

## SOLICITUD DE ACUERDO PREVIO

### HOSPITALIZACIÓN

Henner

Here to care

Henner podrá pagar únicamente las hospitalizaciones que hayan obtenido un acuerdo previo de la parte de nuestro Departamento Médico con base en este documento. Este documento debe cumplimentarse y enviarse al menos 10 días antes de la fecha prevista para una hospitalización programada o en los 3 días siguientes a la admisión en caso de hospitalización de urgencia, por correo postal, fax, correo electrónico o a través del espacio cliente en línea:

Médico asesor de Henner - 14 boulevard du Général Leclerc, CS 20058, 92527 Neuilly-sur-Seine Cedex - Francia

Fax: +33 (0)1 85 64 74 15 - Correo electrónico: medical@henner.com

Si el Departamento Médico da su aprobación para la hospitalización, se emitirá una garantía de pago que se enviará directamente al establecimiento designado. En caso de denegación, se notificará al paciente.

*Toda solicitud incompleta conllevará retrasos en la tramitación.*

Para más información médica:

+33 (0)1 55 62 53 42

#### EL PACIENTE

*Cumplimentese en mayúsculas.*

Apellido: .....

Nombre(s): .....

Número de afiliado a Henner: .....

*que encontrará en su tarjeta de asegurado o HennerPass*

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) : ...../...../.....

Título: Sra. Sr. Sr. y Sra.

#### EL ASEGURADO PRINCIPAL

*No cumplimentar si el asegurado principal es el beneficiario de los cuidados*

Apellido: .....

Nombre(s) : .....

Número de afiliado a Henner: .....

*que encontrará en su tarjeta de asegurado o HennerPass*

### A CUMPLIMENTAR POR EL PROFESIONAL DE LA SALUD

#### TIPO DE SOLICITUD

¿Los cuidados son consecuencia de un accidente? Si No

En caso afirmativo, ¿intervino un tercero? Si No

Condiciones de hospitalización: Programada No programada (incluidas las urgencias) Prolongación

En caso de prolongación, sírvase indicar el número de referencia de la cobertura de la que benefició anteriormente: .....

#### DETALLES DE LA SOLICITUD

Lugar de hospitalización (nombre del establecimiento, dirección, teléfono, fax, correo electrónico) : .....

Médico tratante (nombre, dirección, teléfono, fax, correo electrónico): .....

Motivo de hospitalización / Signos clínicos / Diagnóstico médico exacto (+ código CIE 10 basado en el marco de referencia de la OMS de 2019): .....

¿Está relacionado con una patología congénita? Si No

¿Cuánto tiempo llevaba el paciente con estos síntomas antes de consultarle? .....

¿Cuándo consultó por primera vez al médico por estos síntomas? ...../...../.....

¿Cuándo se le diagnosticó al paciente esta enfermedad? ...../...../.....

Naturaleza del procedimiento médico: .....



¿Es cosmética o estética?    Si    No

Detalles del plan de cuidados: .....  
.....  
.....

Fecha de admisión prevista: ...../...../..... Duración estimada de la estancia: .....

**Coste total estimado de la hospitalización (especifique la moneda):** .....

- De los cuales los gastos de estancia son: .....

- De los cuales los honorarios de los profesionales de la salud (por ejemplo: cirujano, anestesista, etc.) son:

Especialidad : ..... Honorarios : .....

Especialidad : ..... Honorarios : .....

Especialidad : ..... Honorarios : .....

Especialidad : ..... Honorarios : .....

Especialidad : ..... Honorarios : .....

- Otros gastos : .....

- Tipo de habitación:    Privada    Semprivada                      Precio : .....

Fecha, firma y sello del profesional de la salud:

...../...../.....

Para más información médica: +33 (0)1 55 62 53 42

Fecha y firma del paciente (o su representante legal):

...../...../.....

Autorizo a mi médico tratante a facilitar al médico asesor de Henner toda la información médica necesaria para evaluar mi caso\*

\*La información y los documentos comunicados se utilizarán para verificar la cobertura, facilitar la garantía de pago y/o el pago. Estos datos se mantendrán confidenciales y están destinados principalmente al personal debidamente autorizado de Henner, así como a organismos externos responsables de la ejecución de contratos y la gestión de garantías, como la aseguradora o la empresa de asistencia.

La empresa responsable del tratamiento de la información es Henner. De acuerdo con la normativa aplicable en materia de protección de datos personales, usted tiene derecho a acceder y rectificar cualquier información que le concierna. Puede ejercer este derecho dirigiéndose a: HENNER - 14 boulevard du Général Leclerc - Délégue à la Protection des Données - 92200 Neuilly sur Seine, o a: dpo@henner.com o para cualquier inquietud médica a: medical@henner.com. Para obtener más información sobre el tratamiento de datos personales por parte de Henner, consulte las políticas disponibles en <https://www.henner.com/>

14 boulevard du Général Leclerc, CS 20058, 92527 Neuilly-sur-Seine Cedex - France - Tel.: +33 (0)1 55 62 90 00

Henner - Sociedad por acciones simplificada - Capital social de 8 212 500 € - Inscrita en el Registro Mercantil de Nanterre con el n.º 323 377 739 - N.º de IVA: FR 48323377739 - Domicilio social: 14 boulevard du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, Francia - [www.henner.com](http://www.henner.com) - Solo para Francia y Europa: Inscrita en Francia en el Registro de Intermediarios de Seguros (ORIAS) con el n.º 07.002.039 y regulada por la Autoridad francesa de Control Prudencial y Resolución (ACPR) sita en 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr)