



Guide

Sécurité sociale



Comment choisir
mon médecin
traitant ?

Que dois-je faire
en cas d'arrêt
de travail ?

À quoi sert
la carte Vitale ?

Comment déclarer
ma grossesse ?

Je pars
à l'étranger.
Que dois-je faire ?

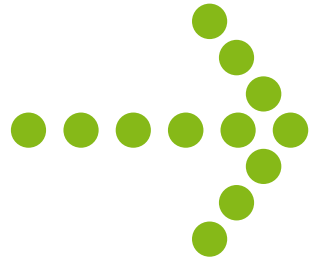
*"Ma Sécurité sociale
me conseille et répond
à mes questions !"*



La Sécurité sociale avec la MGEN

CRÉÉE EN 1946, SOIT TOUT JUSTE UN AN APRÈS LA SÉCURITÉ SOCIALE, LA MGEN S'EST VUE CONFIER LA GESTION DU RÉGIME OBLIGATOIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DES FONCTIONNAIRES DE L'ÉDUCATION NATIONALE, L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, LA JEUNESSE ET LES SPORTS, LA RECHERCHE, L'ENVIRONNEMENT OU LA CULTURE. ELLE EST UN CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE (CENTRE 506).

AUJOURD'HUI, LA MGEN GÈRE LA SÉCURITÉ SOCIALE DE PLUS DE 2,8 MILLIONS DE FRANÇAIS.



PAGE 4 MON ASSURANCE MALADIE

- Comment m'affilier ?
- Comment dois-je m'y prendre pour être remboursé(e) ?
- Ma situation personnelle ou familiale évolue. Que dois-je faire ?
- Je pars à l'étranger. Que dois-je faire ?
- Ma situation professionnelle change. Que dois-je faire ?

PAGE 11 MA CARTE VITALE

- À quoi sert la carte Vitale ?
- Quelles informations comporte-t-elle ?
- Quelles démarches dois-je effectuer en cas de changement de situation ?
- La carte Vitale 2 : les nouveautés.

PAGE 8 LES MESURES DE LA RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE

- Pourquoi un "parcours de soins coordonnés" ?
- Comment choisir mon médecin traitant ?
- Quand dois-je payer les franchises ?
- Quand dois-je payer la participation forfaitaire de 1 € et celle de 18 € ?
- Comment utiliser le parcours de soins ?

PAGE 12 BIEN VIVRE MA MATERNITÉ

- La déclaration de grossesse.
- La prise en charge par la Sécurité sociale.
- Les congés de maternité et adoption.
- Le congé de paternité.

PAGE 14 LES ARRÊTS DE TRAVAIL

- Que dois-je faire en cas d'arrêt de travail ?
- Qu'en est-il de ma rémunération ?
- Que dois-je faire en cas d'accident du travail ?

MON ASSURANCE MALADIE



Pour percevoir les prestations de l'assurance maladie : maladies, maladies professionnelles, accidents du travail, maternité, invalidité, décès, les assurés sociaux doivent obligatoirement être inscrits à une Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Cette procédure s'appelle l'affiliation.

QU'EST-CE QUE L'AFFILIATION ?

Je suis membre de l'Éducation nationale, l'Enseignement supérieur, la Jeunesse et les Sports, la Recherche, l'environnement ou la Culture :

Qui gère ma protection sociale ?

Si je suis fonctionnaire (titulaire, stagiaire) : ma protection sociale est gérée par le centre de Sécurité sociale 506 : la MGEN.

Si je fais partie du personnel non titulaire (auxiliaire, vacataire, contractuel(le)) : ma protection sociale peut être gérée par la MGEN ou par la CPAM. Je contacte mon centre de Sécurité sociale MGEN pour en savoir plus.

Où dois-je m'affilier ?

Je suis fonctionnaire : mon centre de Sécurité sociale MGEN est celui du département de mon lieu de travail.

Je suis non titulaire : mon centre de Sécurité sociale MGEN ou CPAM selon ma situation, est celui le plus proche de mon domicile.

Qui peut bénéficier de l'extension de cette affiliation ?

Les personnes, ci-dessous, qui sont sans activité ou qui exercent une activité insuffisante, et sont à votre charge effective, totale et permanente, bénéficient, sous conditions, de vos droits :

• Le conjoint, le partenaire lié par un PACS ou le concubin.

S'il n'a pas lui-même des droits personnels au titre par exemple de son activité professionnelle.

• Les enfants.

Les enfants dont la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie, ou qu'ils soient pupilles de la Nation ou recueillis, et qui sont à la charge de l'assuré social (ou de son conjoint, concubin ou partenaire PACS) sont considérés comme ayants droit jusqu'à : 16 ans ; ou jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études, ou s'ils sont dans l'impossibilité de travailler par suite d'infirmité ou de maladie chronique ; ou jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils ont 21 ans s'ils ont interrompu leurs études pour cause de maladie. Les enfants étudiants, âgés de 16 à 20 ans sont automatiquement des ayants droit autonomes. Ils bénéficient du remboursement de leurs soins à titre personnel, par virement de leur mutuelle étudiante choisie lors de l'inscription universitaire, sur leur propre compte bancaire ou postal. S'ils n'ont pas 20 ans dans leur année universitaire, ils ne doivent pas s'acquitter de leur cotisation à la Sécurité sociale étudiante lors de leur inscription.

• Les ascendants, descendants, alliés et collatéraux jusqu'au 3^{ème} degré.

Ce sont les frères, sœurs, beaux frères, belles sœurs, neveux et nièces de même que les époux des neveux et nièces à condition qu'ils vivent sous le toit de l'assuré social et qu'ils se consacrent aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins 2 enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré social.

• Le cohabitant à charge.

La qualité d'ayant droit peut être reconnue à toute personne vivant chez l'assuré social depuis au moins 12 mois, et qui est à sa charge totale, effective et permanente. Une seule personne peut être ayant droit d'un assuré social à ce titre.

COMMENT M'AFFILIER ?

Certaines formalités sont indispensables et nécessaires :

1 - Je demande à mon centre de Sécurité sociale le dossier adapté à ma situation (premier poste, nouvelle affectation, mutation, changement de catégorie...).

2 - Je le remplis et j'y joins les pièces suivantes* :

- une copie de ma carte d'identité (livret de famille si vous êtes marié(e)).
- mon relevé d'identité bancaire (RIB) ou postale (RIP) pour mes remboursements.
- une copie de mon arrêté de nomination ou de mon contrat de travail.
- une copie de mon dernier bulletin de salaire.

3 - J'adresse mon dossier à mon centre de Sécurité sociale de rattachement.

* Selon votre situation, d'autres pièces justificatives peuvent être demandées.

COMMENT DOIS-JE M'Y PRENDRE POUR ÊTRE REMBOURSÉ(E) ?

• Ma carte Vitale :

je la présente systématiquement. Elle simplifie mes démarches et me permet d'obtenir un remboursement rapide grâce à la feuille de soins électronique (voir page 11 pour plus de précisions).

• Mes feuilles de soins :

pour éviter des retards, j'inscris mon numéro de Sécurité sociale, le bénéficiaire des soins (s'il s'agit d'un ayant droit), le cas échéant, je coche la case accident (même en l'absence de tiers responsable) en indiquant la date, je signe ma feuille, j'y joins l'ordonnance et j'envoie le tout à mon centre de Sécurité sociale (à l'adresse correctement libellée, sous pli suffisamment affranchi).

Est-ce que je peux stocker mes feuilles de soins ?

Il faut les expédier au fur et à mesure. Attention, au-delà de deux ans, je ne suis plus remboursé(e).

• Mes remboursements :

j'ai le choix entre recevoir le décompte papier (reçu par la Poste) édité une fois par mois ou bénéficier du service en ligne gratuit. Ce second moyen me permet d'obtenir le relevé de mes remboursements en temps réel. Il me suffit de m'abonner gratuitement sur www.mgen.fr dans la rubrique Assuré social (les N° de Sécurité sociale et code personnel, à demander sur le site, sont nécessaires).

Dois-je toujours faire l'avance des frais ?

Dans de nombreux cas, je peux en être dispensé : à la pharmacie, au laboratoire d'analyses médicales, à l'hôpital, dans les centres mutualistes... en présentant ma carte Vitale et ma carte de complémentaire santé. Pour obtenir davantage d'informations sur le tiers payant, je m'adresse à mon centre de Sécurité sociale.



Faites des économies avec les médicaments génériques !

Même qualité et efficacité que les autres médicaments, mêmes remboursements par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé... mais nettement moins chers. N'hésitez pas, ayez le réflexe "génériques" et parlez-en à votre médecin et à votre pharmacien.



MA SITUATION PERSONNELLE OU FAMILIALE ÉVOLUE. QUE DOIS-JE FAIRE ?

• Je change d'adresse :

j'avise immédiatement par écrit ou par téléphone mon centre de Sécurité sociale, en indiquant ma nouvelle adresse postale. Si ma protection sociale est gérée par la MGEN, je fais mon changement en ligne sur le site www.mgen.fr, rubrique Assuré social, muni(e) de mon numéro de Sécurité sociale et de mon code personnel.



• Je change de domiciliation bancaire ou postale :

j'en informe par écrit mon centre de Sécurité sociale en joignant un RIB ou RIP.

• Je change d'état civil :

je communique, par courrier, l'information à mon centre de Sécurité sociale, en joignant un justificatif (mariage, PACS, séparation, divorce...).

• La situation de mes ayants droit change :

- celle de mon (ma) conjoint(e) :

quelle que soit la nature de ce changement (embauche, chômage, retraite, décès...), j'en avise mon centre de Sécurité sociale par courrier.

- celle de mes enfants :

j'informe par écrit mon centre de Sécurité sociale des changements de toute nature les concernant (naissance, adoption, fin des études, apprentissage, entrée dans la vie active, mariage...).

JE PARS À L'ÉTRANGER. QUE DOIS-JE FAIRE ?

• Dans un pays de l'Espace Economique Européen (EEE) ou en Suisse :

au plus tard deux semaines avant mon départ, je me procure la carte européenne d'assurance maladie auprès de mon centre de Sécurité sociale.

Est-ce que mes enfants figurent sur ma carte ?

Non, je demande une carte pour chacun de mes enfants. La carte européenne d'assurance maladie est individuelle et nominative, y compris pour les enfants de moins de 16 ans.

A quoi sert cette carte ?

Elle atteste de mes droits et me permet de bénéficier de la prise en charge des soins (médicalement justifiés) qui m'ont été dispensés pendant mon séjour en Europe. Je peux l'utiliser en cas de séjours temporaires : week-end, vacances, études, stage, détachement professionnel. Ce n'est pas une carte de paiement.

• Dans un pays hors Europe :

je règle les frais médicaux sur place et je pense à conserver les factures et justificatifs de paiement pour les envoyer, à mon centre de Sécurité sociale dès mon retour.



MA SITUATION PROFESSIONNELLE CHANGE. QUE DOIS-JE FAIRE ?

	JE SUIS FONCTIONNAIRE	JE NE SUIS PAS FONCTIONNAIRE
Je suis muté(e)	Je prends contact avec le centre de Sécurité sociale du département de mon nouveau lieu de travail pour mettre à jour mon dossier Sécurité sociale.	Je prends contact avec le centre de Sécurité sociale du département de mon nouveau lieu de résidence pour mettre à jour mon dossier Sécurité sociale.
Je suis titularisé(e)	J'envoie une copie de mon arrêté de titularisation à mon centre de Sécurité sociale pour mettre à jour mon dossier.	J'envoie une copie de mon Contrat à Durée Indéterminée.
Je suis retraité(e)	J'adresse une copie recto verso du certificat de pension à mon centre de Sécurité sociale de mon département de résidence. Ce document permet de mettre à jour mon dossier.	
Je suis en congé maladie	Je n'envoie pas l'avis de l'arrêt de travail à mon centre de Sécurité sociale MGEN mais j'adresse les volets 2 et 3 à mon employeur (par la voie hiérarchique). Le volet 1 comportant des informations à caractère médical est à conserver en cas de contrôle.	J'adresse le volet 3 de l'arrêt de travail à mon employeur et les volets 1 et 2, sous 2 jours, à mon centre de Sécurité sociale, dans l'enveloppe M. le Médecin-Conseil remise par le médecin prescripteur ou dans une enveloppe libre à l'attention de M. le Médecin-Conseil.
Je suis en arrêt de travail pour un autre motif : maternité, congé parental, paternité...	Je prends contact avec mon centre de Sécurité sociale pour étudier ma situation personnelle.	
Je suis victime d'un accident de travail (voir p.14 pour plus de précisions)	C'est mon employeur qui gère le dossier. Je n'expédie aucun document à mon centre de Sécurité sociale.	
	J'adresse les feuilles de soins à mon employeur (rectorat, inspection académique...).	J'adresse les feuilles de soins à mon centre de Sécurité sociale si je travaille à temps partiel ou avec un CDD inférieur à un an. Si je suis en CDD depuis plus d'un an, je les adresse à mon employeur.
Mon contrat de travail se termine	Je suis fonctionnaire et licencié(e) (ou radié(e) des cadres) : je reste géré(e) en Sécurité sociale par mon centre de Sécurité sociale si je touche une indemnisation chômage de l'administration. Sinon, j'avise mon centre de Sécurité sociale de la cessation de mon contrat de travail, afin de connaître, en fonction de ma nouvelle situation, le centre de Sécurité sociale habilité à gérer mon dossier.	Je ne suis pas fonctionnaire : j'avise mon centre de Sécurité sociale de la cessation de mon contrat de travail, afin de connaître, en fonction de ma nouvelle situation, le centre de Sécurité sociale habilité à gérer mon dossier.



Dans tous les autres cas, je prends contact avec mon centre de Sécurité sociale. Je trouve les coordonnées des centres de Sécurité sociale MGEN sur le site Internet :

www.mgen.fr

rubrique *Offre MGEN - Rechercher une section.*



LES MESURES DE LA RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE

POURQUOI UN "PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS" ?

Un suivi médical coordonné par un médecin qui me connaît bien me permet d'être mieux soigné et de recevoir les soins les mieux adaptés à mon état. Cette coordination permet d'éviter d'une part les accidents de santé liés à la prise de médicaments incompatibles entre eux, et d'autre part les consultations inutiles et les examens superflus, coûteux pour chacun et pour l'assurance maladie.

COMMENT CHOISIR MON MÉDECIN TRAITANT ?

Depuis le 1^{er} juillet 2005, chaque patient de plus de 16 ans doit choisir un médecin traitant (ou lors de la première consultation suivant cette date). J'ai choisi mon médecin traitant : c'est lui qui coordonne les soins qui me sont dispensés.

Quel médecin ?

Je peux choisir un médecin généraliste ou spécialiste exerçant en cabinet, à l'hôpital ou dans un centre de santé. Les patients mineurs entre 16 et 18 ans peuvent choisir un médecin traitant différent de celui de leurs parents, mais avec l'accord de l'un de ces derniers. Après accord du médecin, il me faut compléter et renvoyer à mon centre de Sécurité sociale le formulaire de désignation disponible sur le site Internet www.mgen.fr (Rubrique Assuré social / Formulaires).

Si je souhaite changer de médecin traitant ?

Je peux changer de médecin traitant quand je le souhaite en envoyant un nouveau formulaire de désignation. Je le demande et le renvoie, rempli et co-signé par mon nouveau médecin traitant et moi-même, à mon centre de Sécurité sociale.

QUAND DOIS-JE PAYER LA PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 € ?

Depuis le 1^{er} janvier 2005, une participation forfaitaire de 1 € est déduite du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin ou examen radiologique ou analyse de biologie médicale. Cette participation forfaitaire de 1 € ne concerne pas les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes de plus de 6 mois, et les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'Aide Médicale de l'État, et les ressortissants de la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte.

Cette participation forfaitaire est limitée à 50 € par an et par personne.

Ainsi, 130 000 hospitalisations par an sont dues à des accidents médicamenteux. Dans le cas le plus fréquent, le patient a pris des médicaments contre-indiqués entre eux, prescrits par différents médecins.

En respectant le parcours de soins coordonnés et en m'adressant à mon médecin, je bénéficie du maximum de remboursements prévus par l'Assurance Maladie.

Le rôle du médecin traitant ?

Une fois désigné, le médecin traitant devient le "passage obligé". Il a pour rôle d'assurer le premier niveau de soins et d'orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés. Il décide des examens ou analyses complémentaires à effectuer, mais peut vous orienter vers un autre praticien si nécessaire.

Quelles exceptions ?

- Certains spécialistes concernés par le parcours de soins (gynécologues, ophtalmologues, psychiatres, neuropsychiatres et stomatologistes) peuvent être consultés en direct pour certains actes. Les chirurgiens dentistes, qui ne sont pas concernés par le parcours de soins, peuvent donc également être consultés en direct.

- En cas d'urgence ou d'éloignement (vacances, déplacement professionnel), vous pouvez consulter un autre médecin. Dans ce cadre, les consultations sont remboursées sans pénalité.

Comment puis-je m'y retrouver ?

Je demande à mon centre de Sécurité sociale de m'adresser le guide du parcours de soins, ou je le consulte sur le site www.mgen.fr.

Si je bénéficie du tiers payant (c'est-à-dire de la dispense d'avance de frais pour la partie de mes dépenses remboursées par l'assurance maladie), le montant de la participation de 1 € pour une consultation chez le médecin, un examen radiologique ou une analyse médicale sera déduit lors d'un remboursement ultérieur. Il y aura donc un décalage entre l'acte médical et le moment où apparaîtra la déduction de la participation forfaitaire sur mon relevé de prestations de Sécurité sociale.



QUAND DOIS-JE PAYER LA PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 18 € ?

Une participation forfaitaire de 18 €, à votre charge, s'applique, sauf cas particuliers, sur les actes d'un montant supérieur ou égal à 91 € ou égal ou supérieur à un coefficient 50 (voir encadré ci-dessous).

Lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien, leurs tarifs et/ou leurs coefficients peuvent se cumuler. La participation forfaitaire de 18 € s'applique dès que le montant résultant de ce cumul est égal ou supérieur à 91 €. Elle ne s'appliquera qu'une seule fois par séance de soins.

Il existe des cas particuliers : certains actes ne sont pas concernés par cette participation forfaitaire, et les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100% en raison de leur situation ou de leur état de santé en sont exonérées. Pour les personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'AMeC (Aide Médicale de l'Etat complémentaire) et du régime local d'Alsace-Moselle, la participation est prise en charge par la complémentaire. Vous pouvez obtenir plus d'informations en consultant le site www.ameli.fr. Votre complémentaire santé peut, éventuellement, prendre en charge la participation forfaitaire de 18 €. Prenez contact avec elle.

QUAND DOIS-JE PAYER LES FRANCHISES ?

Depuis le 1^{er} janvier 2008, des franchises s'appliquent sur la pharmacie (0,50 €), les actes des auxiliaires médicaux (0,50 €) et les transports (2 €). Il est instauré un plafond annuel par personne de 50 € et un plafond journalier par personne, par type de franchise de 4 € pour les transports et 2 € pour les actes d'auxiliaires médicaux. Il n'y a pas de plafond journalier pour la pharmacie.

Les franchises ne s'appliquent pas pour les enfants de moins de 18 ans au 1^{er} janvier de l'année civile considérée, les femmes enceintes, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) et AMeC (Aide Médicale de l'Etat complémentaire), et les ressortissants de la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte.

Les franchises sont déduites immédiatement des remboursements effectués. En cas de tiers payant, les franchises sont déduites des remboursements ultérieurs.



POUR BIEN COMPRENDRE :

Tarif de convention/responsabilité : tarif servant de base aux remboursements de la Sécurité sociale.

Médecins conventionnés de secteur 1 : ces médecins s'engagent à respecter strictement les tarifs de responsabilité sur la base desquels la Sécurité sociale calcule son remboursement. Reste alors à ma charge le montant du ticket modérateur, généralement remboursé par ma mutuelle. 75% des médecins sont conventionnés en secteur 1. Pour savoir si mon médecin est en secteur 1, je consulte le site : www.ameli.fr.

Ticket modérateur :

C'est la part des dépenses de soins non remboursée par la Sécurité sociale, dans la limite du tarif de responsabilité. Cette part peut, en partie ou en totalité, être prise en charge par ma mutuelle.

Reste à charge :

C'est la part de la dépense du patient non prise en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire et/ou par la complémentaire santé.

Ex : certains dépassements d'honoraires.

A noter : cette mesure est amenée à évoluer dans un futur proche : le montant de 18 € et les actes concernés par cette participation forfaitaire peuvent être modifiés.



POUR BIEN COMPRENDRE :

Un coefficient égal ou supérieur à 50 : La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) établit la liste des actes professionnels que peuvent effectuer les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux. A chaque acte correspond une lettre-clé et un coefficient (exemple : AMC 9). La participation forfaitaire de 18 € s'applique aux actes des médecins et sages-femmes d'un coefficient supérieur ou égal à 50. Pour les médecins, seuls sont cités les actes cliniques et certains actes techniques. En effet, la plupart des actes techniques des médecins sont listés dans la Classification commune des actes médicaux (CCAM), où à chaque acte correspondent un code et un tarif (exemple : AHQB027, 51,84 €). La participation forfaitaire de 18 € s'applique aux actes d'un tarif supérieur ou égal à 91 €. Certains actes des chirurgiens dentistes figurent également à la CCAM, et sont soumis à la participation forfaitaire de 18 €.

COMMENT UTILISER LE PARCOURS DE SOINS ?

- Depuis le 1^{er} janvier 2006, le parcours de soins entraîne plusieurs conséquences s'il n'est pas respecté :
- un moindre remboursement par le régime obligatoire, soit une majoration du ticket modérateur.
- Des dépassements d'honoraires appliqués par le praticien, soit une augmentation du coût des consultations (pour les médecins du Secteur 1).

JE RESPECTE LE PARCOURS DE SOINS



Je consulte mon médecin traitant avant d'aller consulter un spécialiste



En cas de besoin, mon médecin traitant m'oriente chez un médecin spécialiste



Exemple : je consulte un dermatologue (en secteur 1) en ayant respecté le parcours de soins :
Prix de la consultation : 28 €⁽¹⁾

Remboursement de l'assurance maladie
18,60 €
= Tarif de Convention x 70%
= 28 € x 70% = 19,60 €
Moins 1 € de participation forfaitaire = 18,60 €

Remboursement de votre complémentaire santé 8,40 €
= Tarif de Convention x 30%

IL RESTE A MA CHARGE
1 €
DE PARTICIPATION FORFAITAIRE

JE NE RESPECTE PAS LE PARCOURS DE SOINS



Je consulte directement un médecin spécialiste



Exemple : je consulte un dermatologue (en secteur 1) en ne respectant pas le parcours de soins :
Prix de la consultation : 33 €⁽²⁾

Remboursement de l'assurance maladie (TC = 25 €)
= Tarif de Convention x 30%⁽³⁾
= 25 € x 30% = 7,50 €
Moins 1 € de participation forfaitaire = 6,50 €

Remboursement de votre complémentaire santé 7,50 €
= Tarif de Convention x 30%

IL RESTE A MA CHARGE
19 €
DONT 1 € DE PARTICIPATION FORFAITAIRE

(1) 28 € = 23 € pour la consultation du médecin + 2 € pour la majoration provisoire clinicien + 3 € pour la majoration de coordination.
(2) 33 € = 23 € pour la consultation du médecin + 2 € pour la majoration provisoire clinicien + 8 € de dépassement autorisé (DA).
(3) Hors parcours de soins, la majoration du Ticket Modérateur est de 40%, soit un remboursement de la Sécurité Sociale de 30% au lieu des 70% habituels.



MA CARTE VITALE



A QUOI SERT LA CARTE VITALE ?

- Elle permet de justifier les droits de l'assuré et de ses ayants droit en Sécurité sociale. Elle contient les éléments nécessaires à l'établissement d'une feuille de soins électronique.
- Elle peut être utilisée chez tous les professionnels de santé libéraux, pour chaque acte ou prescription susceptibles d'être remboursés.

En cas d'impossibilité technique, le médecin établit une feuille de soins papier.

- La carte Vitale n'est pas une carte de paiement, mais elle permet, grâce à la feuille de soins électronique, d'être remboursé automatiquement en 5 jours.

QUELLES INFORMATIONS COMPORTE-T-ELLE ?

- L'identification du porteur de la carte et de ses ayants droit de moins de 16 ans.
- Le droit aux prestations de la Sécurité sociale qui ne peut être lu que par l'affilié, le professionnel de santé et l'organisme qui gère la Sécurité sociale de l'affilié. Il comprend les informations

nécessaires à l'établissement et à la transmission de la feuille de soins.

- Le droit à une complémentaire santé dans certains cas (je contacte ma complémentaire santé pour en savoir plus).

QUELLES FORMALITÉS ACCOMPLIR EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION ?

- La mise à jour de la carte est nécessaire au moins une fois par an et lors de tout changement de situation familiale ou professionnelle. Cela permet la réactualisation annuelle des droits au tiers payant mais aussi des retards de remboursements.

- J'envoie à mon centre de Sécurité sociale les justificatifs correspondant à ma nouvelle situation.
- Le centre de Sécurité sociale traite mon dossier et enregistre la mise à jour de mes droits.
- Je fais moi-même la mise à jour de ma carte Vitale (voir ci-après où faire la mise à jour).

OÙ FAIRE LA MISE À JOUR ?

- Dans un lecteur de mise à jour (ancienne borne carte Vitale) disponible dans la plupart des pharmacies, laboratoires d'analyses médicales, centres de santé, hôpitaux...
- Dans certains centres de Sécurité sociale MGEN (se renseigner auprès de votre centre).
- Dans un guichet automatique multiservice qui se trouve dans toutes les caisses d'assurance maladie.



La carte Vitale 2 avec photo remplace progressivement la carte Vitale actuelle.

Elle est davantage personnalisée et intègre ma photo. Mais elle est également mieux sécurisée et elle dispose d'une capacité de mémoire plus importante : elle contient des données d'urgence afin de connaître le plus rapidement possible, si nécessaire, la personne à contacter ou mon médecin traitant. Sa diffusion, pour la MGEN a démarré fin 2007. Elle remplacera progressivement sur plusieurs années les anciennes cartes.

Je n'ai aucune démarche particulière à accomplir. Je serai simplement sollicité(e) par mon centre de Sécurité sociale en fonction de la date d'émission de ma carte Vitale actuelle.

QUE FAIRE EN CAS DE PERTE OU DE VOL ?

- Je le signale immédiatement à mon centre de Sécurité sociale par écrit. Un formulaire m'est envoyé. Je dois y apposer une photo d'identité et y joindre une photocopie d'une pièce d'identité de moins de 10 ans. J'envoie le tout, sans autre document, à l'aide de l'enveloppe portant l'adresse de retour. Trois à quatre semaines plus tard, je reçois ma nouvelle carte Vitale.

BIEN VIVRE MA MATERNITÉ

LA DÉCLARATION DE GROSSESSE.

• **Les démarches initiales :**
je dois déclarer ma grossesse au plus tard avant la fin de la 14^{ème} semaine, simultanément à :

- la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) de mon lieu de résidence qui me versera mes allocations familiales.
- mon centre de Sécurité sociale.

• **Examen médical et déclaration :**
ma grossesse doit être officiellement déclarée par un médecin.

Celui-ci me remet alors une liasse d'imprimés spécifiques "Premier examen médical prénatal" :
- les deux volets bleus doivent être envoyés à la CAF : le 1^{er} sera conservé par la CAF pour le versement des prestations familiales, le 2^{ème} sera transmis au Service de Protection Maternelle

et Infantile qui est chargé de la protection des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans.

- le volet rose est à envoyer à mon centre de Sécurité sociale, pour la prise en charge du suivi de ma grossesse et de mon accouchement.

• **Informations et démarches :**
Dès que ces deux organismes reçoivent ces imprimés, ils m'adressent les informations nécessaires pour effectuer et bénéficier des droits liés à la grossesse.

• **Suivi médical :**
Mon centre de Sécurité sociale me délivre un guide de surveillance médicale, pour moi et mon nourrisson comportant le calendrier des examens médicaux à effectuer.

LA PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE.

Toutes les prestations (relatives ou non à la grossesse, à l'accouchement ou à ses suites) sont prises en charge à 100% au titre de l'assurance maternité du 1^{er} jour du sixième mois jusqu'à 12 jours après la date réelle de l'accouchement. Au-delà, elles sont prises en charge au titre de l'assurance maladie. De plus, certains actes sont pris en charge à 100% au titre de l'assurance maternité dès la déclaration de grossesse établie :

- Les 7 consultations de suivi obligatoires prévues au cours des 9 mois de grossesse sont prises en charge à 100 %, ainsi que les examens de laboratoire lors de la première consultation.
- Sur les 3 échographies à réaliser, seule celle du 8^{ème} mois est prise en charge à 100%. Si d'autres échographies sont prescrites par votre médecin après le 6^{ème} mois, elles seront remboursées à 100%.
- Les 8 séances de préparation à l'accouchement remboursées à 100%.
- Les actes ou examens suivants remboursés à 100% : caryotype fœtal, amniocentèse, test de dépistage du virus de l'immuno-déficience humaine, dosage de la glycémie, péridurale, séances de rééducation abdominale et périnéo - sphinctérienne sous réserve d'accord préalable.

Après sa naissance, votre enfant bénéficie d'une surveillance médicale systématique avec des examens prévus jusqu'à l'âge de 6 ans remboursés à 100% : 9 examens la première année, 3 examens la deuxième année, puis 2 par an jusqu'à 6 ans.

LE CONGÉ DE PATERNITÉ.

Quand et comment prendre mon congé de paternité ?

Je dois prendre mon congé de paternité dans les 4 mois suivants la naissance ou l'adoption de l'enfant.

Je suis agent titulaire ou stagiaire en position d'activité ou assimilée : la rémunération des 11 jours + 3 jours prévus par le code du travail est à la charge de l'employeur ou de l'administration.

Je suis agent non titulaire : ces 11 jours sont pris en charge par la Sécurité sociale sur présentation d'une attestation d'employeur et d'un certificat de naissance. A ces 11 jours s'ajoutent les 3 jours pris en charge par l'employeur, soit un congé de 14 jours au total.



LES CONGÉS DE MATERNITÉ.

• **La durée légale de mon congé maternité varie selon le nombre d'enfants.**

Agent titulaire ou non, je bénéficie d'un congé de maternité d'une durée égale à celle de la législation sur la Sécurité sociale.

Situation	Ordre de naissance	Prénatal	Postnatal	Total
Naissance simple	1 ^{er} ou 2 ^{ème} enfant	6 semaines ⁽¹⁾	10 semaines	16 semaines
	3 ^{ème} enfant et au-delà*	8 semaines ^{(1) (2)}	18 semaines	26 semaines
Naissances multiples	Gémellaire	12 semaines ^{(1) (3)}	22 semaines	34 semaines
	Triplés ou plus	24 semaines ⁽¹⁾	22 semaines	46 semaines

*Deux enfants ou plus vivants ou nés viables avant l'accouchement.

(1) En cas d'état pathologique attesté par certificat médical comme résultant de la grossesse, le repos prénatal peut être augmenté de 2 semaines au plus.

(2) La période prénatale peut être augmentée de 2 semaines maximum sans justification médicale. La période postnatale est alors réduite d'autant.

(3) La période prénatale peut être augmentée de 4 semaines maximum sans justification médicale. La période postnatale est alors réduite d'autant.

Comment suis-je rémunérée pendant mon congé ?

Les dispositions statutaires, visant les différentes catégories d'agents de l'État, me garantissent une rémunération à plein traitement durant toute la durée de mon congé de maternité (sous réserve des conditions réglementaires).

Je suis agent titulaire ou stagiaire : l'unique condition exigée pour le maintien de mon traitement pendant la durée de mon congé, est de justifier de ma qualité de fonctionnaire en position d'activité (ou assimilée).

Je suis agent non titulaire : le maintien du plein traitement pendant toute la durée de mon congé, est soumis à deux conditions :

- je dois être en position d'activité,
- je dois justifier d'un minimum de 6 mois d'ancienneté.

Le versement du plein traitement s'entend sous réserve de déduction des indemnités de la Sécurité sociale.

• **Congé pathologique :** en cas d'état pathologique résultant de la grossesse, le repos prénatal peut être allongé de 2 semaines.

• **Congé postnatal pour suites de couches pathologiques :** en cas d'état pathologique résultant des suites de l'accouchement, vous pouvez bénéficier d'un repos postnatal supplémentaire de 4 semaines.

• **Report du repos prénatal :** vous pouvez, à votre demande et sur prescription médicale, demander le report d'une partie du repos prénatal sur le repos postnatal (dans la limite de 3 semaines).

LE CONGÉ D'ADOPTION.

Nombre d'enfants attendus	Nombre d'enfants à charge	Durée de congé d'adoption
1 enfant	0 ou 1	10 semaines
1 enfant	2 ou plus	18 semaines
plusieurs enfants		22 semaines

Votre congé d'adoption débute au choix :

- au jour de l'arrivée de l'enfant dans votre foyer,
- sept jours avant la date prévue de l'arrivée de l'enfant.

LES ARRÊTS DE TRAVAIL

QUE DOIS-JE FAIRE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL ?

• **Fonctionnaire titulaire**

Les traitements sont calculés et versés par l'Administration aux fonctionnaires titulaires pour leur période de congé maladie, maternité, paternité, accident de service et maladie professionnelle (art. L712-3 du CSS). La MGEN n'intervient pas dans ce versement.

• **Je suis en situation de congé de maladie ordinaire (CMO) :**

je bénéficie des congés de maladie dont la durée peut atteindre 1 an pendant une période de 12 mois consécutifs en cas de maladie dûment constatée me mettant dans l'impossibilité d'exercer mes fonctions. Mes droits sont déterminés par comptabilisation des congés obtenus au cours de la période de 12 mois précédent le congé demandé.

Pour obtenir un congé de maladie, ainsi que le renouvellement du congé initialement accordé, je dois adresser à l'administration dont je relève, par l'intermédiaire de mon chef de service, une demande appuyée d'un certificat d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme.

L'avis du Comité Médical est sollicité pour :

- une prolongation à l'issue de 6 mois consécutifs.
- la reprise à l'expiration des 12 mois consécutifs, ou la transformation de la nature du congé, ou de la mise en disponibilité.

• **Je suis en situation de congé de longue maladie ou grave maladie (CLM) :**

si je suis atteint d'une affection dont le caractère invalidant et de gravité nécessite des soins prolongés, contre indiquant toute activité professionnelle, je peux bénéficier d'un Congé de Longue Maladie (CLM) sur une période totale de 3 ans.

Je reste titulaire de mon poste et conserve mes droits à l'avancement et à la retraite.

Ma demande initiale doit comporter une lettre sollicitant le CLM, un certificat médical administratif prescrivant le congé pour une durée de 3 mois ou 6 mois, un certificat médical détaillé sous pli confidentiel cacheté, destiné au Comité Médical départemental.

Ma demande de renouvellement ou de réintégration suit la même procédure, mais elle doit s'effectuer au moins 1 mois avant l'expiration du congé en cours.

Une reprise minimum d'un an est exigée pour l'attribution d'un nouveau congé de longue maladie (à l'issue d'un an de reprise, une nouvelle période de 3 ans peut être accordée, même au titre de la même affection).

• **Je suis en situation de congé de longue durée (CLD) :**

si je suis atteint de tuberculose, maladie mentale, affection cancéreuse, poliomyélite ou « déficit

immunitaire grave et acquis », qui a épuisé mes droits à congé de longue maladie à plein traitement, je peux bénéficier d'un congé de longue durée sur une période de 5 ans maximale dans ma carrière par affection.

La première année de CLD est toujours assimilée à une année de CLM à plein traitement. A l'issue de cette année de CLM, je peux sur ma demande être placé soit en CLM, soit en CLD. Ce choix est irrévocable.

Les droits à l'avancement et à la retraite sont maintenus, mais l'administration peut disposer du poste.

La demande initiale doit comporter une lettre sollicitant le CLD, un certificat médical administratif prescrivant le congé pour une durée de 3 mois ou 6 mois, un certificat médical détaillé sous pli confidentiel cacheté, destiné au Comité Médical départemental.

• **Agent non titulaire**

Je bénéficie soit d'un congé pour maladie ordinaire soit d'un congé pour maladie grave.

Le congé de maladie ordinaire est attribué sur présentation d'un certificat médical et la durée de rémunération varie en fonction de mon ancienneté.

Si je suis employé de manière continue avec au moins 3 années de services, et atteint d'une affection dûment constatée, je peux bénéficier d'un congé de grave maladie pendant une durée maximale de 3 ans. Il est accordé par période de 3 à 6 mois.

Pour les agents non titulaires, l'Administration verse les traitements pendant leur congé maladie, maternité ou paternité en tenant compte des indemnités journalières versées par ailleurs par votre centre de sécurité sociale (CPAM ou MGEN, renseignez vous auprès de votre centre MGEN).

Dans ce cas, il faut adresser le volet 3 de l'arrêt de travail à l'employeur et les volets 1 et 2, sous 2 jours, à votre Centre de Sécurité sociale, dans l'enveloppe « M. le Médecin - Conseil » remise par le médecin prescripteur ou dans une enveloppe libre « à l'attention de M. le Médecin-Conseil. »

Le versement du plein traitement ou demi traitement versé par l'Administration sera sous réserve de déduction des indemnités de la Sécurité sociale. »

Pensez également à contacter votre mutuelle ou organisme de protection sociale complémentaire qui, souvent, propose des compléments de salaires.

QU'EN EST-IL DE MA RÉMUNÉRATION ?

• **Je suis agent titulaire ou stagiaire :** la rémunération versée pendant les congés pour maladie est déterminée exclusivement par le statut général des fonctionnaires.

Nature du congé	Ordre de naissance	Indemnisation	Conditions d'ancienneté
Congé maladie ordinaire	1 an	3 mois PT/9 mois DT	-
Congé de longue maladie	3 ans	1 an PT/2 ans DT	-
Congé de longue durée	5 ans	3 ans PT/2 ans DT	-

• **Je suis agent auxiliaire ou contractuel :** la rémunération est déterminée en fonction du temps de service.

Nature du congé	Durée d'indemnisation	Indemnisation	Conditions d'ancienneté
Congé maladie ordinaire	2 mois	1 mois PT/1 mois DT	Après 4 mois de service
	4 mois	2 mois PT/2 mois DT	Après 2 ans de service
	6 mois	3 mois PT/3 mois DT	Après 3 ans de service
Congé de grave maladie	3 ans	1 an PT/2 ans DT	Après 3 ans de service

PT : Plein Traitement / DT : Demi Traitement

QUE DOIS-JE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL ?

• **Je dois envoyer mon dossier :**

Si je suis agent titulaire : à l'administration de tutelle dont je relève (rectorat, inspection académique, université...).

Si je suis agent non titulaire : à mon centre de Sécurité sociale (Service accident du travail). La MGEN ne gérant pas les accidents du travail, votre dossier sera suivi par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

POUR BIEN COMPRENDRE :

Comité médical :

Il est composé de deux praticiens de médecine générale auxquels est adjoind un spécialiste de chaque affection concernée. Il est consulté obligatoirement pour la prolongation des congés de maladie au-delà de 6 mois consécutifs ; pour l'octroi des congés longue

maladie et longue durée ; pour le renouvellement de ces congés ; pour la réintégration après 12 mois consécutifs de congés de maladie ou à l'issue de congés longue maladie ou longue durée ; pour l'aménagement des conditions de travail après congé ou disponibilité ; pour la mise en disponibilité d'office pour raison de santé et son renouvellement ; pour le reclassement dans un autre emploi à la suite d'une modification de l'état physique du fonctionnaire.

POUR TOUTES VOS QUESTIONS

**VOTRE SÉCURITÉ SOCIALE EST DISPONIBLE
PARTOUT 24H/24, 7J/7 SUR LE SITE www.mgen.fr
RUBRIQUE ASSURÉ SOCIAL :**



- Recevez vos décomptes par courriel.
- Consultez l'état de vos remboursements.
- Téléchargez directement des imprimés/documents : déclaration sur l'honneur en cas de perte/vol de la carte Vitale, formulaire de désignation du médecin traitant, information sur la carte européenne d'assurance maladie.
- Signalez vos changements de situation personnelle : familiale, professionnelle.
- Modifiez votre code personnel.

QUI CONTACTER ?

Nos conseillers répondront à toutes vos questions du lundi au vendredi :

MGEN Centre 506

