MULTICARE FIDELIDADE

MEO cuidados saúde

Reembolso Despesas

PREENCHER A CANETA PRETA

Nº CARTÃO * _____ Nº DE CLIENTE MULTICARE * _____

* CAMPOS OBRIGATÓRIOS; CONSULTE-OS NO SEU CARTÃO MULTICARE - MEO CUIDADOS DE SAÚDE.

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
CONSULTAS		€	€	€
ESTOMATOLOGIA		€	€	€
EXAMES		€	€	€
INTERNAMENTO		€	€	€

TIPO DESPESA	QTD	VALOR INICIAL	VALOR COMPARTICIPAÇÃO PRÉVIA	VALOR PAGO PELO CLIENTE
FISIOTERAPIA		€	€	€
ORTÓTESES		€	€	€
PRÓTESES		€	€	€
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 RESPETIVA 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** _____

Multicare - Seguros de Saúde, S.A. - NIPC e Matrícula 507 516 362, na CRC Lisboa • Sede: Rua Alexandre Herculano, 53 • 1269-152 Lisboa – Portugal • Capital Social EUR 27.000.000
Apoio ao Cliente: Dias úteis das 9h às 20h. Assistência: Todos os dias 24h/dia • T. 217 94 88 80 Chamada para a rede fixa nacional • E. apoiocliente@multicare.pt • www.multicare.pt
Atendimento a Beneficiários: T. 213 11 66 01 Chamada para a rede fixa nacional • E. atendimentomeosaude@multicare.pt • Atendimento telefónico personalizado nos dias úteis das 9.00h às 18.00h
F-DGS-22 (7)

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification