



# Formulário De Pedido De Reembolso:/ Member Claim Form:

## DADOS PESSOAIS:/ PERSONAL DETAIL:

Número de membro:/ Membership number:

Nome do paciente:/ Name of patient:	Nome do prestador do serviço:/ Type of service:	Data do serviço:/ Date of service:	Numero da factura:/ Account or reference no.	Valor Total:/ Total amount:			Em anexo o seguinte:/ Is the following attached:				
							Factura:/ Account:		Prova de pagamento:/ Proof of payment:		
				MZN	ZAR	USD	SIM/ YES	NÃO/ NO	SIM/ YES	NÃO/ NO	
TOTAL:											

O processo do seu pedido de reembolso será finalizado dentro de 30-45 dias a partir da data de submissão./ The claims process for payment will be finalized within 30-45 days from date of submission.

Pedidos de reembolso devem ser submetidos à Mediplus dentro do prazo máximo de 3 meses a partir da data em que foi prestado o serviço. Pedidos mais antigos não serão aceites./ Claims must be submitted for processing within 3 months from date of when service was rendered. Older claims will not be accepted.

Conta - É um documento oficial de um prestador de serviços que reflecte o tipo de serviços médicos prestados eo custo dos serviços./Account - It is an official document from a service provider that reflects the type of medical services provided and the cost of the services.

Comprovativo de pagamento - Um recibo ou documento oficial com o carimbo do prestador de serviços que mostre claramente o montante pago pelos serviços prestados./ Proof of payment - A receipt or official document with a stamp from the service provider that clearly shows the amount paid for the services rendered.

## DETALHES BANCÁRIOS:/ BANKING DETAILS:

Nome e apelido do titular da conta:/  
Name and surname of account holder:

Instituição bancária:/  
Name of bank:

Código da agência:/  
Branch code:

Número de conta:/  
Account no:

Agência:/  
Branch:

Moeda:/  
Currency:

MZN

USD

NIB no.

Tipo de conta:/  
Type of account:

Ordem:/ Savings:

Cheque:/  
Cheque:

Transferência:/  
Transmission:

SWIFT:

Data:/ Date:

D D M M Y Y Y Y

Número de contato:/  
Contact number:

Assinatura do titular da conta:/ Signature of account holder: