

_____ / _____
Nº Cartão N.º Cliente

TOMADOR DE SEGURO (UTILIZE LETRA DE IMPRENSA E UM CARÁCTER POR QUADRÍCULA)

Nome (completo) _____

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA

Nome _____
Morada _____
Localidade _____ Código Postal _____ - _____
Tel.(Res.) _____ Telem. _____ E-mail _____
Trabalhador N.º (para Apólices Grupo) _____

NIB (Número de Identificação Bancária)

Se ainda não nos comunicou, indique por favor o seu NIB, a fim de que o reembolso de despesas possa ser mais rapidamente efectuado por Transferência Bancária

NIB _____ (total 21 algarismos)

DESPESAS

TIPO DE DESPESAS	DESPESAS		TIPO DE DESPESAS	DESPESAS	
	Quant.	Valor		Quant.	Valor
1. Internamento		,	6. Tratamentos		,
2. Parto Normal <input type="checkbox"/> Cesariana <input type="checkbox"/>		,	7. Medicamentos		,
3. Interrupção Involuntária Gravidez		,	8. Ortóteses		,
4. Consultas		,	9. Próteses		,
5. Exames Auxiliares Diagnóstico		,	10. Estomatologia		,
		,	11. Outras		,

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTOS A APRESENTAR (Envie esta Nota com os documentos solicitados para MultiCare: Av. 5 de Outubro,175 - 7.º • 1050-053 LISBOA)

<p>Consultas <i>Recibos originais, onde deverá constar:</i> Nome e Especialidade do Médico N.º de Contribuinte e Morada</p> <p>Exames Auxiliares de Diagnóstico (Raios X, Análises, etc.) <i>Recibos originais, onde deverá constar:</i> Nome e Especialidade do Médico N.º de Contribuinte e Morada <i>Original da prescrição médica</i></p> <p>Tratamentos <i>Recibos originais, onde deverá constar:</i> Nome e Especialidade do Médico N.º de Contribuinte e Morada <i>Original da prescrição médica</i></p> <p><i>Relatório Médico com o diagnóstico, início e evolução da situação clínica e respectivo prognóstico.</i></p> <p>Estomatologia Para maior facilidade poderá solicitar previamente um impresso próprio através do Serviço de Apoio ao Cliente MultiCare. <i>Recibo original acompanhado da Ficha de Tratamento, contendo a informação acerca dos tratamentos efectuados, bem como dos dentes tratados.</i></p>	<p>Medicamentos, Próteses e Ortóteses <i>Recibos originais, onde deverá constar:</i> Nome e Especialidade do Médico N.º de Contribuinte e Morada <i>Original da prescrição médica</i></p> <p>Internamento (por doença, acidente ou parto) <i>Recibo original da despesa de Internamento acompanhado de factura detalhada das respectivas despesas, bem como:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Em caso de Doença - Relatório Médico, circunstanciado, contendo designadamente diagnóstico, início e evolução da situação clínica e respectivo prognóstico. Em caso de Acidente - Relatório Médico e participação de acidente que lhe será fornecida pelo Serviço de Apoio ao Cliente MultiCare – 21 780 5 780. Parto - Relatório Médico detalhado. <i>Recibo original dos honorários médicos acompanhados de informação acerca dos Actos Médicos realizados, de acordo com o Código de Nomenclatura e Valores Relativos da Ordem dos Médicos.</i> <p>Se já possuir outro Seguro de Saúde que garanta estas coberturas, este funcionará em complemento dos seguros anteriores, assim os documentos a enviar-nos serão fotocópias - e só neste caso - acompanhadas de declaração original da entidade responsável pelo outro Seguro e comprovativa do valor reembolsado. Em despesas comparticipadas por outros sub-sistemas (ADSE, SAMS, SNS, etc.), o procedimento deverá ser o mesmo.</p>
--	---