

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

NOME

Nº CARTÃO MULTICARE Nº CLIENTE

Nº APÓLICE

TELEFONE TELEMÓVEL EMAIL

2. OBSERVAÇÕES (REFERIR INFORMAÇÃO RELEVANTE PARA A GESTÃO DO SEU PROCESSO)**3. DESPESAS**

TIPO			TIPO DE DESPESAS		
	QUANTIDADE (#)	VALOR (€)		QUANTIDADE (#)	VALOR (€)
1. INTERNAMENTO HOSPITALAR		,	6. MEDICAMENTOS		,
2. PARTO NORMAL ☐ CESARIANA ☐		,	7. ORTÓTESES		,
		,	8. PRÓTESES		,
3. CONSULTAS		,	9. ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA		,
4. MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA		,	10. OUTRAS		,
5. TRATAMENTOS		,			

4. DOCUMENTOS A APRESENTAR (ENVIE ESTE FORMULÁRIO E OS DOCUMENTOS PARA: MULTICARE, APARTADO 24213, EC - CAMPO DE OURIQUE, 1251-997 LISBOA)**1. INTERNAMENTO HOSPITALAR**

FATURA/RECIBO ORIGINAL DA DESPESA DE INTERNAMENTO ACOMPANHADO DE FATURA DETALHADA DAS RESPECTIVAS DESPESAS, BEM COMO:

- **EM CASO DE DOENÇA** - RELATÓRIO MÉDICO, CIRCUNSTANCIADO, CONTENDO DIAGNÓSTICO, INÍCIO E EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA E PROGNÓSTICO.
- **EM CASO DE ACIDENTE** - RELATÓRIO MÉDICO E DESCRIÇÃO DO CONTEXTO DA LESÃO REPORTADA (EX: O QUE FAZIA, DE E PARA ONDE SE DESLOCAVA).

2. PARTO

RELATÓRIO MÉDICO DETALHADO E FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS COM DESCRIÇÃO DO(S) ATO(S) MÉDICO(S) REALIZADO(S).

3. CONSULTAS

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS COM INDICAÇÃO DA ESPECIALIDADE MÉDICA.

4. MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA (RAIOS X, ANÁLISES, ETC.)

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA.

5. TRATAMENTOS

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E RELATÓRIO MÉDICO COM DIAGNÓSTICO.

6. MEDICAMENTOS

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA.

7. PRÓTESES

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA.

8. ORTÓTESES

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS E CÓPIA DA PRESCRIÇÃO MÉDICA.

9. ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS COM DESCRIÇÃO DO(S) ATO(S) MÉDICO(S) REALIZADO(S).

10. OUTRAS**TAXAS MODERADORAS**

FATURAS/RECIBOS ORIGINAIS COM A DESCRIÇÃO DO ATO MÉDICO REALIZADO.

NO CASO DAS DESPESAS JÁ TEREM SIDO COMPARTICIPADAS POR OUTROS SUBSISTEMAS (EX: ADSE OU SAMS), O SEGURO MULTICARE FUNCIONA EM COMPLEMENTO AOS ANTERIORES. NESTAS SITUAÇÕES, PODERÃO SER APRESENTADAS FOTOCÓPIAS DOS ORIGINAIS COM CARIMBO DA ENTIDADE QUE DETÉM O ORIGINAL COMPROVANDO O VALOR REEMBOLSADO.

5. 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

SABE QUE JÁ PODE SUBMETER AS SUAS DESPESAS ATRAVÉS DA APP MYFIDELIDADE? NECESSITA APENAS DE TIRAR UMA FOTO AOS DOCUMENTOS A APRESENTAR, SENDO DISPENSADO O ENVIO DOS DOCUMENTOS ORIGINAIS POR CTT.
ACOMPANHE IGUALMENTE OS PEDIDOS DE REEMBOLSO DE DESPESAS NO MYFIDELIDADE.