

ANEXAR OS JUSTIFICATIVOS
RAMO: **30** **APÓLICE:**
1. TOMADOR DO SEGURO

Nome Completo

2. PESSOAS SEGURAS

Titular do Agregado Familiar (Nome Completo)

Contacto Telefónico

Pessoa Segura (Nome Completo)

Parentesco

 Titular ☐

 Cônjuge ☐

 Filho ☐

 Outro ☐
3. RELAÇÃO DAS DESPESAS EFECTUADAS

Cuidados de Saúde prestados de a	Despesas efectuadas €	Comparticipação de outras entidades €	A cargo do aderente €	Nº de Doc. Enviados	Obs.
INTERNAMENTO HOSPITALAR					
Diárias					(1)
Honorários Intervenções Cirúrgicas					(1)
Outros					(1)
ASSISTÊNCIA AMBULATORIA					
Consultas Clínica Geral					
Consultas de Especialidade					
Elementos Auxiliares Diagnóstico					(3)
Tratamentos					(1)(3)
Transportes					
Assistência Hospitalar Regime Externo					
MEDICAMENTOS					
					(3)
PRÓTESES E ORTÓTESES					
Aros					
Lentes					
Lentes de Contacto					(3)
Outras Próteses e Ortóteses					(3)
ESTOMATOLOGIA					
Consultas					(2)
Tratamentos					(2)
Próteses / Ortóteses					(2)
PARTO					
Parto Normal					(1)
Cesariana					(1)
Interrupção involuntária da Gravidez					(1)
TOTAL					

Benefício Diário por Hospitalização | | | | dias

(Juntar Boletim de Alta)

(1) Indispensável apresentação de Relatório Médico (mod. 616)

(2) Preencher Ficha de Tratamento Dentário (ver verso)

(3) Juntar Prescrição Médica

O Titular

Assinatura

Médico Dentista / Estomatologista	Nº Cédula Profissional
-----------------------------------	------------------------

Morada	Localidade	Código Postal	Telefone
		-	

O tratamento é resultante de acidente?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Se sim, descrição sucinta e datas:

É a primeira colocação de prótese?		Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Se não, razão da colocação:
				Data colocação anterior



Data	Dente	Face	Descrição dos Tratamentos <small>(incluindo RX, Profilaxia, materiais usados, etc.)</small>	Valor €
				↓
				↓
				↓
				↓
				↓
				↓
				↓
				↓
				↓
				↓
				↓
TOTAL				↓

1. RX pré-operatórios para todos os tratamentos dentários, excepto quando estes se refiram exclusivamente ao uso de amálgama ou a restauração com depósitos e selantes.
2. Quando sejam realizados tratamentos endodônticos ou aplicação de próteses fixas terão de ser apresentados, além dos RX pré-operatórios também os RX pós-tratamento.

Declaro que efectuei os tratamentos acima discriminados

Assinatura do Médico Dentista / Estomatologista

1. Qualquer despesa efectuada no âmbito do seguro de saúde deverá ser enviada à Lusitania dentro dos prazos estipulados na apólice, respondendo a pessoa segura por perdas e danos decorrentes de devoluções de despesas por prazos excedidos.

2. Em caso de internamento ou Intervenção Cirúrgica deverá solicitar ao seu médico o preenchimento do mod. 616 (Relatório Médico). Os documentos comprovativos das despesas deverão mencionar o período de internamento.

3. No caso do seu estado de saúde aconselhar o transporte terrestre em ambulância para o Estabelecimento Hospitalar, deverá também enviar-nos o recibo comprovativo do pagamento desse serviço, assim como a declaração médica justificativa da sua utilização.

4. Obter das entidades prestadoras de serviços as facturas e recibos comprovativos do fornecimento dos mesmos (dos Hospitais, Clínicas, as respectivas facturas e recibos; dos Médicos, Enfermeiros ou Fisioterapeutas, os recibos modelo 6 do IRS, os quais deverão estar completamente preenchidos, deles devendo constar o nome, morada e número de contribuinte de quem os emitiu) especificando data da prestação do serviço, especialidade, valor e nome do doente.

5. Os recibos comprovativos de despesa relativa a tratamentos ou elementos complementares de diagnóstico (análises, radiografias, etc.) deverão ser acompanhados da respectiva prescrição médica.

6. No caso de compra de medicamentos, a farmácia deverá passar o respectivo recibo e carimbar a fotocópia da receita médica. Se os medicamentos não forem comparticipados pelos S. M. S. deverão ser também colados na receita os destacáveis existentes em cada embalagem.

7. A aquisição de próteses ou ortóteses implica o envio para a Lusitania do recibo comprovativo do seu pagamento acompanhado da receita médica que as prescreveu.

8. Caso tenha sido pedido o reembolso de despesas a outra entidade, os documentos comprovativos originais (recibos e receitas) serão substituídos por fotocópias e acompanhados por declaração original, emitida por essa entidade, onde conste o valor parcelar e total dos documentos entregues e respectiva comparticipação.

Os mecanismos necessários ao processamento do reembolso só serão accionados após recepção pela Lusitania, da presente declaração.

Todas as instruções são apenas válidas na justa medida da sua aplicabilidade às garantias consignadas na Apólice do seguro e expressamente contratadas nos termos das respectivas Condições Particulares.