

Sócio N.º

Apólice N.º

**TOMADOR**

Nome

Segurado / Sócio  NIF

Pessoa Segura  Parentesco

NIF

COBERTURAS	DESPESAS	OBSERVAÇÕES
<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR</b>		
Intervenções Cirúrgicas	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
Outras	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
<b>PARTO EM REGIME DE HOSPITALIZAÇÃO</b>		
Normal	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
Cesariana	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
Interrupção Involuntária da Gravidez	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIA</b>		
Consultas	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
Elementos Auxiliares de Diagnóstico	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
Assistência Hospitalar	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
Tratamentos	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
Outros	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
<b>MEDICAMENTOS</b>		
Comparticipados	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
<b>ESTOMATOLOGIA</b>		
Consultas	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
Tratamentos	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
Outros Actos Médicos	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
<b>PRÓTESES E ORTÓTESES</b>		
Próteses	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
Ortóteses	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
Aros	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
Lentes	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
Lentes de Contacto	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>
<b>TOTAL</b>	<input type="text"/> , €	<input type="text"/>

**ANEXAR OS DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS DAS DESPESAS MÉDICAS REALIZADAS**

,  -  -

(Local e data)

(Assinatura do Segurado / Sócio)

**Consultar no verso indicação para apresentação e reembolso das despesas médicas**

## MUITO IMPORTANTE

Esta informação não substitui o disposto na Informação Pré-Contratual / Condições Gerais e Especiais da apólice.

### APRESENTAÇÃO E REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS

Os documentos justificativos das despesas médicas realizadas, terão de observar as seguintes disposições: Serem passados em papel timbrado / Incluirem a identificação da entidade prestadora de serviço, o número fiscal de contribuinte e a especialidade clínica / Serem identificados com o nome do doente a que digam respeito, data da prestação do serviço e discriminação do serviço prestado / Obedecerem às normas legais, nomeadamente de natureza fiscal / Não se participam recibos rasurados / Todos os documentos devem ser preenchidos pela entidade prestadora do serviço / A AÇOREANA reserva-se o direito de devolver quaisquer despesas, que de acordo com o parecer técnico e clínico não se encontrem ao abrigo do contrato.

É necessário apresentar os documentos justificativos para reembolso das despesas no prazo máximo de 60 dias, a contar da data da efectivação da despesa, excepto nos casos em que o Sócio tenha recorrido à ADSE ou outro sub-sistema, cujo prazo máximo se alargará até 90 DIAS, acompanhado do original da declaração emitida pela ADSE ou por qualquer outro sub-sistema.

### ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR E PARTO EM REGIME DE HOSPITALIZAÇÃO

Nestas coberturas tem vantagens em beneficiar da complementaridade à ADSE (ou a outra instituição análoga), excepto nos casos em que comprovadamente não beneficie desta. Assim, para além de respeitar as disposições previstas em caso de sinistros para a sua regularização, é necessário:

- Apresentar relatórios médicos circunstanciados sobre a situação clínica da pessoa segura, onde conste a causa, o início da situação, o diagnóstico e as intervenções a efectuar e/ou efectuadas;
- Apresentar recibos, facturas, justificativos de facturas e notas de honorários. Todos estes documentos têm que discriminar pormenorizadamente os serviços prestados, tais como, a especialidade clínica, número de dias de hospitalização, descrição da intervenção cirúrgica efectuada, anestesia, exames auxiliares, bens consumidos (acompanhados da respectiva prescrição), etc.;
- A pessoa segura, tem de solicitar à ADSE, o reembolso das despesas médicas relacionadas com esta cobertura, aguardar pela participação desta, remetendo posteriormente à ADVANCECARE as respectivas fotocópias, acompanhadas da Declaração de Participação emitida pela ADSE.

### ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIA

Os originais dos recibos têm que ser remetidos à ADVANCECARE. Em caso de participação serão remetidas as respectivas fotocópias, acompanhadas do documento original (Declaração), emitido pela ADSE, ou original do documento (recibo/protocolo) comprovativo da recepção das despesas para reembolso.

Para os Elementos Auxiliares de Diagnóstico e Tratamentos, apresentar sempre a prescrição do Médico, da qual conste a natureza do exame a efectuar, o nome do doente (Pessoa Segura) e data.

### MEDICAMENTOS

Apresentar fotocópia da receita com carimbo original da farmácia e respectiva factura/recibo, discriminando os medicamentos adquiridos, as percentagens de participação e o valor pago pela pessoa segura.

### ESTOMATOLOGIA

Apresentar recibos, que discriminem pormenorizadamente os serviços prestados.

### PRÓTESES E ORTÓTESES

Apresentar sempre a prescrição e o relatório médico (indicando a natureza da doença) com o nome do doente. Apresentar os recibos das despesas efectuadas, onde conste o nome e o número de contribuinte da entidade fornecedora, o nome do doente, a data de aquisição e a discriminação das próteses e ortóteses.

### ENVIO E PAGAMENTO DAS INDEMNIZAÇÕES

A apresentação da documentação justificativa das despesas será feita, através do preenchimento de um único pedido de participação. O seu reembolso processar-se-á por Crédito na Conta Bancária do Segurado/Sócio.

Os pedidos de participação das despesas deverão ser enviados para:

**ADVANCECARE**  
**Apartado 2606**  
**1102-001 LISBOA.**

Para mais informações contacte 808 20 20 06