

PEDIDO DE REEMBOLSO

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 45 31

SEGURO DE SAÚDE

Apólice Nº	
Aderente Nº	

TOMADOR DO SEGURO

Nome: **A S S O C I A Ç Ã O P R O F I S S I O N A I S P O L I C I A**

Nome do Associado / Sócio: _____

Contactos a serem utilizados em caso de necessidade de esclarecimentos adicionais:

Telef./Tlm. _____ E-mail _____

PEDIDO DE REEMBOLSO

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

Nome: _____

Nome: _____

Nome: _____

TIPOS DE DESPESAS

Tipos de despesas	Nº Doc.	Pessoa Segura 1 Despesas	Pessoa Segura 2 Despesas	Pessoa Segura 3 Despesas	Obs.
Internamento Hospitalar	€		€	€	(1)
Consultas, Tratamentos 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, exceto 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.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Declaro que as despesas apresentadas correspondem aos atos médicos efetivamente prestados.

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

WEBDOC.ASPPP.08.17



Este impresso pode ser fotocopiado.