

Guía práctica TOP



Personal en movilidad internacional Cobertura de salud



Sus contactos

La oficina que le corresponde está mencionada en su tarjeta de seguro.

Sin embargo, todas nuestras oficinas pueden responder a sus necesidades.

Un equipo especializado y multilingüe se encuentra a su disposición para brindarle información y responder a todas sus solicitudes de cobertura de gastos, acuerdos previos o reembolso de gastos de salud.

Para cualquier consulta, tenga siempre a mano su número de identificación Henner (que aparece en su tarjeta de seguro).

- Los servicios de recepción e información de cada oficina se encuentran disponibles de 8:00 a 18:00 (hora local) sin interrupción, todos los días laborales
- Línea directa para la cobertura de gastos hospitalarios urgentes las 24 horas, los 365 días del año



Henner International Administration

CST 60
Paseo de la Castellana n° 163, 9° piso
28046 MADRID - ESPAÑA
Tel : + 34 91 78 95 711
markel.expats@henner.com

EL PRESENTE RÉGIMEN ES OBJETO DE UN CONTRATO DE SEGURO SUSCRITO POR EL CLIENTE CON MARKEL INSURANCE SE, SUCURSAL EN ESPAÑA EN BENEFICIO DE SUS EMPLEADOS O LOS DE SUS FILIALES EN SITUACIÓN DE MOVILIDAD INTERNACIONAL. POR DELEGACIÓN DEL ASEGURADOR, EL CONTRATO ESTÁ GESTIONADO POR HENNER.

Guía práctica TOP

Personal en movilidad internacional
Cobertura de salud

Índice

Las prestaciones de su contrato	3
¿Quiénes son los beneficiarios de la garantía?	3
¿Cuál es la duración de la garantía?	3
¿Cuál es la cobertura de las garantías?	3
Monto y detalle de las prestaciones	4
¿Cuáles son las exclusiones?	6
Los servicios henner	9
El sitio web www.henner.com	9
La red médica henner	9
El reembolso de sus gastos médicos	10
Su tarjeta de seguro henner	10
¿Cómo obtener un reembolso?	11
Caso específico de las solicitudes de acuerdo previo	13
¿Cómo realizar una solicitud de acuerdo previo?	13
¿Qué hacer en caso de hospitalización?	14
El pago directo	14
Hospitalización en los Estados Unidos o Canadá	16
Información adicional	17

Las prestaciones de su contrato

¿Quiénes son los beneficiarios de la garantía?

Son considerados como beneficiarios de la garantía durante la vigencia del contrato de seguro

- Usted, el asegurado, empleado en situación de movilidad internacional y menor de 65 años,
- Los miembros de su familia definidos a continuación, a condición de que dependan efectivamente de usted y de que consten en el boletín individual de registro enviado a Henner :
 - el cónyuge, el progenitor adulto (o a falta de cónyuge, pareja en unión civil o pareja de hecho, bajo reserva de la presentación de un certificado de convivencia si aplica),
 - sus hijos, hasta la fecha en que cada uno de ellos cumpla 18 años (23 años si se encuentran cursando estudios a tiempo completo), del Asegurado Expatriado, y que resida con él en el País de acogida

¿Cuál es la duración de la cobertura?

La cobertura:

- Empieza el periodo de cobertura a la fecha de aceptación por parte del Asegurador de la propuesta de seguro.

La cobertura expira en la fecha:

- En el momento en el que se agote la prestación correspondiente a esta póliza
- Cuando la póliza de seguros entre Markel y su empleador, se dé por terminada
- En la siguiente fecha de renovación anual de la póliza tras el 65 cumpleaños de la Persona Asegurada
- Cuando, a la finalización de la condición de trabajador expatriado del Empleado Expatriado o del Expatriado Individual, el Empleado Expatriado o el Expatriado Individual y sus Familiares

Dependientes queden cubiertos o hubieran quedado cubiertos por el Servicio de Salud Público de su País de Origen, y a más tardar, transcurridos 6 meses desde la finalización de la condición de trabajador expatriado de la Persona Asegurada.

- Por jubilación, fallecimiento o finalización de su contrato de trabajo con su compañía.

¿Cuál es la cobertura de las garantías?

Se reembolsan los gastos médicos:

- citados en la tabla a continuación en esta guía,
- que fueron generados entre la fecha de ingreso al seguro y la fecha de terminación del seguro.

Dichos gastos médicos deberán ser generados:

- en el país de expatriación,
- en el país de origen del asegurado
- La cobertura fuera del Área de Cobertura de la Persona Asegurada quedará limitada a emergencias en caso de viajes que tengan lugar durante el Periodo de cobertura y que no duren más de 90 días consecutivos, excluyendo cualquier otro viaje cuando el propósito del mismo sea someterse a tratamiento médico o a consulta médica, o en caso de que la Persona Asegurada viaje en contra de la recomendación de un Médico.

Se **entiende** por gastos médicos aquellos generados por procedimientos:

- realizados por un médico acreditado,
- prescritos por un médico acreditado y realizados por un profesional de salud igualmente acreditado.

En el caso de los gastos médicos incurridos en un centro hospitalario, podrá tratarse de un establecimiento público o privado, a condición, en este último caso, de que esté acreditado.

En cualquier caso, el monto de las prestaciones se limita a la diferencia entre los gastos reales incurridos y las prestaciones de las que se pueda beneficiar el interesado por parte de cualquier otra entidad

Monto y detalle de las prestaciones

En cualquier caso, el monto de las prestaciones se limita a la diferencia entre los gastos reales incurridos y las prestaciones de las que se pueda beneficiar el interesado por parte de cualquier otra entidad.

Prestaciones Límite Global por asegurado y año		Markel Expatriados TOP 2.500.000 €
1.	Gastos Médicos	
1.1	Urgencias Ambulatorias y Hospitalarias	100%
1.2	Asistencia primaria, domiciliaria y en consultorio: Medicina General, Pediatría y Puericultura	100%
1.3	Enfermería o Servicios de enfermería	100%
1.3.1	Paciente internado en un hospital o clínica	100%
1.3.2	Servicio de Enfermería en casa	100% (hasta 60 días/año)
1.3.3	Cuidados paliativos	100%, hasta un límite de 5.000 €
1.4	Especialidades	
1.4.1	Alergología e Inmunología	100%
1.4.2	Anestesiología y Reanimación	100%
1.4.3	Angiología y cirugía Vasculat	100%
1.4.4	Aparato Digestivo	100%
1.4.5	Cardiología	100%
1.4.6	Cirugía Cardiovascular	100%
1.4.7	Cirugía General y del Aparato Digestivo	100%
1.4.8	Cirugía Oral y Maxilofacial	100%
1.4.9	Cirugía Pediátrica	100%
1.4.10	Cirugía Plástica y Reparadora	100%
1.4.11	Cirugía torácica	100%
1.4.12	Dermatología y Venereología	100%
1.4.13	Endocrinología y Nutrición	100%
1.4.14	Geriatría	100%
1.4.15	Ginecología y Obstetricia	100%
1.4.16	Hematología y Hemoterapia	100%
1.4.17	Medicina Interna	100%
1.4.18	Nefrología	100%
1.4.19	Neonatología	100%
1.4.20	Neumología	100%
1.4.21	Neurocirugía	100%
1.4.22	Neurología	100%
1.4.23	Oncología Médica y Radioterápica	100%
1.4.24	Otorrinolaringología	100%
1.4.25	Psiquiatría (carencia 10 meses)	Tratamiento en régimen interno: 100% hasta 10.000€ / año. Tratamiento de día: 100%, máximo 20 sesiones / año
1.4.26	Reumatología	100%
1.4.27	Traumatología y Cirugía ortopédica	100%
1.4.28	Urología	100%

Prestaciones		Markel Expatriados TOP
Límite Global por asegurado y año		2.500.000 €
1.5	Medios complementarios de diagnóstico	
1.5.1	Análisis Clínicos	100%
1.5.2	Anatomía Patológica	100%
1.5.3	Radiodiagnóstico	100%
1.5.4	Otros medios de diagnóstico	100%
1.6	Tratamientos especiales	
1.6.1	Radioterapia, cobaltoterapia, quimioterapia	100%
1.6.2	Diálisis y riñón artificial	100%
1.6.3	Fisioterapia y Rehabilitación	100% (Máx. 30 sesiones/año)
1.6.4	Foniatría y Logopedia	100% (Máx. 30 sesiones/año)
1.7	Hospitalización y/o Cirugía (carencia 6 meses salvo Urgencia Vital)	
1.7.1	Gastos ocasionados por estancia hospitalaria	100%
1.7.2	Servicios médicos hospitalarios	100%
1.7.3	Gastos por honorarios de Médico cirujano	100%
1.7.4	Gastos por honorarios médicos	100%
1.7.5	Gastos de Hospitalización del Asegurado en UVI o UCI	100%
1.7.6	Gastos de Hospitalización de Día	100%
1.8	Cobertura de Maternidad y Recién nacidos (carencia 10 meses)	
1.8.1	Tocología	100% hasta un límite de 15.000 €
1.8.2	Parto o Cesárea	
1.8.3	Recién nacidos	
1.9	Otras coberturas	
1.9.1	Ambulancia	100%
1.9.2	Podología	100%
1.9.3	Prótesis	100%
1.9.4	Trasplantes de órganos (carencia 12 meses)	120.000 €
1.9.5	SIDA	6.000 €/de por vida
1.9.6	Medicina Preventiva	Incluido
1.10	Emergencias Dentales y Visuales por accidente	
1.10.1	Emergencia Dental	100%, hasta un límite de 2.500 €
1.10.2	Emergencia Visual	100%, hasta un límite de 2.500 €
2.	Cobertura Dental y de Visión	
2.1	Salud Dental (carencia 10 meses para Tratamiento dental de reconstrucción, Prótesis Dental y Tratamiento de ortodoncia)	80%, hasta un límite de 2.000 €
2.2	Seguro de Visión	80%, hasta un límite de 2.000 €
3.	Accidentes Personales y Asistencia (en país de expatriación)	
3.1	Accidentes	
3.1.1	Fallecimiento	20.000 €
3.1.2	Invalidez Permanente Absoluta	20.000 €

Prestaciones Límite Global por asegurado y año		Markel Expatriados TOP 2.500.000 €
3.2	Garantías de Asistencia	
3.2.1	Desplazamiento de una persona acompañante del Asegurado hospitalizado (>5 noches)	Incluido
3.2.2	Alojamiento de una persona acompañante del Asegurado hospitalizado (>5 noches) 100 €/día (máx.10 días)	
3.2.3	Retorno de menores	Incluido
3.2.4	Traslado o Repatriación de restos mortales	Incluido
3.2.5	Gastos de Sepelio fuera del país de residencia	2.500€
3.2.6	Desplazamiento de acompañante de restos mortales	Incluido
3.2.7	Gastos de estancia del acompañante de restos mortales	Hasta 100 €/día (máx.10 días)
3.3	Servicios de Asistencia	
3.3.1	Servicio de información al viajero	Incluido
3.3.2	Referencias de intérpretes	Incluido
3.3.3	Transmisión de mensajes urgentes	Incluido

¿Cuáles son las exclusiones?

Adicionalmente a las exclusiones que se indican en cada uno de los artículos, se EXCLUYEN en todo caso de las coberturas de este seguro los siguientes hechos o situaciones:

- Los causados directa o indirectamente por la mala fe del Asegurado, por su participación en actos delictivos, o por sus acciones dolosas, gravemente negligentes o de imprudencia temeraria.
- Participación directa del Asegurado en duelos, carreras, apuestas, desafíos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes. Los actos fraudulentos o provocados intencionadamente por el Tomador, Asegurado, Beneficiario o familiares de los mismos, así como el suicidio o la tentativa de suicidio.
- No son objeto de cobertura las consecuencias de las acciones del Asegurado en estado de enajenación mental o en tratamiento psiquiátrico, embriaguez

o bajo los efectos de drogas o estupefacientes de cualquier tipo. A estos efectos se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcoholemia, según los medios de determinación o medición en la Legislación en vigor en el país de expatriación, sea igual o superior a las tasas legalmente permitidas por dicha legislación.

- Las Enfermedades o Accidentes derivados de la práctica profesional (incluido entrenamientos), o recibiendo remuneración, de cualquier deporte; así como los que se produzcan con ocasión de la participación del Asegurado en competiciones de cualquier tipo y en todo caso la práctica de las siguientes modalidades aunque sea como aficionado: vehículos a motor, alpinismo, barranquismo, escalada, espeleología, caza, cualquier modalidad de esquí y/o deportes de invierno, gimnasia deportiva, puenting, bungee jumping, deportes náuticos, subacuáticos y de submarinismo, la utilización de avionetas y cualquier otra práctica deportiva que implique riesgo aéreo (tales como paracaidismo, ala delta, la ascensión en globo, etc.), hípica, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, deportes

aéreos (paracaidismo, aerostación, ala delta, vuelo libre, vuelo sin motor, etc.), toreo, capeas, encierro de reses bravas y cualquier otra participación en espectáculos taurinos; y, en general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso o de alto riesgo.

- Los ocurridos en montañas, simas, mares, selvas o desiertos, en regiones inexploradas. Viajes que tengan carácter de exploración o en submarinos.
- Los ocurridos a causa de epidemias oficialmente declaradas, conflictos armados o guerra, aun cuando no haya sido declarada, terrorismo, rebeliones, revoluciones, invasión, insurrección, el uso de poder militar o usurpación de gobierno o de poder militar, motines, tumultos populares, terremotos, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, maremotos, erupciones volcánicas y otros fenómenos de carácter extraordinario o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional, sin perjuicio de que queden amparados por la cobertura de Riesgos Extraordinarios, así como los daños provocados, en forma directa o indirecta, por exposición o contaminación nuclear, radiactiva, química o biológica. Además quedan excluidos en todo caso los eventos cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros.
- Las Enfermedades o Lesiones Preexistentes.
- Las relativas a toda clase de Enfermedades Congénitas, salvo las de:
 - Los hijos del Asegurado que hayan nacido durante la vigencia de la Póliza, dados de alta en el plazo de cuatro semanas desde su nacimiento, y cuyos partos (o cesáreas) hayan estado cubiertos por esta Póliza
 - Los hijos del Asegurado que hayan nacido o sido adoptados durante la vigencia de la Póliza cuyos partos (o cesáreas) no hayan estado cubiertos por la Póliza, siempre y cuando el Asegurado haya comunicado al Asegurador, con al cuatro semanas de antelación a la fecha de nacimiento o adopción, la intención de asegurar a tales hijos y hayan sido dados de alta en el plazo de cuatro semanas desde su nacimiento.
- Los exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita, tratamiento o prueba que tenga

carácter de Medicina Preventiva, salvo los citados expresamente en la Garantía correspondiente a este punto.

- Cualquier internamiento hospitalario, operación quirúrgica, prueba diagnóstica o tratamiento médico que no haya sido prescrito y aprobado por un Médico.

Incluyendo:

Tratamiento proporcionado por cualquier persona que resida en el mismo domicilio que el Beneficiario o que sea miembro de su familia.

Tratamiento en cualquier hospital, o de cualquier profesional médico u otro proveedor de servicios, al que el Asegurador o su TPA hayan notificado que ha cesado su reconocimiento como proveedores a efectos del seguro.

Los gastos hospitalarios por uso de teléfono, televisión, manutención por acompañante, efectos personales (incluidos, sin carácter restrictivo, pasta de dientes, champú o vestidos) y otros servicios no relacionados directamente con el tratamiento de la Enfermedad o Accidente. En todo caso, la Hospitalización por problemas de tipo social.

- Los traslados relacionados con tratamientos de rehabilitación ni con la realización de pruebas diagnósticas o Consultas en régimen ambulatorio.
- Los derivados de la renuncia o retraso, por parte del Asegurado o personas responsables por él, de los servicios propuestos por el Asegurado y/o acordados por su Servicio Médico.
- Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos que sean innecesarios para la curación de un siniestro cubierto por esta póliza.
- La cirugía plástica o reparadora (salvo la citada expresamente en la Garantía correspondiente a este punto). Los tratamientos con finalidad puramente estética, las curas de rejuvenecimiento, desintoxicación y/o sueño, las curas termales y climáticas, implantes capilares, los tratamientos en balnearios y las gimnasias y terapias de mantenimiento. Los tratamientos dietéticos (curas de adelgazamiento), salvo con ocasión de Enfermedad cubierta por la Póliza. Tratamiento de trastornos del crecimiento, como los relacionados con la hormona del crecimiento. Estados y

- trastornos adictivos: Tratamiento de —o derivado de— estados y trastornos adictivos o del uso corriente o abusivo de cualquier tipo de sustancia, drogas o alcohol. Estos Tratamientos incluyen, sin carácter restrictivo, los Tratamientos de desintoxicación, psicoanálisis y psicoterapia.
- Las Prótesis de cualquier tipo así como las piezas anatómicas ortopédicas, salvo las expresamente cubiertas por la Garantía correspondiente a este punto. Igualmente quedan excluidas las intervenciones quirúrgicas para la implantación o sustitución de una Prótesis no cubierta en Póliza.
 - Las determinaciones del mapa genético, que tengan como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas Enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas.
 - Los productos farmacéuticos fuera del régimen de Hospitalización, salvo los específicamente cubiertos por la Póliza con un límite máximo de reembolso equivalente a su precio venta al público y publicado por el Ministerio de Sanidad o la autoridad que resulte competente. Las vacunas de todo tipo.
 - Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos no utilizados de forma habitual y generalizada y las pruebas diagnósticas y tratamientos, incluidos medicamentos, cuya seguridad y eficacia clínicas no estén suficientemente probadas o que no gocen del consenso de la Comunidad Científica.
 - Tratamientos de problemas de naturaleza sexual incluidos, sin carácter restrictivo, el estudio diagnóstico y el tratamiento de la impotencia sexual, cambios de sexo o reasignaciones de género. Cualquier tratamiento relacionado con anticoncepción, esterilización, interrupción del embarazo o planificación familiar, salvo si existe peligro grave para la salud de la mujer embarazada.
 - Tratamientos relacionados con la paternidad subrogada (“vientre de alquiler”), independientemente de si el Beneficiario es el subrogado o el subrogante.
 - Productos clasificados como vitaminas o minerales y suplementos alimenticios, salvo los prescritos específicamente durante el embarazo.
 - Tratamiento de trastornos de la personalidad incluido, sin carácter restrictivo, trastorno afectivo de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad, trastorno de conducta, personalidad esquizoide, trastornos del espectro autista, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de hiperactividad, trastorno de ajuste, trastornos de la alimentación y Tratamientos orientados a fomentar las relaciones socio-emocionales tales como terapias de comunicación, a menos que se trate de Tratamientos de psiquiatría médica por contraposición a aquellos de psicoanálisis, psicoterapia o coaching (motivación).
 - Trastornos del habla de cualquier tipo y Tratamiento de la dislexia, salvo cuando el Tratamiento es una terapia de corta duración proporcionada por un terapeuta del habla cualificado.
 - Tratamientos proporcionados con la única intención de mantener al Asegurado con vida y que no se traducirán en su recuperación, como en el caso de las máquinas de soporte vital.
 - Para los Asegurados cubiertos por las prestaciones del régimen de la Seguridad Social, la Asistencia Sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, incluidas las Comunidades Autónomas, que no estén concertados con el Asegurador.
 - El Asegurador queda relevado de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en esta Póliza.
 - El Asegurador no otorgará cobertura y, por tanto, no será responsable de pagar ningún tipo de indemnización o compensación, cuando dicha indemnización o compensación exponga al Asegurador a cualquier sanción, prohibición o restricción de conformidad con las resoluciones dictadas por las Naciones Unidas, o en virtud de leyes, reglamentos o sanciones comerciales y/o económicas de la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos de América.
- Los gastos médicos considerados excesivos, irracionales o inusuales teniendo en cuenta el país en el cual se generaron, pueden verse excluidos de la cobertura de gastos o ser objeto de una limitación del monto de la garantía.**

Los servicios Henner

El sitio web www.henner.com

Conectarse

Al llegar a la página de inicio de nuestro sitio web www.henner.com, seleccione «Asegurado» en el menú desplegable a la derecha. El programa le pedirá que se autentifique indicando:

- **el código de conexión:** es el número ID Internet que aparece en su tarjeta de seguros Henner.
- **la contraseña**

Más servicios en línea

- **Acceder a la red médica:** buscar un profesional de la salud perteneciente a la red Henner;
- **Gestionar sus solicitudes de reembolso:** puede realizar su solicitud de reembolso en línea y hacer un seguimiento de su procesamiento (ver capítulo «¿Dónde enviar su solicitud de reembolso? »);
- **Consulte el detalle de sus reembolsos:** si optó por el envío de los detalles de reembolso por correo electrónico, podrá visualizar desde nuestro sitio los últimos reembolsos tratados por usted o los miembros de su familia. La base de datos se actualiza diariamente y muestra un historial de 2 años;
- **Consultar – descargar:** esta guía, el detalle de las garantías, las solicitudes de reembolso, las solicitudes de acuerdo previo;
- **Modificar sus datos personales:** dirección postal, datos bancarios, correo electrónico...todo en tiempo real;

¿Primera conexión?

Quando se conecte por primera vez:

1. Haga clic en el enlace «¿Primera conexión? »
2. Indique su código de usuario (número ID internet que aparece en el anverso de su tarjeta Henner).
3. Elija si desea recibir su contraseña por correo electrónico o por mensaje de texto.
4. Recibirá su contraseña según el modo seleccionado. Por razones de seguridad, el sistema le solicitará personalizar su contraseña.

- **Encuentre los teléfonos y dirección de su Unidad de Gestión** en sus contactos;

La red médica Henner

Para facilitar el acceso a los tratamientos, especialmente en cuanto a los gastos de salud, Henner pone a disposición de sus asegurados una red de establecimientos y especialistas que han firmado acuerdos que incluyen, en su mayoría:

Tarifas predeterminadas con los proveedores de servicios de salud; Un dispositivo de pago directo: dentro de los límites de las garantías del contrato; Cooperación médica: intercambio de información con los asesores médicos de Henner en el marco de las solicitudes de acuerdo previo.

Estos acuerdos mejoran considerablemente las condiciones de atención y seguimiento médico de los asegurados, en particular en el caso de las concertaciones con los asesores médicos de Henner.

¡RECUERDE!

El número de proveedores y de países cubiertos aumentan constantemente. Visite nuestro sitio www.henner.com para consultar la lista de profesionales que ofrecen este servicio.

El reembolso de sus gastos médicos

Su tarjeta de seguro HENNER

Esta tarjeta, que recibirá en el momento de su adhesión (una tarjeta por cada miembro afiliado de su familia), le permite:

- acreditar su calidad de asegurado en los hospitales y clínicas de todo el mundo;
- acceder a la red médica de Henner;
- tener a mano toda la información necesaria para ponerse en contacto con los servicios de Henner e identificarse ante ellos.

Esta tarjeta es válida durante toda la duración de sus funciones en movilidad internacional, aún si cambia de país de destino.

En caso de pérdida deberá ponerse en contacto con nuestros servicios, quienes harán una nueva tarjeta y se la enviarán a la brevedad.

 	
First Name <<First_Name>> Last Name <<Last_Name>> AETNA ID: <<Aetna_ID>> GROUP #: 863940-13-10	RX BIN: 004336 RX PCN: ADV RX GROUP: RX6655 CAREMARK ID: <<CARE-MARK_ID>>  PHARMACIST SUPPORT: 1-800-364-6331
<small>Providers: The Member ID listed above applies exclusively to the individual named (Not a Family ID)</small>	
For 24/7 Medical Assistance 1-866-936-1225	

Member Services	Provider Services
<p>▶ Henner ID: <<POLICY_NUMBER>> For direct billing purposes, please contact Global Excel Toll Free 1-866-936-1225 To locate a provider: hennergroupprovider.com</p> <p>Member Benefits Medical, Pharmacy and Dental benefits are subject to member's specific plan. Deductible and Policy limits may apply. Please review your plan details with Henner.</p>	<p>For Eligibility, Benefits, and Pre-Authorizations: 1-866-936-1225</p> <p>Medical Claims For claim submission or payment: 1-800-414-0596</p> <p>▶ AETNA ID: <<AETNA_ID>> Electronic Payer ID: 60054 Aetna PO Box 981543 El Paso, TX 79998-1543</p>
<small>This card does not guarantee benefits. Pre-authorization is required for all inpatient.</small>	

– Su código de usuario para acceder a su espacio personal en línea

– Su número de identificación Henner, que debe indicar en todos sus correos y solicitudes de reembolso

– Los datos de contacto de su Unidad de Gestión

Los números de teléfono para uso en caso de hospitalización:

– En los Estados Unidos

– En el resto del mundo

¿Cómo obtener un reembolso?

Las solicitudes de reembolso deben enviarse dentro de los 24 meses tras la fecha del tratamiento, salvo casos de fuerza mayor.

Cómo realizar su solicitud de reembolso:

Para recibir su reembolso cuanto antes, le agradecemos nos envíe todos los documentos a continuación:

- Recetas médicas,
- Originales de las facturas detalladas y pagadas. Aceptamos las copias escaneadas enviadas a través de nuestro servicio de e-claiming para las solicitudes de reembolso de un monto inferior o igual a 500 €. En este caso, le pedimos conservar los originales a nuestra disposición durante los 24 meses tras la fecha del tratamiento. En

efecto, durante este periodo podremos pedirle los originales, sin los cuales el reembolso recibido podría ser cuestionado,

- Original del detalle de los reembolsos realizados por cualquier otro organismo del cual es beneficiario,
- Acuerdo del Departamento Médico de Henner para los tratamientos que requieren acuerdo previo.

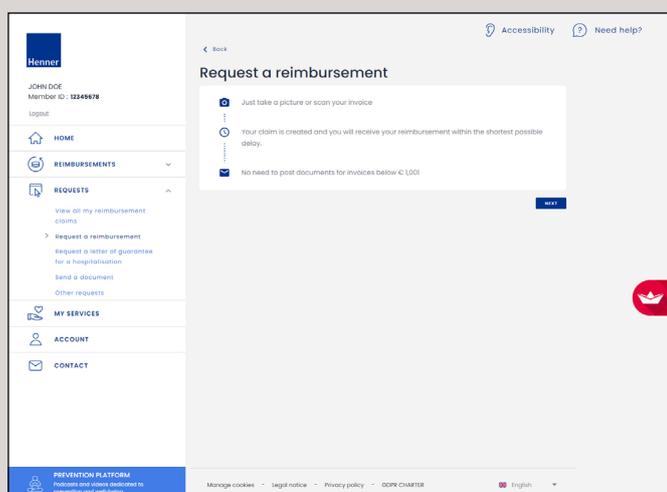
¡RECUERDE!

Asegúrese de proporcionar todos los documentos solicitados, toda solicitud incompleta retrasa el pago de las prestaciones.

Indique su número de identificación Henner (indicado en su tarjeta de asegurado Henner) en cada solicitud de reembolso

¿Cómo enviar su solicitud de reembolso en línea?

Conéctese a nuestro sitio www.henner.com y haga clic en la sección «CREAR una solicitud de reembolso en línea». Complete la solicitud en cuatro pasos:



1. Confirme sus datos personales que aparecen por defecto en el formulario,
2. Para cada factura, indique el o los beneficiarios y el país de los tratamientos, así como el monto y la moneda de las prestaciones.
3. En su caso, adjunte a su solicitud todos los documentos justificativos, tales como las facturas detalladas y pagadas por el asegurado o el paciente y las recetas médicas.
4. Envíe su solicitud

IMPORTANTE:

Los documentos escaneados deben ser legibles: no se debe ocultar ninguna mención y las facturas no deben tener alteración alguna. Le agradecemos conservar los originales de los documentos justificativos cargados en línea durante 24 meses a partir de la fecha del tratamiento para posibles controles de conformidad.

¿Dónde enviar su solicitud de reembolso?

Mediante e-claiming en nuestro sitio web www.henner.com

Este sistema de reembolso en línea desde su espacio personal en nuestro sitio web le permite:

- realizar sus solicitudes de reembolso siguiendo cuatro pasos simples y rápidos,
- evitar los costes de envío,
- seguir el avance del proceso de su solicitud.

Este servicio se limita a las facturas de un monto inferior o igual a 500 €. Para las facturas superiores, es necesario enviarnos los documentos originales por correo postal a vuestro CST en Madrid.

Por correo Postal:

Alternativamente las solicitudes pueden ser enviadas a la oficina en Madrid cuya dirección se encuentra en la segunda página del presente documento.

¿Sabías que?

Si los elementos siguientes no fueron presentados al momento de su registro, favor adjuntarlos a su primera solicitud de reembolso:

- Su dirección de correo electrónico,
- Sus datos bancarios para la transferencia del pago de prestaciones a su cuenta:
 - Nombre del banco,
 - Dirección completa de la agencia,
 - Nombre del titular de la cuenta,
 - Número de cuenta completo,
 - Divisa de la cuenta,
 - Código IBAN,
 - Código Swift (o BIC),
 - Número de teléfono del titular de la cuenta.

El procesamiento de sus solicitudes de reembolso

El reembolso de sus gastos médicos se realiza siempre en una moneda convertible. Cuando la moneda de su cuenta bancaria y la moneda con la que se pagaron los gastos médicos no son las mismas, Henner aplica el tipo de cambio de la fecha del tratamiento del reembolso.

En el caso de las transferencias internacionales, le recomendamos agrupar sus solicitudes de reembolso.



Caso específico de las solicitudes de acuerdo previo

Antes de iniciar ciertos tratamientos es obligatorio solicitar un acuerdo previo.

¿Por qué una solicitud de acuerdo previo?

En el caso de los tratamientos programados y por lo tanto fuera de los casos de emergencia, el acuerdo previo tiene como objetivo poner en contacto a nuestros consultores médicos con el especialista que prescribe su tratamiento, de ser necesario y sin allanar sus facultados o su responsabilidad, para intercambiar acerca de los siguientes aspectos:

- la coherencia de los diagnósticos y de los planes de tratamiento,
- la adecuación de las intervenciones prescritas en relación con las patologías identificadas,
- la oportunidad de perpetuar los tratamientos realizados completando los programas según corresponda,
- las tarifas presentadas, ya que incluso si son elevadas deben corresponder a las prácticas del país donde efectúa el tratamiento.

Este procedimiento, que nos conduce en algunos casos a solicitarle información adicional, se inicia en su propio interés y constituye un «apoyo» en sus intercambios con los especialistas y establecimientos sanitarios locales. En algunos casos puede resultar en la denegación de cobertura de gastos, cuando los tratamientos y/o cuidados no son conformes con los datos científicos, lo que implica que no podemos financiar su ejecución.

¿Sabías que?

En caso de emergencia médica, los tratamientos realizados no están sujetos al procedimiento de acuerdo previo

¿Cuáles son los gastos sujetos a acuerdo previo?

Gastos sujetos a acuerdo previo	Formulario correspondiente ⁽¹⁾
Hospitalización Maternidad y Recién nacidos Trasplantes	« Solicitud de acuerdo previo Hospitalización »
Tratamientos dentales	« Solicitud de acuerdo previo Tratamientos dentales»
Tratamientos psiquiátricos Las series de tratamientos (quiropáticos, homeopáticos, osteopatía, acupuntura, etc.) cuando el tratamiento es superior a 5 sesiones	«Solicitud de acuerdo previo Tratamientos en serie »

(1) Estos formularios pueden descargarse en formato PDF desde nuestro sitio web www.henner.com.

¿Cómo realizar una solicitud de acuerdo previo? acuerdo previo

El formulario de acuerdo previo firmado por su especialista (o un documento equivalente que contenga la misma información) debe incluir, entre otros, un presupuesto detallado así como el diagnóstico y la naturaleza de los tratamientos prescritos.

El formulario deberá ser enviado por lo menos 15 días antes del inicio del tratamiento previsto y de forma confidencial a:

Departamento Médico de Henner 14 boulevard du Général Leclerc CS 20058

92527 Neuilly-sur-Seine Cedex

Fax: + 33185 64 7415

Correo electrónico: medical@henner.com

Recibido el expediente completo, la respuesta del Departamento Médico de HENNER le será enviada a la dirección email personal que nos haya proporcionado (en defecto de a su dirección postal) en los 5 - 10 días siguientes a la recepción de su demanda de autorización previa.

¿Qué hacer en caso de hospitalización?

Henner se compromete a pagar directamente al hospital las facturas de hospitalización (incluyendo el parto) de los afiliados y sus beneficiarios.

Si la hospitalización es urgente

En caso de emergencia médica, los tratamientos realizados no necesitan someterse al procedimiento de acuerdo previo.

Debe ponerse en contacto con el Departamento Médico de Henner cuanto antes para que Henner pueda enviar un acuerdo de cobertura al hospital. Sus datos de contacto se encuentran en su tarjeta de seguro. Puede contactarles las 24 horas del día. Le agradecemos nos indique:

- el nombre y los datos completos del establecimiento de salud,
- su información de contacto,
- la naturaleza exacta de la intervención médica y su coste estimado en detalle,
- las fechas previstas de admisión y de ingreso del hospital.

Henner enviará el pago directamente al hospital.

Si la hospitalización no es urgente

El formulario «Solicitud de acuerdo previo - hospitalización» deberá enviarse al menos 15 días antes de la fecha prevista de hospitalización, con la siguiente información obligatoria

- el nombre y los datos completos del establecimiento de salud,
- la naturaleza exacta de la intervención médica y su costo estimado en detalle,
- las fechas previstas de admisión y de egreso del hospital.

Una vez obtenido el acuerdo del Departamento Médico de Henner, el acuerdo de cobertura de gastos (carta de garantía) se enviará directamente al establecimiento de salud para su regularización.



Una copia de la cobertura de gastos será enviada a su dirección personal de correo electrónico registrada en nuestra base de datos.

El pago directo

Henner ofrece un servicio de pago directo que podrá utilizar con profesionales de salud en caso de hospitalizaciones programadas y de emergencia:

Henner Direct Settlement

¿Cuáles son los tratamientos cubiertos por el servicio de pago directo?

Hospitalizaciones de emergencia: (Máximo 72 horas - si se excede este límite deberá enviarse una solicitud de prolongación de estancia para completar la cobertura de la hospitalización) pueden beneficiarse del servicio de pago directo.

Hospitalizaciones programadas: Se benefician del pago directo de Henner pero siguen estando sujetas a un acuerdo previo según el procedimiento específico.

¿Cómo beneficiarse del servicio de pago directo?

Este servicio se encuentra disponible en los proveedores de servicios de salud de la red Henner que aceptan el pago directo, con sólo presentar la tarjeta Henner Direct Settlement, que puede imprimir desde nuestro sitio web www.henner.com.

Refiérase al capítulo «Caso específico de las solicitudes de acuerdo previo» de la Guía Práctica «Cua Practica.»

Detalle del procedimiento

Imprima su tarjeta Henner Direct Settlement

- Conéctese a www.henner.com
- Acceda a su espacio personal con su código de usuario y contraseña
- Haga clic en «Descargar mi tarjeta de pago directo»
- Imprima su tarjeta

La tarjeta Henner Direct Settlement es una tarjeta familiar cuya validez es de seis meses renovables. Puede imprimirse en varios ejemplares.

1 Consulte la red Henner para conocer los proveedores de servicios de salud que aceptan el pago directo

- A partir de su espacio personal, seleccione «Mi red de atención médica»
- Puede indicar varios criterios de búsqueda (ciudad, tipo de proveedor, especialidad...)

En el resultado de su búsqueda, además de los datos de contacto del proveedor, encontrará la siguiente información: prestaciones cubiertas por el pago directo, especialidades, lenguas de atención.

2 Presente los siguientes documentos al profesional de la salud

- Su tarjeta de seguro Henner
- Un documento de identidad con foto
- Su tarjeta Henner Direct Settlement válida

El profesional de la salud hará una copia de su tarjeta Henner Direct Settlement o le hará firmar la factura destinada a Henner.

3 Pague al proveedor

- Su copago (si su tasa de cobertura para la atención recibida es inferior a 100 %)
- Los tratamientos no cubiertos por el servicio Henner Direct Settlement

¿Cómo beneficiarse del pago directo de los gastos de hospitalización?

Si la hospitalización es urgente

Dentro de la red médica Henner: si lleva consigo la tarjeta Henner Direct Settlement, preséntela junto con su tarjeta Henner y su documento de identidad con foto.

La tarjeta Henner Direct Settlement cubre las primeras 72 horas de sus hospitalizaciones de emergencia. Si hospitalización excede este límite, el hospital se pondrá en contacto con Henner quien proporcionará una cobertura de gastos complementaria una vez obtenido el acuerdo de su Departamento Médico.

Fuera de la red médica Henner o de no llevar consigo la tarjeta Henner Direct Settlement, siga el procedimiento descrito en la sección «Qué hacer en caso de hospitalización – si la hospitalización es urgente».

Si la hospitalización no es urgente

Basta realizar una solicitud de acuerdo previo tal como se indica en la sección «¿Cómo realizar una solicitud de acuerdo previo?». Una vez autorizada por el Departamento Médico de Henner, la cobertura de gastos (carta de garantía) será enviada directamente al hospital.

¡RECUERDE!

Antes de iniciar ciertos tratamientos es OBLIGATORIO solicitar un acuerdo previo.

Hospitalización en los Estados Unidos o Canadá

Si la hospitalización es urgente:

Si usted es hospitalizado en Estado Unidos o en Canadá, comuníquese al hospital que es un asegurado de Global Excel Management/Aetna y póngase en contacto con ellos en el +1 866 936 1225. El número GLOBAL EXCEL MANAGEMENT se encuentra también en la parte de atrás de su tarjeta de asegurado.

En caso de situaciones de urgencia médica contáctenos siempre por teléfono para poder facilitar un servicio lo más rápido posible.

En caso de urgencia médica (accidente o enfermedad inesperada o sobrevenida), las hospitalizaciones o los tratamientos realizados no se encuentran sujetos al procedimiento de autorización previa.

Si la hospitalización es programada:

Por favor contacte nuestro proveedor GLOBAL EXCEL MANAGEMENT directamente (+1 866 936 1225) y facilite la siguiente información:

- nombre, dirección y datos de contacto (fax, email y número de teléfono) del hospital.
- El motivo de la hospitalización.
- El tipo de tratamiento (una prescripción médica puede ser solicitada por nuestro Departamento Médico).
- La fecha prevista para la hospitalización.
- La duración prevista de la hospitalización.
- El coste estimado.

El número para contactar GLOBAL EXCEL MANAGEMENT se encuentra también en la parte de atrás de su tarjeta de asegurado.

Todas las hospitalizaciones programadas en Estados Unidos o en Canadá son igualmente sometidas a aprobación por parte de nuestro Departamento Médico.

GLOBAL EXCEL MANAGEMENT nos hará llegar la información necesaria una vez que usted se la haya comunicado.

Cómo encontrar profesionales de la salud en Estados Unidos:

En los Estados Unidos los profesionales de la salud solo aceptan el pago directo con empresas nacionales por lo que HENNER tiene concertado acuerdo con el proveedor GLOBAL EXCEL MANAGEMENT.

Si usted se encuentra en Estados Unidos o en Canadá, deberá ponerse en contacto directamente con GLOBAL EXCEL MANAGEMENT tanto para pagos directos en ambulatorio como para hospitalizaciones.



Teléfono gratuito: +1 866 936 1225

E-Mail: service@globalexcel.com

Web: <https://globalexcel.com/es/>



Información adicional

MARKEL INSURANCE SE, Sucursal en España de acuerdo con lo dispuesto en la ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el Asegurador a quien se ha solicitado cobertura, declara:

1. Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de Derecho de Establecimiento con MARKEL Insurance SE, Sucursal en España con domicilio en Paseo de la Castellana 259C, Planta 34 – Torre de Cristal, 28046 Madrid (España), que consta inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros bajo la clave de autorización N° E 0235.
2. El Estado Miembro a cargo de la supervisión de las actividades del Asegurador es Alemania y la Autoridad de Control es BaFin (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht), con domicilio en Graurheindorfer Str. 108l, 53117 Bonn, Alemania.
3. Que la legislación aplicable al presente contrato será la Ley 50/1980 de 8 de octubre, del Contrato de Seguro y la Ley 20/2015 de 14 de julio, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y demás normativa española de desarrollo.
4. Que las disposiciones relativas a las reclamaciones serán las siguientes:

Instancias internas de reclamación

En el supuesto de que tenga alguna queja o reclamación, podrá Ud. dirigirse por escrito, al corredor que intermedió la póliza, en su caso, o al departamento o área implicada de Markel Insurance SE, Sucursal en España.

En caso de no quedar satisfecho, si Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla por escrito a nuestro Servicio de Atención al Cliente:

Servicio de Atención al Cliente

Titular del Servicio: D^a Sandra Santos Matarranz

C/ Serrano, 76 – 6º Derecha 28006 Madrid

Teléfono: 91 556 19 78

Correo electrónico: atencioncliente@markel.com



Instancias externas de reclamación

En caso de que su reclamación o queja no haya sido admitida, o se haya desestimado total o parcialmente su petición, o haya transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación ante el Servicio de Atención al Cliente sin que haya sido resuelta, Ud. podrá acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

En caso de disputa, usted podrá reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

Así mismo, podrá usted someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en el Artículo 31 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y sus normas de desarrollo, sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros.

El Tomador del Seguro se compromete a informar a los Asegurados de sus derechos y obligaciones bajo el presente contrato de seguro.

En virtud de lo establecido en el Artículo 81.1 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, se informa al Tomador que no será de aplicación la normativa española en materia de liquidación de esta entidad, Markel Insurance SE.

Litigios sobre el contrato:

El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española, y dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado de acuerdo con el art. 24 de la Ley de Contrato de Seguro, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo sea en el extranjero.

Domicilio para emplazamientos:

Queda convenido por la presente que cualquier diligencia de emplazamiento, notificación o expediente que deba notificarse al Asegurador con el propósito de iniciar un juicio contra el mismo en relación con esta Póliza se realice a :

MARKEL INSURANCE SE, Sucursal en España

Paseo de la Castellana 259C, Planta 34 Torre de Cristal
28046 Madrid

Subrogación:

Cuando el Asegurador indemnice al Asegurado prestaciones, podrá ejercitar la subrogación en los derechos y acciones de éste frente a terceros responsables. El Asegurado está obligado a colaborar con la compañía en el ejercicio de esta acción. Corresponden al Asegurado resarcimientos superiores a la indemnización.

Madrid

Torre de Cristal, Paseo de la Castellana 259C, Planta 34,
28046 Madrid. Tel: +34 917 88 61 50

Barcelona

Avenida Diagonal, 613. Plta. 4-A, 08028 Barcelona.
Tel: +34 93 445 3430

markel.com.es