

# Déclaration de grossesse à l'étranger

Rappel : la garantie est mise en œuvre par MGEN International pour le compte de MGEN, assureur des garanties frais médicaux de votre contrat.

Afin d'obtenir la **prise en charge du suivi de votre grossesse et de votre accouchement, merci de bien vouloir adresser ce formulaire complété par vous et par le médecin ou la sage-femme, dès la connaissance de votre grossesse et au plus tard avant la fin du 3e mois de grossesse.**

Ce document, à compléter par le praticien, doit être adressé par e-mail à [contact@mgeninternational.com](mailto:contact@mgeninternational.com)

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

## MÉDECIN CONSEIL MGEN INTERNATIONAL

✉ [contact@mgeninternational.com](mailto:contact@mgeninternational.com)

☎ **+ 33 1 89 37 02 00**

La déclaration de grossesse permet de vous faire bénéficier d'une **prise en charge directe de vos frais médicaux liés à l'accouchement par MGEN INTERNATIONAL**, qui procédera au règlement direct de l'établissement **dès lors que celui-ci est réalisé 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'ASSURÉE

*To be filled by the Insuree / A completar por la asegurada*

Nom et prénom de l'adhérente .....

N° d'adhérente MGEN ..... Date de naissance ..... / ..... / .....

Adresse e-mail ..... N° téléphone .....

# 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

## Praticien ou sage-femme / practitioner or midwife / médico o partera

Nom / name / nombre .....

Adresse / address / dirección .....

Téléphone / phone number / teléfono .....

Fax / mail / correo electronico .....

Je certifie avoir examiné ..... (nom de la patiente)  
le ..... / ..... / ..... (date) et confirme la grossesse.

I certify that I examined ..... (name of patient)  
on ..... / ..... / ..... (date) and confirm the pregnancy.

Certifico que examiné ..... (nombre del paciente)  
el ..... / ..... / ..... (fecha) y confirmar el embarazo.

Date présumée de l'accouchement / estimated date of delivery / fecha estimada del parto ..... / ..... / .....

Durée du séjour / Length of stay / Duracion de la estancia :

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

place of scheduled delivery if known (country, name of hospital, address, telephone, email)

lugar de nacimiento programado si se conoce (país, nombre del servicio hospitalario, dirección, teléfono, correo electronico)

Date / date / fecha

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

Signature du praticien

Signature of the practitioner

Firma del médico

Signature du patient

Signature of the patient

Firma del paciente

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 MGEN INTERNATIONAL. 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. MGEN

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