



medihealth

PLANOS DE SAÚDE  
Por si, mais Saúde!

CARTÃO N.º

CLIENTE N.º

TOMADOR DO SEGURO/PLANO DE SAÚDE

SEGURADORA

### IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA/BENEFICIÁRIO

NOME

MORADA



E-MAIL

### DESPESAS

MOEDA: MT USD €

TIPO DE DESPESA	VALOR	TIPO DE DESPESA	VALOR
1. Internamento - N.º dias:		6. Ortopêses	
2. Consultas		7. Próteses	
3. Exames		8. Estomatologia	
4. Tratamentos		9. Outras	
5. Medicamentos			

### 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 referência 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@medihealth.co.mz](mailto:reembolso@medihealth.co.mz)

### BENEFICIÁRIO (Assinatura)

DATA

-

-

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

(legível)

Por si, mais Saúde!