

## SOLICITUD DE REEMBOLSO

¡Una solicitud debidamente completada le garantizará un reembolso rápido!

Antes de enviarnos la solicitud, asegúrese de que ha rellenado el formulario correctamente y de que ha adjuntado todos los justificantes necesarios:

- ▶ Las facturas y recibos de pago originales
- ▶ La prescripción médica para los gastos de farmacia, laboratorio, radiología y óptica, y para las sesiones de tratamiento.

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

### » ASEGURADO

Apellido(s): ..... Nombre: .....

N° de identificación / N° Index (indicado en su tarjeta): ..... Unidad de gestión (indicada en su tarjeta): .....

E-mail : ..... Teléfono (incluya el prefijo del país): .....

País de destino: .....

¿La atención médica es consecuencia directa de un accidente? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, describa las circunstancias del accidente: .....

### » PACIENTE

Apellido(s): ..... Nombre: .....

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): ..... País de la atención médica: .....

Por la presente, autorizo al Departamento Médico de Henner a estudiar o buscar información médica complementaria en relación con esta solicitud. Certifico la exactitud de los datos transmitidos y me comprometo a presentar una única solicitud de reembolso en relación con las facturas adjuntas. Cualquier alteración, falsificación o declaración fraudulenta relativa a los hechos mencionados en la solicitud de reembolso, así como cualquier abuso de un asegurado, conllevarán una recuperación inmediata de los fondos y la suspensión y/o confiscación de los reembolsos.

Firma del paciente\*: .....

\*Si el paciente es menor de edad: firma de uno de los padres o del tutor.

\*Si el paciente no puede rellenar o firmar el formulario: su cónyuge o un familiar mayor de edad.

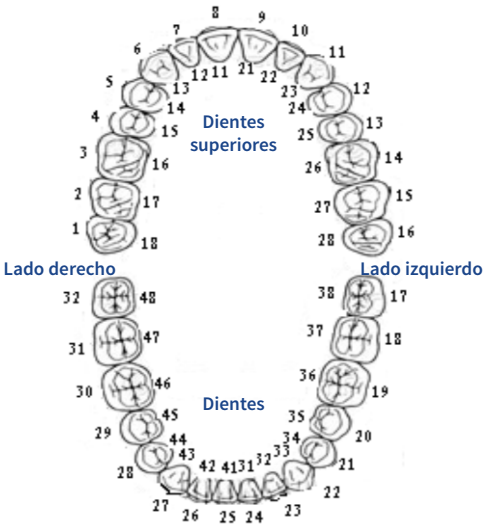
### » ATENCIÓN AMBULATORIA

Tipo de atención médica	Cantidad	Fecha de la atención médica	Importe total	Moneda	Diagnóstico: Si es posible, utilizar el código ICD10
Consulta de medicina general					
Consulta de medicina especializada					
Consulta de psiquiatría					
Pruebas de laboratorio					
Sesiones de tratamiento, precisar: <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Terapia visual <input type="checkbox"/> Ortofonía / Logopedia <input type="checkbox"/> Otros					
Radiología, precisar: <input type="checkbox"/> Radiografía <input type="checkbox"/> Mamografía <input type="checkbox"/> Resonancia magnética <input type="checkbox"/> Otros					
Farmacia, precisar: <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Vacunas <input type="checkbox"/> Otros					
Otro tipo de atención (precisar)					

		Cantidad	Fecha de la atención médica	Importe total	Moneda
Gafas	Montura				
	Cristales - Dcho.				
	Cristales - Izqdo.				
Lentes de contacto					

Graduación/Dioptría: Precisar esfera, cilindro y adición	Dcho.	
	Izqdo.	

Tipo de atención sanitaria	Cantidad	Fecha de la atención médica	Importe total	Moneda
Tratamientos dentales				
Radiología				
Periodoncia				
Prótesis dentales (1)				
Implantología (1)				
Ortodoncia				
Otro tipo de atención (precisar)				



(1) Indique los dientes tratados

Sello y firma del profesional sanitario:

Fecha (DD/MM/AAAA):