



AUTORISATION DE PAIEMENT À UN TIERS

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

Je soussigné(e)

Domicilié(e) :

N° de Sécurité Sociale :

*Déclare, par la présente,
[Cocher la case, ci-après]*

si votre organisme d'assurance maladie est MGEN

autoriser MGEN dont le siège est situé au 3 Square Max Hymans, 75748 Paris cedex 15, agissant en tant que gestionnaire de votre Assurance maladie

s'il s'agit d'un autre organisme d'assurance maladie

autoriser mon organisme d'assurance maladie

Nom de l'organisme :

Adresse de l'organisme :

à régler les prestations d'assurance maladie qui me sont dues au titre d'une hospitalisation, de soins ambulatoires ou de ville à Healthcase Services dont le siège est situé à 1 SE 3rd avenue – suite 2900, à Miami, Floride, 33131, Etats Unis d'Amérique, mandaté par MGEN pour la gestion et l'avance des frais médicaux à l'international au titre de mon contrat complémentaire.

Je prends bonne note que cette autorisation de paiement au profit d'un tiers

- revêt un caractère exceptionnel dans la mesure où la réglementation prévoit le paiement direct des prestations sur le compte de l'assuré.
- est valable uniquement :
 - o Pendant la durée de mon séjour à l'étranger
 - o Dans un établissement conventionné du réseau MGEN.
 - o Pour mon compte et celui de mes éventuels ayants droit

Dans ces conditions, sa validité est strictement limitée à six mois renouvelables par tacite reconduction.

À l'échéance, il m'appartiendra, si ma situation n'a pas évolué, de renouveler mon autorisation, dans les mêmes conditions.

En l'absence de retour de cette autorisation, MGEN pourrait être amené à réclamer le remboursement des montants de prestations d'assurance maladie qui m'auraient été versées par mon organisme d'assurance maladie, quel qu'il soit et avancées par MGEN pour mon compte, au titre de mon contrat complémentaire, dans le cadre de mon séjour à l'étranger.

Conformément aux directives RGPD, j'ai été informé(e) que les données nécessaires à la mise en œuvre de cette autorisation seront traitées par MGEN, au titre de mon contrat complémentaire, et par son mandataire Healthcase Services, dans le cadre de leur mission de gestion des frais médicaux.

Fait à, le

Signature de l'assuré (précédée de la mention "**Bon pour pouvoir**") :