

ANEXAR OS JUSTIFICATIVOS

RAMO: 30 APÓLICE:

1. TOMADOR DE 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 EFETUADAS

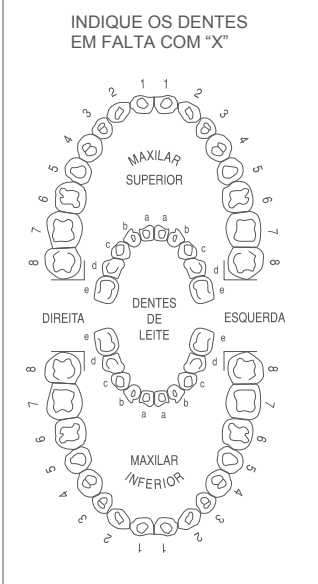
Cuidados de Saúde prestados de	Despesas efetuadas €	Comparticipação de outras entidades €	A cargo do aderente €	Nº de Documentos Enviados	Obs.
Internamento Hospitalar					
Diárias					(1)
Honorários Intervenções Cirúrgicas					(1)
Outros					(1)
ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA					
Consultas Clínica Geral					
Consultas de Especialidade					
Elementos Auxiliares Diagnóstico					(3)
Tratamentos					(3)
Transportes					
Assistência Hospitalar Regime Externo					
MEDICAMENTOS					(3)
PRÓTESES E ORTÓTESES					
Aros					
Lentes					(3)
Lentes de Contacto					(3)
Outras Próteses e Ortóteses					(3)
ESTOMATOLOGIA					
Consultas					(2)
Tratamentos					(2)
Próteses / Ortóteses					(2)
PARTO					
Pa rto 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

4. DECLARAÇÃO DE ESTOMATOLOGIA (preenchimento obrigatório)

Médico Dentista / Estomatologista			Nº Cédula Profissional		
Morada		Localidade	Código Postal	Telefone	
O tratamento é resultante de acidente? Sim ☐ Não ☐		Se sim, descrição sucinta e datas:			
É a primeira colocação de prótese? Sim ☐ Não ☐		Se não, razão da colocação:			
		Data			

INDIQUE OS DENTES EM FALTA COM "X" 	Data	Dente	Face	Descrição dos Tratamentos (incluindo RX, Profilaxia, materiais usados, etc.)	Valor €
TOTAL					

DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

1. RX pré-operatórios para todos os tratamentos dentários, exceto 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 efetuei os tratamentos acima discriminados

Assinatura do Médico Dentista / Estomatologista

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE DOENÇA OU ACIDENTE

1. Qualquer despesa efetuada 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 faturas e recibos comprovativos do fornecimento dos mesmos (dos Hospitais, Clínicas, as respetivas faturas 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 respetiva prescrição médica.
6. No caso de compra de medicamentos, a farmácia deverá passar o respetivo recibo e carimbar a fotocópia da receita médica. Se os medicamentos não forem comparticipados pelos S. N. 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 respetiva comparticipação.

Os mecanismos necessários ao processamento do reembolso só serão acionados após receção 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.