



mediplus
PLANOS DE SAÚDE
Por si, mais Saúde!

PEDIDO DE REEMBOLSO DESPESAS MÉDICAS

CARTÃO N.º CLIENTE N.º
TOMADOR DO SEGURO/PLANO DE SAÚDE SEGURADORA

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA/BENEFICIÁRIO

NOME
MORADA

E-MAIL

DESPESAS

MOEDA: Kz ☐ USD ☐ € ☐

TIPO DE DESPESA	VALOR	TIPO DE DESPESA	VALOR
1. Internamento - N.º dias:	<input type="text"/>	6. Ortóteses	<input type="text"/>
2. Consultas	<input type="text"/>	7. Próteses	<input type="text"/>
3. Exames	<input type="text"/>	8. Estomatologia	<input type="text"/>
4. Tratamentos	<input type="text"/>	9. Outras	<input type="text"/>
5. Medicamentos	<input type="text"/>		

OBSERVAÇÕES

DOCUMENTOS A APRESENTAR

IMPORTANTE:

Deverá anexar a este formulário de "Pedido de Reembolso" os seguintes documentos indicados a baixo:

- Exames, Próteses, Medicamentos** - Apresentar a Prescrição Médica
- Tratamentos** - Prescrição Médica junto com o Relatório Médico referindo o diagnóstico da situação clínica e sua evolução.
- Internamento (Parto, Acidente ou Doença)** - Apresentação do recibo de internamento com o detalhe de todas as despesas bem como o Relatório Médico.
- Ficha de tratamento dentário (Estomatologia)** - Recibo acompanhado da ficha de tratamento onde deverá constar o detalhe dos tratamentos efectuados bem como a identificação dos dentes tratados.

Observação: Documentos originais. A referencia ao nome do médico, especialidade, morada e numero de contribuinte do estabelecimento deverá ser legível.

As despesas e o respectivo formulário devidamente preenchido deverão ser entregues no balcão da Seguradora/Entidade ou digitalizadas e enviadas para o mail reembolso@mediplus.co.ao

BENEFICIÁRIO (Assinatura)

DATA - - ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
(legível)

Por si, mais Saúde!