

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 mail à contact@mgeninternational.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

MGEN INTERNATIONAL

✉ contact@mgeninternational.com

☎ +33 (0)189370200*

*Prix d'un appel vers la France Métropolitaine.

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 pas être effectuée et une franchise pourra être appliquée sur la base des coûts raisonnables et coutumiers localement constatés.

À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

To be filled by the Insured / 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

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^o 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*

..... / /
jours)

Pour un séjour de (nbr de

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