FIDELIDADE impar

REEMBOLSO DESPESAS MÉDICAS

CARTÃO Nº | | | | | | | | | | | | | | | | CLIENTE Nº | | | | | | | |

TOMADOR DO SEGURO

NOME _____

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA (A QUEM SE REFEREM AS DESPESAS)

NOME _____

MORADA _____

CÓDIGO POSTAL | | | | LOCALIDADE _____

TELEFONE | | | | | | | | | TELEMÓVEL | | | | | | | | |

EMAIL _____ NIB | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

TRABALHADOR Nº | | | | | | | | |

DESPESAS

TIPO DE DESPESAS	DESPESAS		TIPO DE DESPESAS	DESPESAS	
	QUANTIDADE	VALOR		QUANTIDADE	VALOR
1. Internamento		,	**6. Tratamentos**		,
2. Parto Normal ☐		,	**7. Medicamentos**		,
2. Parto Cesariana ☐		,	**8. Ortóteses**		,
3. Interrupção Involutária Gravidez		,	**9. Próteses**		,
4. Consultas		,	**10. Estomatologia**		,
5. Exames Auxiliares Diagnóstico		,	**11. Outras**		,

OBSERVAÇÕES (REFERIR SE FOI ENVIADA INFORMAÇÃO ADICIONAL)

DOCUMENTOS A APRESENTAR

Envie ou entregue esta nota de reembolso com os documentos solicitados para o endereço electrónico reembolsos@fidelidade.co.mz. Em caso de não conseguir enviar a documentação por email, poderá também fazer a entrega da documentação em formato físico numa das nossas agências.

Consultas
Facturas originais com indicação da especialidade médica

Exames Auxiliares de Diagnóstico (Raios X, Análises, etc.)
Facturas originais e cópia da prescrição médica

Tratamentos e/ou Fisioterapia
Facturas originais
Relatório Médico, com o diagnóstico, início e evolução da situação clínica e respectivo prognóstico

Estomatologia
Facturas originais
Ficha de Tratamento, contendo a informação acerca dos tratamentos efectuados, bem como dos dentes tratados
Esta ficha deve ser previamente obtida em www.fidelidade.co.mz, nos menus de Clientes Particulares/Saúde e Clientes Empresas/Saúde, ou através do Serviço de Apoio ao Cliente, e preenchida pelo médico.

Medicamentos, Próteses e Ortóteses
Facturas originais, com indicação do Nome e Especialidade do Médico
Cópia da prescrição médica

Internamento (por doença, acidente ou parto)
Factura original da despesa de Internamento acompanhado de factura detalhada das respectivas despesas, bem como:

1. **Em caso de Doença -** Relatório Médico, circunstanciado, contendo designadamente diagnóstico, início e evolução da situação clínica e respectivo prognóstico.
2. **Em caso de Acidente** - Enviar a descrição pormenorizada do mesmo, onde conste data, local e circunstâncias. Relatório Médico e participação de sinistro que lhe será fornecida pelo **Serviço de Apoio ao Cliente**, através do email **apioclientesaude@fidelidade.co.mz** ou das linhas **+258 21 489 784** em Moçambique ou **+351 217 948 784** no estrangeiro.
3. **Parto** - Relatório Médico detalhado. Factura original dos honorários acompanhados de informação clínica acerca dos actos médicos realizados.

Se já tem outros Seguros que garantem as mesmas coberturas ou no caso das despesas já terem sido comparticipadas por outros subsistemas o Seguro Fidelidade Saúde funciona em complemento aos anteriores. Nestas situações os documentos a apresentar poderão ser fotocópias dos originais com carimbo da entidade que detém o original comprovando o valor reembolsado.

Data M M / D D / A A A A

Assinatura do Cliente
(Se o segurado for menor de idade, assinatura dos pais ou representante legal)

Fidelidade Moçambique - Companhia de Seguros, S.A.
NUEL: 101880559 • NUIT: 400005834
Morada: Rua de Kassuende, n.º 210, piso 19, Bairro Polana Cimento A, Maputo
Capital Social: 295.000.000,00 MZN

Serviço de Apoio ao Cliente (24h - 365 dias)
Moçambique 800 800 044
Estrangeiro +351 217 948 784
Email apioclientesaude@fidelidade.co.mz

800 800 088
geral@fidelidadeimpar.co.mz
fidelidadeimpar.co.mz