

Demande d'accord préalable de prise en charge des frais d'hospitalisation et de soins ambulatoires à l'étranger

Rappel : la garantie est mise en œuvre par HEALTHCASE pour le compte de MGEN, assureur des garanties frais médicaux de votre contrat. Les hospitalisations ne peuvent être prises en charge que dans le cas où elles ont fait l'objet d'un **accord préalable de notre service médical**. Ce document, à compléter par le praticien, doit être adressé par courrier, email à hcserv@healthcaseservices.com

Cet imprimé doit être adressé **10 jours au moins avant la date prévue d'hospitalisation**. Il doit être complété par vous et par le médecin ou l'établissement de soins.

Les documents à joindre à ce document sont les

suivants :

- un rapport médical (du médecin) indiquant :
 - le diagnostic et/ou les symptômes (et date des 1^{ers} symptômes)
 - la nature des soins médicaux et/ou chirurgicaux
 - les résultats d'examens ayant mis en évidence le diagnostic la première fois
 - les circonstances de l'accident le cas échéant
 - le suivi médical (nouvelle intervention, kinésithérapie, pansements, examens de contrôles...)
- le devis détaillé indiquant les frais de séjour à l'hôpital, les frais médicaux
- les coordonnées complètes de l'établissement hospitalier
- les dates de séjour prévisionnelles

Résidents dans les pays du continent américain (Canada, U.S.A, Amérique centrale et du sud) *hors Cuba*.

MÉDECIN CONSEIL HEALTHCASE

✉ hcserv@healthcaseservices.com

☎ + 1 305 893-9433

L'accord du service médical permet de vous faire bénéficier de la **prise en charge directe de vos frais hospitaliers par HEALTHCASE**, qui procédera au règlement direct de l'établissement **dès lors que les hospitalisations et soins sont effectués dans un établissement du réseau MGEN International**.
En l'absence de respect du parcours de soins dans un établissement du réseau, l'avance des frais ne pourra être effectuée et un plafonnement de votre prise en charge pourra être appliqué sur la base des coûts raisonnables et coutumiers localement constatés.

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

To be filled by the Insuree / A completar por el asegurado

Nom et prénom de l'assuré / patient

N° d'adhérent MGEN Date de naissance / /

Les soins sont-ils consécutifs à un accident ? OUI NON Sexe M F

Si oui, joindre un descriptif détaillé des circonstances de l'accident

Adresse e-mail N° téléphone

Les données à caractère personnel recueillies au soutien de ce formulaire sont collectées par MGEN, responsable de traitement, et ont pour finalités la gestion de la prise en charge et du remboursement de vos frais médicaux et l'évaluation de votre dossier. Vos données sont traitées par les personnels habilités du groupe MGEN et de son sous-traitant HEALTHCASE. Leur traitement est fondé, sur l'exécution du contrat qui vous lie à la MGEN. La non-fourniture des données a pour conséquence de ne pas permettre la dispense d'avance des frais médicaux et le remboursement des frais de santé.

Les données collectées sont conservées pendant la durée nécessaire à la réalisation des finalités mentionnées ci-dessus, et conformément aux prescriptions légales et réglementaires.

Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, la rectification ou l'effacement de celles-ci ainsi que le droit de communiquer des directives concernant le sort de vos données après votre décès. Vous disposez encore, pour motif légitime, du droit de solliciter la limitation du traitement, de vous opposer audit traitement et du droit à la portabilité des données.

Vous pouvez exercer vos droits, par un écrit signé, en vous adressant à MGEN - Protection des données - 6 bis avenue Joseph Rollo - 78320 La Verrière ou par formulaire sur le site de MGEN à la page :

<https://www.mgen.fr/mes-donnees/>. Un justificatif d'identité pourra éventuellement vous être demandé.

Le DPO peut également être contacté à l'adresse du siège MGEN.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro SIREN 775 685 399. Sise 3, square Max Hymans 75748 Paris cedex 15.

HEALTHCASE, a Florida limited liability company (EIN 83-1833403), located at 1 SE 3RD avenue, suite 2900, Miami Florida, 33131. USA.

ATTESTATION À COMPLÉTER PAR LE PRATICIEN OU LA SAGE FEMME

To be filled by the practitioner or by the midwife / A completar por el medico o la partera

Lieu d'hospitalisation prévu (pays, nom de l'établissement hospitalier, adresse, téléphone, email)

Place of scheduled hospitalization (country, name of hospital, address, phone number, email)

Lugar de hospitalización programada (país, nombre del servicio hospitalario, dirección, teléfono, correo electrónico)

Médecin (nom, adresse, téléphone)

Practitioner (name, address, phone number)

Médico (nombre, dirección, teléfono)

Motif de l'hospitalisation / signes cliniques présentés / diagnostic médical précis

Hospitalization reasons / clinical signs / detailed medical diagnosis

El motivo de la hospitalización / signos clínicos presentados / diagnóstico médico preciso

Date du 1^{er} diagnostic / 1^{ers} symptômes / /

Date of the 1st diagnosis / 1st symptoms

La fecha del 1^{er} diagnóstico / 1^{ro} síntomas

Nature de l'intervention et programme de traitement (code CCAM si réalisé en France)

Nature of the intervention and planned medical treatment (code CCAM if administered in France)

El tipo de intervención y su tratamiento preconizado (código CCAM si realizado en Francia)

Nature des examens complémentaires prévus à envisager Nature

of the additional medical exams and tests to be considered Los

tipos de exámenes complementarios a considerar

Durée du séjour / during of stay / duración de la estancia

Date d'entrée / date of admission / fecha de admisión

..... / /

Pour un séjour de (nbr de jours)

For a stay of (n° of days)

Estancia (n° de días)

S'agit-il d'une prolongation de séjour ?

Is this an extension of stay?

¿Es esto una extensión de la estancia?

Oui / Yes / Sí

Non / No / No

Date / date / fecha

..... / /

Signature du praticien

Signature of the practitioner

Firma del médico

Signature du patient

Signature of the patient

Firma del paciente