

BOLETIM DE REEMBOLSO
SEGURO DE SAÚDE GRUPO – TRABALHADOR REFER

TOMADOR DE SEGURO: Rede Ferroviária Nacional – REFER, EPE	APÓLICE Nº : 10050207
--	------------------------------

Nome do Empregado:	Nº Empregado:
Pessoa a que se refere o pedido:	Nº Pessoa Segura:

GARANTIAS	LIMITES*	DESPESAS (a)	Rede %	Fora Rede %	COMPARTICIPAÇÃO
	€				
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E CIRÚRGICA	15.000,00			€ 6,75	
Limite de "K"					
1. Internamento (Diárias)		_____	90	70	_____
2. Intervenção Cirúrgica (Hon.Médicos- Piso Sala)		_____	90	70	_____
3. Diversos (outras despesas de internamento)		_____	90	70	_____
4. Partos (sub-limite)	2.900,00				
4.1. Normal		_____	90	70	_____
4.2. Cesariana		_____	90	70	_____
4.3. Interrupção Involuntária Gravidez		_____	90	70	_____
5. Litotricia (sub-limite)	1.350,00	_____	90	70	_____
ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIA	2.000,00				
1. Honorários médicos de consultas		_____	90	70	_____
2. Elementos auxiliares de diagnóstico		_____	90	70	_____
3.		_____	90	70	_____
4. Assistência hospitalar em regime externo		_____	90	70	_____
5. Tratamentos		_____	90	70	_____
PRÓTESES E ORTÓTESES	200,00				
1. Lentes (excluindo lentes de contacto)		_____	80	70	_____
2. Aros		_____	80	70	_____
3. Outras		_____	80	70	_____
ESTOMATOLOGIA	500,00				
1. Consultas		_____	90	70	_____
2. Tratamentos		_____	90	70	_____
3. Outras		_____	90	70	_____

OBSERVAÇÕES: (a) - DOCUMENTOS ORIGINAIS. Se fotocópias:
 - Declaração original emitida pela Entidade atestando o valor apresentado e reembolsado.

* Limite de reembolso por pessoa e anuidade

Data: ____/____/____