



PEDIDO DE TRATAMENTO PRIORITÁRIO DE UM PEDIDO DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS

Este tipo de pedido pode ser apresentado pelos inscritos a título primário no Regime Comum de Seguro de Doença (RCSD) que tiveram de suportar despesas médicas de um montante superior a 600 euros nos 15 dias anteriores ao envio do pedido de reembolso.

O presente formulário deve ser apenso como página de rosto do pedido de reembolso em questão para que seja tratado prioritariamente pelo Serviço de Liquidação adequado

A enviar ao Serviço de Liquidação adequado do Regime Comum de Seguro de Doença (RCSD) – **Ver endereço infra**

Apelido e nome próprio do inscrito:..... N.º Pessoal/Pensão:.....
Instituição e local de afectação:.....Endereço administrativo: Tel.:.....
Endereço privado caso esteja aposentado:.....
Data em que termina o vínculo laboral/ data do final do contrato:..... (agentes contratados ou pessoal contratado)

Pedido para:

inscrito no Regime cônjuge ou parceiro reconhecido filho pessoa equiparada a filho a cargo.

Apelido e nome próprio: Data de nascimento:.....

Assinalar a casa adequada.

Data em que as despesas foram feitas:

Data de envio do pedido de reembolso ao PMO (prazo máximo de 15 dias após pagamento das despesas):

Montante (+ de 600 euros):

Tomei conhecimento das condições e regras em vigor aplicáveis ao tratamento prioritário dos pedidos de reembolso e comprometo-me a observá-las.

Data

Assinatura

A enviar ao

**Serviço de Liquidação de
Bruxelas
Comissão Europeia**
SC27 0/05
B-1049 Bruxelas

**Serviço de Liquidação de Ispra
Comissão Europeia**
PMO/06 - TP 740
Via E. Fermi, 2749
I-21027 Ispra (Va)

**Serviço de Liquidação do
Luxemburgo
Comissão Europeia**
DRB - B1/061
L-2920 Luxemburgo

<https://ec.europa.eu/pmo/contact/>

+ 32 (0)2 29 **97777**