

REQUERIMENTO PARA PEDIDO DE REEMBOLSO

Requerimento para pedido de reembolso das despesas efetuadas com os cuidados de saúde prestados por outro Estado, no âmbito da Diretiva n.º 2011/24/EU relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, nos termos do artigo 8º da Lei n.º 52/2014 que procede à transposição da Diretiva para a ordem jurídica interna.

- Os custos dos cuidados de saúde transfronteiriços serão reembolsados até ao limite que seria assumido pelo Estado Português, caso esses cuidados tivessem sido prestados em território nacional, sem exceder os custos reais dos cuidados de saúde recebidos.

- O valor do reembolso é calculado com base na Tabela de Preços em vigor do Serviço Nacional de Saúde e do Regime das Participações do Estado no preço dos Medicamentos, nos termos do artigo 10º da Lei n.º 52/2014.

O presente requerimento deve ser apresentado no prazo de 30 dias a contar da data do pagamento da despesa, acompanhado dos seguintes documentos, nos termos do artigo 9º da Lei n.º 52/2014:

- 1) Documentos de despesas;
- 2) Comprovativo do pagamento das despesas realizadas;
- 3) Informação clínica referente aos cuidados de saúde prestados;
- 4) Prescrição original dos medicamentos dispensados;
- 5) Tradução dos documentos originais mencionados no ponto 1) e 3) quando redigidos em língua estrangeira;
- 6) Para cuidados de saúde não sujeitos a autorização prévia, anexar a avaliação clínica comprovativa da necessidade de diagnóstico ou de tratamento, emitida por um médico de medicina geral e familiar do Serviço Nacional de Saúde;
- 7) Para cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia, anexar o comprovativo de deferimento do pedido de autorização prévia. A falta de apresentação deste documento ou o indeferimento do pedido determina que o reembolso não é devido pelo Estado Português.

As informações prestadas e documentos apresentados pelo requerente devem ser exatos e corresponder à veracidade dos factos.

ATENÇÃO: Todos os campos são de preenchimento obrigatório

N.º de Processo de Autorização Prévia

(aplicável aos cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia)

1. Identificação do Beneficiário

Nome completo

Data de Nascimento

N.º Identificação Fiscal

Género

Masculino

Feminino

N.º Cartão do Cidadão

N.º Identificação da Segurança Social

N.º Cartão de Utente do SNS

Correio Eletrónico

Morada (Residência Fiscal)

Sub-sistema de saúde

N.º de Beneficiário

(quando aplicável)

REQUERIMENTO PARA PEDIDO DE REEMBOLSO

Seguradora de saúde

N.º de Apólice

(quando aplicável)

IBAN

2. Identificação do prestador de saúde

Estado-Membro de tratamento

Nome do Médico de assistência

Designação da Unidade Prestadora

N.º Cédula Profissional

N.º de Identificação Fiscal

3. Informação Clínica

Motivo da Deslocação

Diagnóstico Principal (Código CID-9-MC)

(Indicar o código respetivo mencionado no documento de despesa)

Data da Admissão

Data da Alta

Destino após alta

4. Informação da Despesa Realizada

N.º Documento Despesa

Data

Valor

€

Inserir documento
(Anexo)

Tratamento (Código CID-9-MC)

(Indicar o código respetivo mencionado no documento de despesa)

N.º Documento Despesa

Data

Valor

€

Inserir documento
(Anexo)

Tratamento (Código CID-9-MC)

(Indicar o código respetivo mencionado no documento de despesa)

N.º Documento Despesa

Data

Valor

€

Inserir documento
(Anexo)

Tratamento (Código CID-9-MC)

(Indicar o código respetivo mencionado no documento de despesa)

REQUERIMENTO PARA PEDIDO DE REEMBOLSO

| | | |
|-----------------------|----------------------|------------------------|
| N.º Documento Despesa | Data | Valor |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> € |

Inserir documento
(Anexo)

Tratamento (Código CID-9-MC)

(Indicar o código respetivo mencionado no documento de despesa)

5. Informação de Reembolso (a preencher pelo organismo competente)

Valor Total da Despesa Realizada

€

Valor Elegível para Reembolso

€

Fundamentação

Valor a Reembolsar

€

Data