

TAXAS MODERADORAS

Pedido de Reembolso / anulação de dívida

Nome _____
Contacto telefónico _____, E-Mail: _____@_____
Morada _____
Código Postal: _____ - _____, Nº de Utente do SNS: _____

Requer reembolso de taxa moderadora cobrada / anulação de dívida de taxa moderadora (riscar o que não interessa)

MOTIVO:

Direito a isenção / dispensa de taxa moderadora

Consulta / exame / tratamento não realizado

Valor incorreto

Outro: (descrição) _____

REFERENTE A:

Prestação de cuidados de Saúde de: (identificar consulta, exame, urgência, tratamento etc.)	Data	Valor (€)

DOCUMENTOS ANEXOS:

Comprovativo do direito à isenção

Comprovativo do IBAN (para efeitos de reembolso)

Recibo(s)

Outros: _____

_____, ____ de _____ de _____ O requerente: _____
(assinatura)

A preencher pelos serviços do CHULC:

Receção: Serviço _____ a ____/____/_____ Funcionário: _____ nº mec.: _____	Registo AGD: Data: ____/____/_____ Nº: ____/____
---	--

Área de Gestão de Doentes do CHULC

Morada: Hospital Curry Cabral, Rua da Beneficência, nº 8, 1069-166 Lisboa
Telefone: 21 792 42 00
Email: gdoentes.hcc@chlc.min-saude.pt