

1 INSTRUÇÕES

O presente formulário deve ser completamente preenchido e enviado para o endereço reembolso@unisaude.co.ao, acompanhado dos seguintes elementos:

- IBAN, cópia do cartão de saúde e do documento de identificação;
- Factura/recibo ou equivalente, fiscalmente válidos, com indicação do NIF do prestador;
- Para reembolso de despesas relativas a exames médicos, medicamentos, medicina dentária, óculos e lentes, o pedido de reembolso deve ser apresentado com cópia da prescrição médica;
- Para reembolso de despesas relativas a tratamentos de fisioterapia, parto e internamento ou cirurgia, é exigida a apresentação de informação clínica, resultado dos exames realizados e nota de alta com diagnóstico.

O prazo para apresentação de despesas a reembolso é de 90 dias após a respectiva realização.

2 BENEFICIÁRIO

Nome:	Cartão n.º
Telemóvel:	E.mail
IBAN	

3 DESPESAS

DATA	DESCRIÇÃO	CUSTO	MOEDA

Autorizo o meu médico a facultar a informação relativa às despesas constantes no presente formulário à Unisaúde. Os dados pessoais são confidenciais e não poderão ser alvo de tratamento fora do âmbito do contrato de saúde.

Data ___/___/_____

Assinatura do beneficiário ou do legal representante