

Médico\*  Farmacêutico\*  Dentário\*  Óptico\*

\* Consulte os documentos do seu Plano de Saúde para verificar que coberturas este abrange.

**Preencha e envie o Formulário de Pedido de Reembolso por correio ou fax, acompanhado por facturas e recibos discriminados. É necessário um formulário para cada membro da família. Cole os recibos pequenos numa folha de papel inteira.**

Aetna Global Benefits/Aetna  
 PO Box 981543  
 El Paso, TX 79998-1543  
 EUA

**Telefone:** +1-800-231-7729 (fora dos EUA, via AT&T + acesso)  
 +1-813-775-0190 (chamada directa ou a cobrar no destino fora dos EUA)  
**Fax:** +1-800-475-8751 (fora dos EUA, via AT&T + acesso)  
 +1-859-425-3363 (dentro dos EUA)  
**E-mail:** [AGBSERVICE@AETNA.COM](mailto:AGBSERVICE@AETNA.COM)

## 1. Informações sobre o funcionário

Designação da entidade patronal/Número do grupo \_\_\_\_\_  
 Nome do funcionário \_\_\_\_\_  
 (Nome próprio, inicial do nome do meio, apelido, conforme consta do cartão da Aetna)  
 Número de identificação (Utilize o número que consta do seu cartão AETNA) \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento do funcionário (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Feminino  
 Rua \_\_\_\_\_  
 Cidade \_\_\_\_\_ Estado/Provincia \_\_\_\_\_  
 País \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Número de telefone do funcionário (Inclua o indicativo do país) \_\_\_\_\_  
 Endereço de e-mail principal do funcionário \_\_\_\_\_  
 (É importante que forneça o seu endereço de e-mail no caso de serem necessárias informações complementares para processar o seu pedido de reembolso.)

## 2. Informações sobre o doente

Nome do doente (Nome próprio, inicial do nome do meio, apelido) \_\_\_\_\_  
 Relação:  O próprio  Cônjuge  Filho  Outra \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento do doente (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Feminino  
 Uma vez em cada ano lectivo, poderão ser exigidos boletins escolares, recibos de propinas e outros documentos comprovativos de frequência escolar, caso o seu plano estabeleça a frequência escolar como condição de cobertura de dependentes com mais de uma certa idade. Para mais informações, consulte os documentos do seu plano.

## 3. Resumo dos serviços médicos, farmacêuticos, dentários e ópticos (Indique o diagnóstico ou o motivo do tratamento para cada serviço recebido.)

- **Para serviços protésicos** (coroas, pontes ou dentaduras), é obrigatório fornecer as seguintes informações:
- As radiografias. (Se as radiografias não estiverem disponíveis, forneça o relatório do dentista.)
- Para todos os pedidos de reembolso de despesas com serviços dentários (excepto tratamentos de prevenção, por ex. exames orais, radiografias, limpezas, tratamentos com flúor, etc.), preencha a Declaração do Dentista (GC-14423) e anexe-a a este formulário de pedido de reembolso. Não se esqueça de identificar o número do dente em causa para todos os tratamentos dentários e indicar as datas de extracção ou a data de colocação original, bem como o motivo da substituição da dentadura ou da ponte.
- Se o pedido de reembolso for referente a uma ponte ou dentadura, precisaremos de um diagrama de todos os outros dentes em falta e as datas da respectiva extracção.
- **Para serviços periodonticos** (doença das gengivas), o membro tem de apresentar as radiografias e os periodontogramas.
- **Para serviços ortodonticos**, é obrigatório fornecer as seguintes informações: data de colocação do aparelho, número de meses de tratamento, meses de tratamento remanescentes.
- **Para serviços relacionados com uma lesão resultante de um acidente**, o doente tem sempre de fornecer as radiografias pré-tratamento e informações sobre o acidente.

Datas dos serviços (mm/dd/aaaa)	Nome e morada do prestador (médico, clínica, hospital, farmácia) (Se o nome e a morada do prestador constar dos recibos, escreva "ver recibos")	Descrição do serviço/Nome do medicamento/fármaco/aparelho (Caso se trate de um hospital, indique internamento ou ambulatório)	Diagnóstico (Motivo da visita)	Cidade/Estado/Provincia/ País do pedido de reembolso	Moeda do pedido de reembolso	Despesa total

## 4. Informações sobre o pedido de reembolso

- Se responder Sim à pergunta colocada em a ou b, terá de preencher c e d nesta secção.
- a. O pedido de reembolso está relacionado com um acidente de trabalho ou doença profissional?  Sim  Não
- b. O pedido de reembolso está relacionado com uma lesão resultante de um acidente?  Sim  Não
- c. Data do acidente (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  Manhã  Tarde
- d. Descrição do acidente (Como e onde) \_\_\_\_\_

Nome do funcionário \_\_\_\_\_  
(Nome próprio, inicial do nome do meio, apelido)

**5. Resumo do reembolso – O seu plano de benefícios de saúde Aetna Global Benefits (AGB) prevê a possibilidade de reembolso das despesas em várias moedas e vários métodos de pagamento. Indique a sua opção nas secções que se seguem. A AGB reserva-se o direito de proceder ao reembolso através do método de pagamento disponível para a moeda escolhida, consoante as circunstâncias.**

Se optar por ser reembolsado através de um cheque denominado em dólares dos Estados Unidos, passe para a **Secção 8**. Se optar por qualquer outro método de reembolso, preencha as **Secções 5, 6 e 7**.

Assinale uma das opções seguintes (consoante o caso) - se nenhuma opção for assinalada, o procedimento aplicável apenas contemplará este pedido de reembolso:

- Utilizar as informações da Opção para Reembolsos Recorrentes (RRE) actualmente em arquivo.  
 Utilizar as informações fornecidas nas **Secções 5 e/ou 6** para estabelecer uma RRE.  
 Actualizar as informações da RRE actualmente em arquivo com base nas informações fornecidas nas **Secções 5 e/ou 6**.  
 Utilizar as informações fornecidas nas **Secções 5 e/ou 6** apenas para despesas relacionadas com este formulário de pedido de reembolso.

**Resumo do reembolso (método/moeda) – Apenas poderão ser seleccionados um método de reembolso e uma moeda em cada formulário de pedido de reembolso. (Salvo indicação em contrário, os reembolsos serão efectuados através de cheque denominado em dólares dos Estados Unidos e emitidos a favor da pessoa para quem o pagamento é enviado.)**

Utilizar as informações fornecidas em baixo para enviar o pagamento do reembolso aplicável para:  Funcionário  Prestador

Método de reembolso solicitado	País/moeda de reembolso (por ex., Grã-Bretanha/libras) Se a moeda que escolheu não estiver disponível para o método solicitado, o reembolso será efectuado em dólares dos Estados Unidos.
<input type="checkbox"/> Transferência de fundos (preferencial) A forma mais eficiente de receber o reembolso é através de transferência de fundos. Contacte o seu banco ajudá-lo a fornecer as instruções necessárias à AGB.	
<input type="checkbox"/> Cheque	(Indique o país/moeda e avance para a <b>Secção 8</b> .)

**6. Informações bancárias**

**Banco principal – Se tiver escolhido a transferência de fundos como o seu método de reembolso preferencial, deverá fornecer as informações seguidamente solicitadas. A AGB transferirá fundos para o seu banco sem custos para si; no entanto, aconselhamo-lo a consultar o seu banco para saber se a recepção de transferências de fundos está sujeita a encargos adicionais.**

Número da conta bancária \_\_\_\_\_

Nome do titular da conta (Conforme consta dos extractos bancários) \_\_\_\_\_

Código de identificação bancária/Número de encaminhamento \_\_\_\_\_

Código S.W.I.F.T./BIC (apenas pagamento directo)  CHIPS UID  ABA  Identificação de triagem bancária  IBAN  Outro

Nome do banco \_\_\_\_\_

Morada do banco (Inclua o país) \_\_\_\_\_

Número de telefone do banco (Inclua o indicativo do país) \_\_\_\_\_

**7. Outros seguros/planos de saúde**

As despesas de outros membros da família estão cobertas por outro seguro/plano de saúde, pela Medicare ou por qualquer plano governamental social, nacional ou estatal ou federal dos EUA?  Sim  Não Se respondeu "Sim", forneça as informações seguidamente solicitadas.

Nome e grau de parentesco \_\_\_\_\_

(Nome próprio, inicial do nome do meio, apelido)

Data de nascimento do familiar (mm/dd/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ] Sexo  Masculino  Feminino

Designação da outra empresa de seguros ou tipo de seguro \_\_\_\_\_

**8. Autorização (obrigatória)**

**Para todos os depósitos por meios electrónicos:** Autorizo a Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd., a Aetna Life Insurance Company e todas as suas filiais ("Aetna") e/ou os seus agentes dedicados a efectuarem o pagamento dos benefícios que me sejam devidos a mim e/ou aos meus dependentes, depositando tais pagamentos na minha conta junto do banco ou instituição financeira identificados neste formulário. Comprometo-me a informar a Aetna, por escrito, de quaisquer alterações às informações fornecidas neste formulário ou do cancelamento desta autorização. Se, por qualquer motivo, forem depositados indevidamente pagamentos de benefícios na minha conta, comprometo-me a reembolsá-los imediatamente na integralidade. Declaro ainda que, se não reembolsar imediatamente os referidos montantes, serei pessoalmente responsável por todos os custos da cobrança (incluindo honorários de advogados de valor razoável e juros à taxa máxima permitida por lei).

**Autorização para serviços médicos, farmacêuticos, dentários e ópticos. Tem de ser assinada e datada:** Autorizo todos os médicos ou outros profissionais de saúde, farmácias/farmacêuticos, hospitais e estabelecimentos de saúde a fornecer à Aetna ou a qualquer parte independente que actue em nome desta ou que esta tenha contratado, informações sobre cuidados de saúde, aconselhamento, tratamentos ou produtos fornecidos ao paciente (incluindo os relacionados com doenças mentais e/ou SIDA/CRS/VIH). Estas informações serão exclusivamente utilizadas para fins de avaliação e administração dos pedidos de reembolso. A Aetna poderá fornecer à entidade patronal identificada neste formulário quaisquer cálculos de benefícios utilizados no pagamento do reembolso objecto deste pedido para efeitos de avaliação da experiência e execução da apólice/contrato. Esta autorização é válida durante o período de vigência da apólice ou contrato ao abrigo do qual o pedido de reembolso é apresentado. Fui informado de que tenho o direito de receber uma cópia desta autorização após solicitação e reconheço que uma cópia desta autorização terá a mesma validade que o original.

**Aviso:** A prestação de informações falsas ou susceptíveis de induzir em erro a uma seguradora com o objectivo de defraudar esta seguradora ou qualquer outra pessoa constitui um crime. Este crime é punível com pena de prisão e/ou multa. Além disso, a seguradora poderá recusar o pagamento dos benefícios caso o requerente tenha fornecido informações falsas directamente relacionadas com o pedido de reembolso.

Poderá optar por utilizar uma assinatura electrónica neste formulário de pedido de reembolso, confirmando que verificou e atesta a exactidão das informações acima fornecidas. Essa assinatura electrónica terá a mesma validade e força jurídica que a sua assinatura original. Poderemos considerar essa assinatura electrónica como uma verificação e declaração vinculativas, confirmando que as informações prestadas neste formulário estão correctas em todos os aspectos e não são susceptíveis de induzir em erro.

Assinatura do doente ou da pessoa autorizada \_\_\_\_\_ Data (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

**Guarde uma cópia para os seus registos**