



1) O envio deste formulário é imprescindível para o reembolso das suas despesas

Preencha o formulário e envie-o acompanhado das respectivas despesas de saúde para:

Saúde Prime,
Avenida Marechal Craveiro Lopes nº6, 1700-284 Lisboa

DADOS DO CLIENTE

Nome: _____

Nº Cartão Saúde Prime: _____ Data de Nasc.: ____-____-____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: ____-____

IBAN: P T 5 0 _____

Telemóvel: _____ E-mail: _____

COBERTURAS

Nº DOCUMENTOS

VALOR

Hospitalização	____	____,____ €
Parto / Maternidade	____	____,____ €
Assistência Ambulatória	____	____,____ €
Próteses e Ortóteses	____	____,____ €
Ortóteses Oftalmológicas	____	____,____ €
Medicamentos	____	____,____ €

O TRATAMENTO É RESULTANTE DE ACIDENTE? Sim Não

Se sim, faça uma pequena descrição e a data em que este ocorreu: _____
____-____-____

PROCEDIMENTOS A TER EM CONTA EM CASO DE REEMBOLSO

1- Deverão ser enviadas as facturas originais referentes às despesas apresentadas, apenas se irão aceitar fotocópias nos casos em que tiver ocorrido comparticipação prévia de qualquer subsistema de Saúde ou por outra companhia de seguros. Nesta situação, os documentos deverão ser acompanhados por uma declaração original da entidade onde foi entregue a documentação onde deverá constar o valor da respectiva comparticipação (o valor não comparticipado pela entidade será considerado o valor apresentado para efeitos de reembolso).

2- As facturas das Unidades de Saúde (Consultórios, Clínicas e Hospitais) deverão conter a discriminação de todas as despesas com o respectivo valor.

3- A apresentação de despesas nas várias coberturas deve obedecer as seguintes regras:

3.1 - Despesas relativas a Hospitalização e Parto fora da Rede Saúde Prime devem ser acompanhadas de relatório médico, o mais específico possível, a justificar o internamento e a esclarecer o motivo da sua intervenção.

3.2 - Despesas relativas a Meios Auxiliares de Diagnóstico e Próteses e Ortóteses fora da Rede Saúde Prime em regime de ambulatório devem ser acompanhadas de prescrição médica a justificar o objectivo e diagnóstico que levou à realização do exame médico. A prescrição deverá identificar, de forma inequívoca, o Médico prescriptor através de Nome, Especialidade e Número da Cédula Ordem dos Médicos.

3.3 - Despesas relativas a Medicamentos:

3.3.1 - Receitas Particulares - Deverão ser enviadas as prescrições originais, identificadas e carimbadas pela Farmácia, com as etiquetas dos medicamentos coladas, e acompanhadas com a factura original da Farmácia.

3.3.2 - Receitas do SNS - Antes de adquirir os Medicamentos a receita deverá ser fotocopiada. Esta deverá ser preenchida pela Farmácia com indicação do preço de cada um dos Medicamentos, valor comparticipado e valor a cargo do Beneficiário, e enviada para a Saúde Prime com a factura da Farmácia.

3.4 - Despesas relativas a Estomatologia - Para reembolso de despesas de estomatologia é necessário o preenchimento do formulário específico "Pedido de Reembolso Estomatologia".

4 - As facturas emitidas por Pessoas Singulares deverão estar de acordo com o Mod. Nº 6 (recibos verdes) identificando a especialidade do Médico. As facturas emitidas por Pessoas Colectivas deverão especificar os actos médicos realizados e identificar o Médico que factura através dessa entidade.

5 - As facturas devem ser passadas em nome da pessoa segura a que dizem respeito as despesas.

6 - Poderá obter este formulário na Área de Clientes em www.saudeprime.pt ou através da Linha de Apoio a Clientes 707 30 82 83.

ASSINATURA BENEFICIÁRIO

Local _____ Data ____/____/____ Assinatura _____

A Saúde Prime é uma Marca Registrada da Unimitec Care, Serviço de Saúde e Assistência, S.A., com sede na Av. Marechal Craveiro Lopes nº6 - 1700-284 Lisboa, NIPC/Registo na C.R.C. de Lisboa sob o nº Único 510 367 615, Capital Social de 100.000€ VICTORIA SEGUROS SA, com sede na Avenida da Liberdade, números 198/200, 1250 - 147 Lisboa, NIPC/Registo na C.R.C. Lisboa sob o nº Único 50633027, Capital social de 34.850.000 euros.



DECLARAÇÃO - PROTECÇÃO DE DADOS

De acordo com a legislação em vigor, os dados recolhidos, e aqueles que vierem a ser fornecidos em sede de regularização de sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com o SEGURADOR e seus subcontratados, podendo ser comunicados a entidades terceiras para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos.

Quaisquer omissões, inexatidões e falsidades, referentes ou relacionadas com a informação necessária para o tratamento de dados efetuado no âmbito da relação contratual, são da responsabilidade do titular dos dados.

Direitos e dever de informação

Adicionalmente ao consentimento solicitado acima, declaro ainda que fui informado, que o titular dos dados tem direito de oposição ao tratamento dos seus dados nas situações de definição de perfis, comercialização direta e interesse legítimo do responsável pelo tratamento.

Para além do direito de oposição, reconheço ainda que me assistem os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Privacidade disponível no site do SEGURADOR, podendo exercê-los perante o SEGURADOR ou junto do Encarregado de Protecção de Dados (DPO) através dos contactos aí indicados.

Assinatura

O titular dos dados declara ter tomado conhecimento das informações acima descritas, do consentimento que prestou e dos direitos que lhe assiste na protecção dos seus dados pessoais e sensíveis, subscrevendo-os mediante a sua assinatura.

Local e data _____, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Titular dos Dados)