



Centre de Sécurité sociale MGEN
 MUTUELLE GÉNÉRALE
 de L'ÉDUCATION NATIONALE
 43, rue de l'Aqueduc
 24013 PERIGUEUX CEDEX



**Demande
 d'affiliation**
 au centre de **MGEN**
 Sécurité sociale

Vous êtes fonctionnaire (stagiaire, titulaire), contractuel-le, pensionné-e de vieillesse ou d'invalidité.

Complétez cette demande d'affiliation.

Votre centre de Sécurité sociale MGEN vous verse les prestations de votre régime d'assurance maladie obligatoire.

Les centres MGEN vous accompagnent dans cette démarche.

N'hésitez pas à nous contacter^(*) pour prendre un RDV.

À RETOURNER COMPLÉTÉE ET ACCOMPAGNÉE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES (VOIR AU VERSO) À LA SECTION MGEN**

- du département de votre lieu de travail si vous êtes fonctionnaire (titulaire ou stagiaire)
- de votre département de résidence pour les autres situations

SITUATION PERSONNELLE

Nom de famille

(Nom de naissance)

Nom d'usage

(Facultatif et s'il y a lieu)

Prénom

N° de Sécurité sociale

Nationalité ⁽²⁾ Française EEE/Suisse ⁽³⁾ Autre

Sexe ⁽²⁾ M F

Situation de famille ^{(1) (2)}

célibataire marié-e séparé-e divorcé-e
 veuf-ve pacsé-e concubin-e depuis le :

Date de naissance

Lieu de naissance

Adresse actuelle N° Voie

Code postal

Commune

Téléphone fixe*

Téléphone portable*

J'autorise MGEN à me transmettre des informations dans le cadre de la gestion du régime obligatoire de Sécurité sociale par SMS ⁽²⁾ Oui Non

Courriel*

J'autorise MGEN à me transmettre des informations dans le cadre de la gestion du régime obligatoire de Sécurité sociale par courriel ⁽²⁾ Oui Non

Êtes-vous bénéficiaire de la CMU complémentaire* ^{(1) (2)} : oui non Si oui, auprès de quel organisme ?

Êtes-vous bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)* ^{(1) (2)} : oui non

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE ^{(1) (2)}

Situation actuelle ⁽²⁾

actif-ve retraité-e pensionné-e d'invalidité titulaire d'une rente « Accident du travail » retraité-e + activité

Si vous êtes actif-ve

Ministère/Employeur

Profession

Nom/adresse Etablissement d'exercice

Situation ⁽²⁾

fonctionnaire titulaire fonctionnaire stagiaire

vacataire contractuel-le

salarié-e autre (à préciser)

Date d'entrée dans le régime des fonctionnaires /

à défaut date d'entrée en fonction

Exercez-vous simultanément une ou plusieurs autres activités professionnelles ? oui non

Si oui : - précisez : Activité salariée Profession indépendante Exploitant-e agricole Autre

- En remplissant cette demande de rattachement, vous optez pour la prise en charge de vos frais de santé par MGEN.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR À COMPLÉTER PAR LE DEMANDEUR

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de MGEN tout changement dans la situation exposée ci-dessus.

Fait à

le

Signature

*Données facultatives

(1) Pièces à fournir : voir liste au verso de ce formulaire. (2) Cocher la case correspondante. (3) Liste des pays de l'Espace économique européen (EEE), voir la note 2 au verso de ce formulaire.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (article 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but de faire obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du code de la Sécurité sociale.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 et au décret n° 2015-390 du 3 avril 2015, la Mutuelle met en oeuvre un traitement de données à caractère personnel concernant ses assurés dans le cadre de ses missions de gestion du régime obligatoire de sécurité sociale. Les informations demandées, à l'exception de celles signalées par un astérisque, sont obligatoires pour le traitement de votre dossier qui à défaut ne peut être effectué. Elles sont destinées à l'usage interne de votre organisme gestionnaire de sécurité sociale et de ses sous-traitants ou prestataires techniques pour la gestion administrative de votre dossier et le traitement de vos droits au titre de l'assurance maladie obligatoire ainsi qu'à l'information sur la protection sociale ; Vous bénéficiez, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification qui peuvent être exercés, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de MGEN - Centre de gestion de La Verrière - Gestion CNIL - CS 10601 La Verrière - 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.

** Toutes nos coordonnées sur mgen.fr

d'affiliation

Demande
au centre de
Sécurité sociale
MGEN



PIÈCES À JOINDRE

Dans tous les cas :

- Une copie lisible et en cours de validité d'une pièce d'identité⁽³⁾ carte d'identité (recto/verso), passeport, titre de séjour (carte de séjour, carte de séjour temporaire, carte de résident...)
- Un relevé d'identité bancaire précisant le code IBAN (identifiant international de compte)
- Une copie de l'une des pièces justifiant votre statut (actif, retraité...) :

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE L'UNE DES PIÈCES CI-DESSOUS

	VOTRE STATUT
<input type="checkbox"/> Votre arrêté de stage (de nomination ou d'affectation) OU <input type="checkbox"/> Votre procès-verbal d'installation <i>A défaut</i> , votre notification de réussite au concours ou votre convocation de pré-rentree + une attestation (sur l'honneur ou de votre employeur) mentionnant votre date d'entrée en fonction et votre lieu d'exercice ⁽¹⁾	Fonctionnaire stagiaire
<input type="checkbox"/> Votre arrêté de nomination OU <input type="checkbox"/> Toute pièce justifiant de votre entrée en fonction et titularisation : par exemple attestation de l'employeur précisant la fonction, la date de titularisation et le département d'exercice ou un de vos bulletins de salaire depuis votre titularisation (n'oubliez pas de préciser votre date de titularisation sur le formulaire)	Fonctionnaire titulaire
<input type="checkbox"/> Votre contrat de travail correspondant à cette activité OU <input type="checkbox"/> Un bulletin de salaire + une attestation employeur précisant la durée du contrat (date de début et le cas échéant date de fin) et le temps de travail (travail à temps complet ou temps incomplet)	Agent contractuel
<input type="checkbox"/> Votre titre de pension de vieillesse ou d'invalidité	Pensionné-e de vieillesse ou d'invalidité
<input type="checkbox"/> Votre titre de rente « Accident du travail »	Bénéficiaire d'une rente « Accident du travail »

Selon votre situation :

- Une copie lisible du livret de famille (pages correspondant à l'extrait d'acte de mariage) ou une copie de l'attestation d'enregistrement du Pacs ou une déclaration sur l'honneur attestant de votre situation de concubinage
- Une copie de votre attestation CMU complémentaire si vous en bénéficiez
- Une copie de votre attestation de tiers payant social si le droit à l'ACS a été accordé
- Une photocopie de notification de votre éventuelle exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100% par le régime obligatoire d'assurance maladie)
- Si vous êtes de nationalité étrangère, hors EEE⁽²⁾/Suisse : copie du titre de séjour, copie d'une pièce d'identité et copie de la pièce d'état civil portant la filiation⁽³⁾

Vous avez des enfants mineurs à charge ?

Vous pouvez les rattacher en tant qu'ayants droit à votre dossier en complétant également le formulaire :

- Demande de rattachement des enfants à l'un ou aux deux parents assurés – Formulaire S 3705**

Bon à savoir S'ils résident en France de manière stable et régulière et sous réserve de respecter certaines conditions réglementaires, vos enfants entre 16 et 20 ans et votre conjoint, concubin ou partenaire Pacs inactifs peuvent demander à être gérés en tant qu'assurés par votre centre de Sécurité sociale MGEN. Invitez-les à contacter MGEN pour connaître les démarches à effectuer.

(1) Si vous ne possédez que votre attestation de réussite au concours ou votre convocation de pré-rentree : afin de ne pas retarder le traitement de votre dossier, transmettez nous cette pièce accompagnée de l'attestation demandée. Vous nous joindrez ultérieurement une copie de votre arrêté de stage ou de votre procès verbal d'installation.
(2) **Liste des pays de l'Espace économique européen (EEE)** : Allemagne, Autriche, Belgique, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Suède.
(3) **A noter** : Les pièces d'état civil en langue étrangère doivent s'accompagner d'une traduction faite par un traducteur assermenté figurant sur la liste des experts judiciaires établie par les tribunaux de grande instance, les cours d'appel et la Cour de cassation français ou par le consulat ou l'ambassade de France dans le pays étranger où l'acte a été dressé ou par le consulat ou l'ambassade en France du pays où l'acte a été dressé ou par le CLEISS et bénéficiaire de la légalisation et/ou de l'apostille, le cas échéant. Pour l'Alsace Moselle, la traduction peut être effectuée par les interprètes et traducteurs jurés prévus par la loi locale du 1^{er} juin 1978.

IMPORTANT { inscrire les nom, prénom et adresse en majuscules
 inscrire les chiffres lisiblement (un chiffre par case)

identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire

l'assuré(e)

nom
 (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

prénom

n° d'immatriculation

le bénéficiaire

nom
 (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))

prénom

date de naissance

adresse de l'assuré(e)

identification de la structure d'exercice et du médecin traitant

raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)	nom et prénom du médecin traitant	
	nom	
	prénom	
n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)	identifiant	

(*) centre de santé, établissement ou service médico-social

déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant

le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

bénéficiaire (et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de + 16 ans)	médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme, Mlle	Je soussigné(e), Docteur
déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant	déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
signature(s)	signature

déclaration signée le

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

S 3704a

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

Quelques conseils pour remplir votre "Déclaration de choix du Médecin Traitant"

Le médecin traitant déclaré c'est le médecin qui vous connaît le mieux et auquel vous vous adressez en priorité en cas de problème de santé. Son rôle est essentiel aussi pour vous aider à vous orienter vers d'autres professionnels en cas de nécessité.

Pour permettre la bonne coordination de vos soins il est prévu, dans la loi réformant l'assurance maladie¹, que chaque assuré ou bénéficiaire de 16 ans et plus indique à sa caisse d'assurance maladie le nom du médecin qu'il souhaite choisir et déclarer comme médecin traitant. Ce choix doit être fait en accord avec ce médecin.

Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par cette démarche. Vous n'avez donc pas de formulaire à remplir pour eux.

Le médecin traitant que vous allez choisir peut être un médecin généraliste ou, éventuellement, un spécialiste en ville. Il peut aussi exercer à l'hôpital ou dans un centre de santé.

En cas de changement de médecin traitant, il vous suffira de faire une nouvelle "Déclaration de choix du Médecin Traitant".

Comment faire connaître votre choix à votre caisse d'assurance maladie ?

A l'occasion d'une consultation, remplissez avec le médecin de votre choix ce formulaire.

Dans la rubrique "*identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire*" :

- si vous êtes l'assuré(e), écrivez, dans la zone "*l'assuré(e)*", vos nom, prénom et numéro d'immatriculation et dans la zone "*le bénéficiaire*", votre date de naissance,
- si vous n'êtes pas l'assuré(e) - conjoint, enfant âgé de 16 ans ou plus ou autre personne à charge - écrivez, dans la zone "*l'assuré(e)*" , les nom, prénom et numéro d'immatriculation de la personne à laquelle vous êtes rattaché(e) et inscrivez, dans la zone "*le bénéficiaire*", vos nom, prénom et date de naissance,
- indiquez l'adresse de l'assuré(e) dans la zone prévue à cet effet.

Dans la rubrique "*identification du médecin traitant*", **le médecin** appose son cachet ou écrit lisiblement ses nom, prénom et adresse et **indique son numéro d'identification professionnel** dans la grille prévue à cet effet.

Ensuite, vous complétez ensemble la rubrique "*déclaration conjointe*" en écrivant votre nom et celui du médecin choisi.

N'oubliez pas de **signer tous les deux** cette déclaration. Dans le cas où le bénéficiaire est mineur (16 à 18 ans), il est nécessaire que l'un des deux parents signe également cette déclaration.

Votre déclaration de choix du médecin traitant est terminée.

Après avoir vérifié que toutes les rubriques sont bien remplies, il ne vous reste plus qu'à l'adresser par courrier à votre caisse d'assurance maladie.

(1) Loi n°2004-810 du 13 août 2004

"Art L.162-5-3 – Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans et plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier..."