MULTICARE
FIDELIDADE

Estomatologia - Tratamentos

(Anexar ao pedido de Reembolso de Despesas Médicas)

PREENCHER A CANETA PRETA

Nº CARTÃO _____ **Nº CLIENTE** _____ **DATA** D D M M A A A A

NOME DO CLIENTE

NOME DO MÉDICO **Nº CÉDULA PROFISSIONAL**

TRATAMENTOS / PRÓTESES

ICD'9	ACTO MÉDICO - DESCRIÇÃO	CÓDIGOS		VALOR (€)
		DENTE	ACTO (CNVRAM)	

OS TRATAMENTOS / PRÓTESES RESULTARAM DE ACIDENTE? ☐ NÃO ☐ SIM EM CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR PREENCHER PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO.

É A PRIMEIRA COLOCAÇÃO DE PRÓTESE? ☐ NÃO ☐ SIM (HÁ QUANTOS ANOS A ÚLTIMA?) _____

ENVIAR, POR FAVOR, PARA E-MAIL: APOIOCLIENTE@MULTICARE.PT

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification