

## SOLICITUD DE ACUERDO PREVIO

## TRATAMIENTOS DENTALES

**Henner**<sup>TM</sup>

Henner únicamente reembolsará los tratamientos dentales importantes cuando hayan sido objeto de un acuerdo previo de nuestro Departamento Médico basado en el contenido de este documento. Esta solicitud debe ser rellenada por el médico y debe enviarse por correo postal, fax o correo electrónico a:

Dentiste conseil de Henner - 14 boulevard du Général Leclerc, CS 20058, 92527 Neuilly-sur-Seine Cedex - FRANCE  
Fax : +33 (0)1 85 64 74 15 - Email : medical@henner.com

Este formulario debe enviarse como mínimo 15 días antes de la fecha prevista para el inicio del tratamiento.

Nombre y apellido(s) del asegurado: ..... N° de identificación: .....  
Nombre y apellido(s) del paciente: .....  
Fecha de nacimiento: ..... Sexo: .....  
¿La atención médica es consecuencia directa de un accidente? ☐ Sí ☐ No  
En caso afirmativo, adjunte a este documento una descripción detallada de las circunstancias del accidente.

**¡Atención!** Los documentos que deben adjuntarse a esta solicitud están marcados en azul.

En todos los casos (ortodoncia, prótesis dentales / periodoncia / implantología): envíe esta solicitud acompañada de un presupuesto detallado del conjunto del tratamiento.

### PARTE RESERVADA AL MÉDICO RESPONSABLE DEL PACIENTE

#### ORTODONCIA

Si la solicitud se refiere a una intervención en una dentición mixta:

- ¿Se trata de una rehabilitación de praxias (sí / no)? .....
- ¿Se trata de un aparato con vista a una intervención precoz (sí / no)? .....
- Duración previsible del tratamiento en dentición mixta (meses): .....

Si el programa terapéutico se realiza en una dentición permanente, indique los siguientes valores:

- Si se utiliza el análisis de Ricketts, rellenar los puntos R1-R2-R3-R4 y del 5 al 11  
R1. Ángulo facial en grados: ..... R2. Altura facial inferior (HFI) en grados: .....  
R3. Convexidad en milímetros: ..... R4. DDM en milímetros: .....
- Si se utiliza el análisis de Tweed, rellenar los puntos T1-T2-T3-T4 y del 5 al 11  
T1. FMIA en grados: ..... T2. IMPA en grados: .....  
T3. ANB en grados: ..... T4. DDM total .....
- 5. Clase dental molar con diferencia medida en milímetros: .....
- 6. Supraoclusión o infraoclusión medida en milímetros: .....
- 7. Compresión o expansión dentoalveolar con respecto al número de dientes afectados: .....  
Sin anomalía: ..... Anomalías múltiples: ..... Anomalía aislada de un diente: ..... Patología de al menos un sector completo: .....
- 8. Ángulo incisivo inferior / NaPog en grados: .....
- 9. Ángulo 11/41 o 21/31 en grados: .....
- 10. Distancia borde libre 11/41 o 21/31 en milímetros: .....
- 11. Duración previsible del tratamiento en dentición permanente (en meses): .....

#### PRÓTESIS DENTALES

Envíe la solicitud acompañada de los siguientes documentos y datos:

Radiografía panorámica dental de más de 2 dientes e imágenes retroalveolares o RVG, después del tratamiento o de la reanudación del tratamiento endodóntico.

Prótesis en dientes desvitalizados (n° de los dientes): ..... Prótesis en dientes desvitalizados (n° de los dientes): .....

## PERIODONCIA

Envíe la solicitud acompañada de los siguientes documentos y datos:

Balance retroalveolar (estatus) + número de cuadrantes + sector afectado + diagnóstico + programa de tratamiento

## IMPLANTOLOGÍA

Envíe la solicitud acompañada de los siguientes documentos y datos:

Radiografía panorámica dental + área del implante (números de los dientes que van a sustituirse por implantes) + informe que incluya la altura de hueso disponible en el área del implante + posibles contraindicaciones

GMCG3973 - 01/2019

Sello y firma del médico:

Fecha:  
Para cualquier precisión médica: + 33 1 55 62 53 42

Firma del paciente:

- 1/ El médico del asegurado está autorizado a comunicar al dentista asesor de Henner toda la información médica necesaria para pronunciarse sobre su expediente.  
2/ La información conservada tendrá un carácter confidencial. Únicamente será revelada a las personas implicadas en su tratamiento o su atención médica.

14 bd du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine - Francia - Tfno.: +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)

Henner SAS actúa como un agente de la delegación local de AIG Europe S.A. (« AIG Europe »). Al proporcionar su información personal y firmando arriba, usted consiente que Henner pueda procesar su información personal para analizar su solicitud de reembolso y realizar el reembolso de los gastos médicos en nombre de AIG Europe. En la medida en que en este formulario usted haya proporcionado información personal acerca de otra persona, usted certifica, mediante su firma, que usted está autorizado a revelar esta información personal a Henner y AIG Europe como se detalla en este aviso. Henner se asegurará de que cualquier información médica que usted proporcione será confidencial y sólo será utilizada por los miembros de su equipo de atención al cliente. AIG Europe también puede tener acceso a esta información si es necesario para la administración de su solicitud. Más información acerca de cómo AIG Europe, sus agentes y subcontratistas procesan su información personal, se encuentra disponible en las políticas de privacidad de AIG Europe. Estas están disponibles en la página local de su país en [www.AIGEurope.com](http://www.AIGEurope.com) o ante petición de las mismas.