

1. Deverão ser entregues faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas originais respeitantes a todas as despesas apresentadas salvo quando haja comparticipação de qualquer subsistema de Saúde ou por outra companhia de seguros, caso em que se aceitarão fotocópias acompanhadas do original da declaração da entidade onde foi entregue a documentação, onde conste o valor da respetiva comparticipação (nestes casos, o cálculo incidirá sempre sobre o remanescente)
2. Todas as faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas apresentadas devem conter a indicação de pago, identificação do prestador dos cuidados de saúde, nome e n.º de cartão Vitalplan a que se reportam as despesas, data e descrição completa do ato médico ou cuidado de saúde prestado.
3. Em cada remessa, o conjunto de documentos deve fazer-se acompanhar pelo presente impresso de "Reembolso de Despesas de Saúde" onde deverá discriminar as despesas por cobertura. O impresso poderá ser fotocopiado para utilização por qualquer Cliente. O pedido adicional de impressos poderá ser efetuado através da Área de Cliente acessível através de www.santandertotta.pt, na página do seguro Valor Saúde.
4. As faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas dos hospitais ou clínicas deverão ser sempre acompanhados da discriminação de todas as despesas.
5. As faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas relativas a Internamentos ou cirurgias fora da Rede Médis devem ser sempre acompanhados de relatório médico, tão detalhado quanto possível, a justificar o internamento e a esclarecer a natureza da sua intervenção. Estes relatórios destinam-se a ser analisados pelos serviços clínicos da entidade regularizadora de sinistros.
6. As faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas relativas a elementos auxiliares de diagnóstico ou tratamentos efetuados fora da Rede Médis em regime ambulatorio, devem ser acompanhados da prescrição médica que esteve na sua origem com indicação da causa que originou essa prescrição.
7. As faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas relativas à compra de próteses e ortóteses, quando cobertas, deverão fazer-se acompanhar da respetiva prescrição médica, por médico da especialidade.
8. As faturas, faturas-recibo ou faturas simplificadas relativas a despesas de estomatologia ou medicina dentária, quando cobertas devem conter a seguinte informação: identificação do estomatologista ou médico dentista, identificação do Cliente através do nome e número de cartão Vitalplan, o dente tratado e correspondente face e discriminação dos tratamentos realizados.
9. As faturas-recibo emitidas por pessoas singulares (recibo verde eletrónico) e os emitidos por pessoas coletivas deverão conter a especialidade médica e a discriminação dos atos médicos realizados.
10. No que diz respeito a despesas com medicamentos, quando cobertas, deve observar-se o seguinte:
 - a) Para efeitos de comparticipação, os medicamentos deverão ser receitados por médico.
 - b) O Cliente deverá remeter, para a morada indicada neste documento, a cópia da receita médica/guia de tratamento devidamente autenticada, acompanhada do documento financeiro, com a indicação dos preços de cada um dos medicamentos, comparticipações e valores pagos.
11. O reembolso das despesas só será efetuado depois de exibidos os documentos originais justificativos das despesas realizadas, acompanhados da respetiva prescrição médica ou relatório médico aplicável.
12. As despesas que não se encontrem de acordo com as regras a observar nos pedidos de reembolso, serão processadas apenas para efeitos fiscais, por forma a constarem como despesas suportadas pela Pessoa Segura na declaração fiscal, a emitir pela Ageas Seguros.
13. Para efeitos de reembolso, as despesas de saúde deverão ser apresentadas no prazo máximo de 45 dias após a sua realização. Quando a despesa for apresentada fora deste prazo e desde que não tenham existido impedimentos objetivos para o cumprimento do prazo acordado, o valor da prestação a cargo do Segurador será reduzido atendendo ao dano decorrente do incumprimento, salvo se este for doloso e causar dano significativo ao Segurador, caso em que haverá lugar à perda de cobertura.