

Nº CARTÃO \* 

 Nº DE CLIENTE MULTICARE \* 

\* CAMPOS OBRIGATÓRIOS; CONSULTE-OS NO SEU CARTÃO MULTICARE - ACS.

**1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA** (PESSOA A QUEM SE REFEREM AS DESPESAS)

 NOME 

 E-MAIL \* 

 TELEFONE       TELEMÓVEL 

\* CAMPO OBRIGATÓRIO.

**2. AUTORIZAÇÕES PRÉVIAS**

(SE AS DESPESAS QUE ENVIA FORAM PREVIAMENTE APROVADAS, INSCREVA NESTE CAMPO O NÚMERO DE PROCESSO QUE CONSTA NA AUTORIZAÇÃO ENVIADA PELOS SERVIÇOS DA MULTICARE)

**3. DESPESAS**

TIPO DESPESA	QTD	VALOR INICIAL	VALOR COMPARTICIPAÇÃO PRÉVIA	VALOR PAGO PELO CLIENTE	TIPO DESPESA	QTD	VALOR INICIAL	VALOR COMPARTICIPAÇÃO PRÉVIA	VALOR PAGO PELO CLIENTE
CONSULTAS		€	€	€	FISIOTERAPIA		€	€	€
ESTOMATOLOGIA		€	€	€	ORTÓTESES		€	€	€
EXAMES		€	€	€	PRÓTESES		€	€	€
INTERNAMENTO		€	€	€	TRATAMENTOS		€	€	€
					OUTRAS DESPESAS		€	€	€

**4. DOCUMENTOS A APRESENTAR**

(ENVIE ESTA NOTA COM OS DOCUMENTOS SOLICITADOS PARA: MULTICARE, APARTADO 24213, EC - CAMPO DE OURIQUE, 1251-997 LISBOA)

**CONSULTAS**

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS, ONDE DEVERÁ CONSTAR O NOME E ESPECIALIDADE DO MÉDICO, Nº DE CONTRIBUINTE E MORADA.

**ESTOMATOLOGIA**

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS CONTENDO A INFORMAÇÃO DOS TRATAMENTOS EFETUADOS E IDENTIFICAÇÃO DOS DENTES TRATADOS, QUANDO APLICÁVEL.

**EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (RAIOS X, ANÁLISES, ETC.)**

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA, ONDE DEVERÁ CONSTAR O NOME E ESPECIALIDADE DO MÉDICO.

**INTERNAMENTO**

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E FATURA DETALHADA DO INTERNAMENTO, BEM COMO CÓPIA DA RESPECTIVA AUTORIZAÇÃO.

**PRÓTESES E ORTÓTESES**

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA, ONDE DEVERÁ CONSTAR O NOME E ESPECIALIDADE DO MÉDICO.

**TRATAMENTOS (INCLUI FISIOTERAPIA)**

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA/RELATÓRIO MÉDICO, ONDE DEVERÁ CONSTAR O NOME E A ESPECIALIDADE DO MÉDICO (QUANDO APLICÁVEL) E AUTORIZAÇÃO (QUANDO APLICÁVEL).

SE TEM SEGUROS QUE GARANTEM AS MESMAS COBERTURAS, OU NO CASO DE AS DESPESAS TEREM SIDO COMPARTICIPADAS POR OUTROS SUBSISTEMAS (EXEMPLO ADSE OU SAMS), O SEGURO FUNCIONA EM COMPLEMENTO AOS ANTERIORES. NESTAS SITUAÇÕES, OS DOCUMENTOS A APRESENTAR PODERÃO SER FOTOCÓPIAS DOS ORIGINAIS, ACOMPANHADOS DE DECLARAÇÃO DA ENTIDADE QUE DETÉM O ORIGINAL, COMPROVANDO O VALOR REEMBOLSADO.

**5. OBSERVAÇÕES** (INDICAR SE ANEXA DOCUMENTOS OU INFORMAÇÃO ADICIONAL)

**6. DADOS RELATIVOS À SAÚDE**

O contrato ou operação de seguro a que respeita o presente documento envolve o tratamento de dados relativos à saúde do titular, no âmbito da gestão da relação contratual, utilização da cobertura, gestão de sinistros e, bem assim, processos de renovação e alterações contratuais, aplicando-se ao tratamento desses dados as informações prestadas pelo Segurador.

O Segurador procederá ao tratamento dos dados em questão, para as finalidades indicadas, mediante o consentimento manifestado por assinatura do presente documento.

Nessa medida, mediante a assinatura do presente documento, autoriza-se o Segurador a tratar os dados relativos à saúde do titular dos dados a que respeita o presente documento e para as finalidades especificamente indicadas.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DA PESSOA SEGURA OU REPRESENTANTE LEGAL