica (nota de alta, relatório médico e/ou resultado de exames auxiliares de diagnóstico).
- Descrição de acidente (caso se aplique).

Nas situações de pré-participação por outra entidade, além da documentação mencionada, torna-se necessária a declaração original de pré-participação que deverá ser enviada com cópia do comprovativo de pagamento, fiscalmente aceite.

Ao assinar o presente documento, autorizo o meu Médico a facultar as informações constantes no presente impresso, à minha Seguradora e à AdvanceCare. Todos estes dados serão tratados confidencialmente e não poderão ser alvo de utilização fora do âmbito do seguro de saúde.

Data ____/____/____

Assinatura do Cliente _____