



Mon guide

MA SÉCURITÉ SOCIALE

>>>>>> ME CONSEILLE

>>>>>> RÉPOND À MES QUESTIONS

La Sécurité sociale avec MGEN

DÈS 1947, MGEN S'EST VU CONFIER LA GESTION DU RÉGIME OBLIGATOIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DES FONCTIONNAIRES DE L'ÉTAT. ACTUELLEMENT, ELLE GÈRE À CE TITRE LES AGENTS DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE, DES SPORTS, DE LA JEUNESSE, DE L'ÉDUCATION POPULAIRE, DE LA VIE ASSOCIATIVE, DE LA CULTURE, DE LA COMMUNICATION, DE L'ÉCOLOGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE, DE L'ÉNERGIE, DE LA MER ET DU LOGEMENT.

ELLE EST UN CENTRE DE SÉCURITÉ SOCIALE (CENTRE 506). AUJOURD'HUI, MGEN GÈRE LA SÉCURITÉ SOCIALE DE 3,2 MILLIONS DE PERSONNES.

MON ASSURANCE MALADIE

Pourquoi être rattaché à un centre de Sécurité sociale MGEN ?	page 4
Comment être remboursé ?	page 5
Ma situation personnelle ou familiale évolue : j'informe sans délai mon centre de Sécurité sociale MGEN	page 7
Ma protection sociale quand je pars à l'étranger	page 8

MA CARTE VITALE

A quoi sert la carte Vitale ?	page 10
Quelles informations comporte-t-elle ?	page 10
Quelles formalités accomplir en cas de changement de situation ?	page 10
Où faire la mise à jour ?	page 10
Que faire en cas de perte, de vol ou de dysfonctionnement ?	page 11

MON PARCOURS DE SOINS

Le parcours de soins coordonnés	page 12
Les participations forfaitaires et franchises	page 12
L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)	page 13

DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (HÔPITAL PUBLIC / CLINIQUE PRIVÉE)

Avant mon hospitalisation	page 14
Lors de mon hospitalisation	page 14
A l'issue de mon hospitalisation	page 14
Quels sont les taux de remboursement de mes soins ?	page 15

LES ARRÊTS DE TRAVAIL

Que dois-je faire vis-à-vis de mon employeur en cas d'arrêt de travail ?	page 16
Qu'en est-il de ma rémunération ?	page 18

BIEN VIVRE MA MATERNITÉ

Accompagnement de la maternité	page 20
La déclaration de grossesse	page 20
La prise en charge par la Sécurité sociale	page 21
Le congé de maternité	page 22
Le congé d'adoption	page 22
Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant	page 23
Comment suis-je rémunéré pendant ces congés ?	page 23

LA PRÉVENTION ET L'INFORMATION SANTÉ

La prévention	page 24
Le retour à domicile facilité	page 25
La maîtrise médicalisée	page 26

POUR PERCEVOIR LES PRESTATIONS D'ASSURANCES MALADIE ET MATERNITÉ DE LEUR RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE, LES ASSURÉS SOCIAUX DOIVENT ÊTRE RATTACHÉS À UN ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE.

Pourquoi être rattaché à un centre de Sécurité sociale MGEN ?

Dans la fonction publique de l'État, je suis membre d'un ministère relevant de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire, de la Vie associative, de la Culture, de la Communication, de l'Écologie, du Développement durable, de l'Aménagement du territoire, de l'Énergie, de la Mer ou du Logement.

Qui gère ma Sécurité sociale ?

Si je suis fonctionnaire (titulaire, stagiaire) ou assistant d'éducation : ma Sécurité sociale est gérée par le centre de Sécurité sociale MGEN.

Si je suis agent contractuel (auxiliaire, vacataire,...) : ma Sécurité sociale peut être gérée par MGEN ou par la CPAM. Je contacte mon centre de Sécurité sociale MGEN pour en savoir plus.

Quel est mon centre de Sécurité sociale ?

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

Je suis contractuel ou fonctionnaire en retraite : mon centre de Sécurité sociale MGEN (ou CPAM selon ma situation) est celui de mon département de résidence.

Je suis dans un autre cas : je prends contact avec mon centre de Sécurité sociale MGEN.

Bon à savoir **Comment être rattaché à un centre de Sécurité sociale MGEN ?**

Je remplis le formulaire « **Demande de rattachement au centre de Sécurité sociale MGEN** » et le renvoie avec les pièces demandées.



Qui peut bénéficier de l'extension de de ce rattachement ?

Depuis le 1^{er} janvier 2016, seuls mes enfants* à charge, n'exerçant pas d'activité professionnelle, peuvent acquérir la qualité d'ayant droit, jusqu'au 1^{er} septembre de l'année civile de leurs 18 ans ou jusqu'à l'âge de 16 ans s'ils sont étudiants.

Afin d'effectuer une demande de rattachement de mon enfant en tant qu'ayant droit, je remplis le formulaire « **Demande de rattachement des enfants mineurs à l'un ou aux deux parents assurés** » et le renvoie avec les pièces demandées.

Mon enfant entre 16 et 20 ans peut demander à être rattaché en tant qu'assuré à mon centre de Sécurité sociale MGEN sous certaines conditions :

- S'il n'a jamais été assuré au titre d'une activité professionnelle,
- S'il n'a jamais relevé du régime étudiant,
- Et s'il réside en France de manière stable et régulière.

*Peut être ayant droit, l'enfant de l'assuré, que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie, qu'il soit pupille de la nation dont l'assuré est tuteur ou enfant recueilli.

Afin d'effectuer une demande de rattachement à MGEN en tant qu'assuré, mon enfant doit remplir le formulaire « **Demande de rattachement à MGEN des enfants de 16 à 20 ans en tant qu'assuré** », et le renvoyer avec les pièces demandées.

Mon conjoint/concubin/partenaire PACS peut demander à être rattaché à mon centre de Sécurité sociale MGEN sous certaines conditions :

- S'il n'exerce pas d'activité professionnelle, n'est pas au chômage indemnisé, ni pensionné vieillesse ou d'invalidité, ni bénéficiaire d'une rente accident du travail,
- Et s'il réside en France de manière stable et régulière.

Afin d'effectuer une demande de rattachement à MGEN sur critère de résidence, mon conjoint, concubin ou partenaire Pacs, doit remplir le formulaire « **Demande de rattachement à MGEN pour une personne sans activité professionnelle, conjoint, concubin ou partenaire Pacs d'un-e assuré-e géré-e par MGEN au titre de l'assurance maladie obligatoire** », et le renvoyer avec les pièces demandées.

Les formulaires peuvent être demandés auprès de mon centre MGEN ou téléchargés sur le site Internet mgen.fr (rubrique Mon espace/ La Sécurité sociale avec MGEN/ Documents téléchargeables).

Comment être remboursé ?

Ma carte Vitale

Je la présente systématiquement à mon professionnel de santé. Elle simplifie mes démarches et me permet d'obtenir un remboursement rapide grâce à la feuille de soins électronique (voir pages 10/11 pour plus de précisions).

Mes feuilles de soins papier

Pour être remboursé dans les meilleurs délais, pensez à remplir lisiblement et sans rature, les différentes rubriques (en indiquant la date, la signature et joindre l'ordonnance, le cas échéant). Veillez à adresser les feuilles de soins au centre



de Sécurité sociale MGEN au fur et à mesure. Attention, au-delà de deux ans et trois mois, je ne suis plus remboursé.

Mes remboursements

J'ai le choix entre recevoir le décompte papier (reçu par la Poste) édité une fois par mois ou bénéficiaire du service en ligne gratuit. Ce second moyen très pratique et simple me permet d'obtenir le relevé de mes remboursements en temps réel. Il me suffit de m'abonner gratuitement sur le site mgen.fr dans la rubrique Mon espace (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 de santé... 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 MGEN.

Depuis le 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent de façon systématique le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, sur leur initiative, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent ce tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à l'ensemble des assurés. Ils devraient l'appliquer de façon obligatoire dès le 30 novembre 2017.

L'Aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (ACS)

Si vos ressources sont modestes* et si vous résidez en France de manière stable et régulière, vous pouvez bénéficier de l'ACS.

Il s'agit d'une aide permettant de faciliter l'accès à une complémentaire santé aux personnes aux revenus modestes (selon plafond de ressources). Lorsque le dossier est accepté, il est adressé au bénéficiaire une attestation de sa caisse justifiant du droit à l'ACS.

L'ACS présente divers avantages :

- bénéficie d'une attestation chèque à faire valoir auprès de l'organisme complémentaire en souscrivant à l'une des 11 offres sélectionnées (fixées par arrêté) ce afin de pouvoir bénéficier de la déduction de cotisation,
- droit à des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le cadre du parcours de soins,
- droit au tiers payant sur la partie Assurance maladie obligatoire, et également sur la partie Assurance maladie complémentaire en cas de souscription à une offre sélectionnée.

Vous pouvez aussi obtenir des réductions de prix sur le gaz ou l'électricité sans démarche supplémentaire.

* Vous pouvez consulter les plafonds de ressources disponibles sur le site ameli.fr

Ma situation personnelle ou professionnelle évolue : j'informe sans délai mon centre de Sécurité sociale MGEN

En cas de changement de situation

- Je consulte la note d'information Sécurité sociale « changement de situation » accessible sur le site mgen.fr.
- Je peux changer d'adresse en ligne.
- Je peux également contacter MGEN par courrier ou par téléphone.

Je suis en congé maladie

Je suis fonctionnaire : Je n'envoie pas l'avis de l'arrêt de travail à mon centre de Sécurité sociale MGEN mais j'adresse à mon administration les volets 2 et 3 sous 48 heures. Le volet 1 comportant des informations à caractère médical doit être conservé en cas de contrôle.

Je ne suis pas fonctionnaire : J'adresse le volet 3 de l'arrêt de travail à mon employeur et les volets 1 et 2, sous 48 heures, à mon centre de Sécurité sociale MGEN pour obtenir le versement d'indemnités journalières.

Je suis en arrêt de travail pour un autre motif : maternité, congé parental, paternité et d'accueil de l'enfant, en disponibilité, en congé sans solde...

Que je sois fonctionnaire ou non : Je prends contact avec mon centre de Sécurité sociale MGEN pour étudier ma situation personnelle.

Je suis contractuel : Mon centre de Sécurité sociale MGEN peut me verser des indemnités journalières, sous conditions, en cas de congé maternité, paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption.

Je suis victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

Je suis fonctionnaire : J'adresse les feuilles de soins à mon administration employeur (rectorat, inspection académique, université, ...).

Je suis agent contractuel de l'Etat : J'adresse les feuilles de soins à ma Caisse primaire d'Assurance maladie si je travaille à temps partiel ou avec un CDD inférieur à un an. Dans les autres cas, je les adresse à mon administration employeur.

Que je sois fonctionnaire ou non : Je n'expédie aucun document à mon centre de Sécurité sociale MGEN.

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 mgen.fr.



Ma protection sociale quand je pars à l'étranger

Je pars en vacances à l'étranger

Dans un Etat de l'UE-EEE ou Suisse

Avant de partir, je me procure auprès de mon centre de Sécurité sociale MGEN la Carte européenne d'Assurance maladie (CEAM). Un délai de deux semaines est nécessaire pour la recevoir. Cette carte est individuelle et chaque membre de la famille doit en posséder une. La CEAM permet la prise en charge dans l'Etat de séjour de **tous les soins médicalement nécessaires**. Si elle est demandée trop tardivement, un certificat provisoire de remplacement valable trois mois peut être adressé. Il peut être téléchargé directement via mon espace personnel MGEN. Le cas échéant, si je n'ai pas eu le temps d'obtenir ma carte ou un certificat de remplacement avant

de partir, je fais l'avance des frais et conserve les factures, que je présenterai au retour à mon centre de Sécurité sociale MGEN.

Dans un Etat hors UE-EEE ou Suisse

J'effectue l'avance des frais et je conserve mes factures. Mon centre de Sécurité sociale MGEN peut me rembourser les frais engagés, s'il s'agit de **soins inopinés**.

La France a signé des accords de Sécurité sociale avec certains pays qui peuvent organiser une prise en charge des soins dans le pays de séjour. Je me renseigne avant de partir pour connaître les formalités à accomplir.

Je pars travailler à l'étranger

Expatriation

Je pars en tant qu'expatrié et je serai assuré social de mon nouveau pays d'emploi. Ma couverture en France peut parfois être prise en compte par le régime étranger pour une ouverture immédiate de droits au nouveau régime de Sécurité sociale. Je me renseigne avant de partir auprès de mon

centre de Sécurité sociale MGEN pour connaître, le cas échéant, les formalités à accomplir. Si je souhaite continuer à bénéficier de la Sécurité sociale française, je me rapproche de la Caisse des Français à l'étranger (CFE).

Détachement professionnel

Dans certaines situations, je peux continuer à bénéficier du régime français de Sécurité sociale, par la voie du détachement professionnel. Je me rapproche de mon employeur et de ma caisse d'assurance maladie avant de partir.

Je pars résider à l'étranger

Avant de partir à l'étranger, j'informe mon centre de Sécurité sociale MGEN de mon départ à l'étranger.

Hormis quelques situations particulières, je ne peux plus bénéficier du régime français de Sécurité sociale. Mais les règles particulières étant nombreuses, je me renseigne donc préalablement auprès de mon centre de Sécurité sociale MGEN, de l'administration fiscale et des différents organismes sociaux qui gèrent mes prestations, afin de clarifier l'impact de ce changement sur ma situation personnelle. Cela permettra de mieux identifier les démarches à effectuer pour mon départ et mon éventuel retour.

Mon enfant part étudier à l'étranger

Dans un Etat de l'UE-EEE ou Suisse

Dans certaines situations et selon la durée des études, il peut bénéficier dans le pays d'études de la prise en charge **des soins médicalement nécessaires** sur présentation de la CEAM ou, si elle ne peut être délivrée car demandée trop tardivement, du certificat provisoire de remplacement valable trois mois. Je me renseigne auprès de mon centre de Sécurité sociale MGEN ou sur mon espace personnel MGEN avant qu'il parte.

Dans un Etat hors UE-EEE ou Suisse

Je me renseigne sur les possibilités ou obligations d'affiliation au régime de Sécurité sociale étranger. Éventuellement, ma caisse d'Assurance maladie peut me rembourser les frais engagés, s'il s'agit de **soins inopinés**. Pour bénéficier d'une meilleure protection, je me renseigne auprès d'une assurance privée et/ou de la Caisse des Français à l'étranger.

Au Québec

Des dispositions particulières du protocole franco-québécois peuvent s'appliquer. Je me renseigne auprès de ma caisse d'Assurance maladie avant de partir.



Je pars dans d'autres situations

Si je suis en arrêt de travail et souhaite partir à l'étranger, si je souhaite recevoir un traitement à l'étranger, si je souhaite partir pendant mon congé paternité et d'accueil de l'enfant et pour toute situation particulière, je me renseigne auprès de mon centre de Sécurité sociale MGEN avant de partir.

Bon à savoir

Pour obtenir des renseignements sur ma protection sociale quand je pars à l'étranger, je peux consulter les sites Internet suivants :

- service-public.fr
- www.cleiss.fr (Centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale)
- impots.gouv.fr



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, pour chaque acte ou prescription susceptibles d'être remboursés. En cas d'impossibilité technique, le professionnel de santé 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 en moyenne.

Quelles informations comporte-t-elle ?

- L'identification du porteur de la carte et de ses ayants droit de moins de 16 ans. Les enfants de moins de 16 ans figurent sur la carte Vitale du ou des parent(s) au(x)quel(s) ils sont rattachés. Une carte Vitale est attribuée à toute personne ayant atteint l'âge de 16 ans, toutefois une carte peut être délivrée à partir de 12 ans, sur demande.
- Le droit aux frais de santé, les exonérations, l'indicateur qui précise si l'assuré a déclaré ou non un médecin traitant, l'organisme qui gère la Sécurité sociale de l'assuré. Elle comprend les informations nécessaires à l'établissement et à la transmission de la feuille de soins.

Quelles formalités accomplir en cas de changement de situation ?

- Lors d'un changement d'organisme de Sécurité sociale, la carte Vitale n'est pas remplacée. Une simple mise à jour permet de modifier les informations.
- 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. Elle permet la réactualisation annuelle des droits au tiers payant, et évite ainsi des retards de remboursements.
- J'enregistre sur mon espace personnel mes changements (coordonnées, RIB,...) ou j'envoie à MGEN les justificatifs correspondant à ma nouvelle situation.

- L'organisme 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 certaines sections départementales MGEN.
- Dans un guichet automatique multiservices qui se trouve dans toutes les caisses primaires d'assurance maladie.



Ma Carte Vitale

Que faire en cas de perte, de vol ou de dysfonctionnement ?

Je le signale immédiatement à mon centre de Sécurité sociale MGEN :

- via le site de MGEN, dans mon espace personnel, menu votre sécu - votre carte vitale,
- en téléchargeant le formulaire de déclaration perte/vol sur le site puis en l'envoyant à MGEN,
- en écrivant directement à MGEN.

Suite à cette déclaration, un formulaire m'est adressé. Je le retourne dûment complété et signé avec ma photo d'identité, la photocopie d'une pièce d'identité sous 15 jours, sans autre document, dans l'enveloppe retour jointe.

Bon à savoir

Dans mon espace personnel sur le site, je peux consulter le suivi de ma demande de carte.

Le parcours de soins coordonnés

Pour bénéficier d'un remboursement à taux plein : vous devez **désigner un médecin traitant qui vous orientera vers les professionnels de santé compétents et respecter le parcours de soins.**

En cas de non respect du parcours de soins, votre remboursement sera minoré.

En cas de changement de médecin traitant : vous pouvez télécharger le nouveau formulaire sur notre site, signé et complété par votre nouveau médecin et l'envoyer à votre centre de Sécurité sociale MGEN.

Si je souhaite changer de médecin traitant ?

Vous pouvez changer de médecin traitant quand vous le souhaitez en envoyant un nouveau formulaire de désignation.

Les participations forfaitaires et franchises

La participation forfaitaire de 1 €

Depuis le 1^{er} janvier 2005, **une participation forfaitaire de 1 € est déduite du montant des remboursements pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin et pour les actes 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'Etat, et les ressortissants de la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte.

Le nombre de participations forfaitaires est limité à 50 par an.

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 existe un plafond annuel par personne de 50 € et un plafond journalier par personne de 4 € pour les transports et de 2 € pour les actes d'auxiliaires médicaux. Il n'y a pas de plafond journalier pour la pharmacie.

Si vous faites l'avance de frais :

Vous n'avez aucune démarche à effectuer auprès de votre caisse.

Les participations et franchises sont déduites automatiquement de votre remboursement par MGEN.

En cas de tiers payant :

Les participations forfaitaires et franchises seront déduites de vos prochains remboursements d'assurance maladie.

Si vous bénéficiez constamment de soins en tiers payant :

Vous recevrez un courrier vous demandant de vous acquitter du montant de ces participations forfaitaires et franchises.

La participation forfaitaire de 18 €

Les actes dont le montant est supérieur ou égal à 120€ ou dont le coefficient est supérieur ou égal à 60 sont pris en charge à 100 %.

Lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien, leurs tarifs ou leurs coefficients peuvent se cumuler pour atteindre les seuils de 120 € ou coefficient 60.

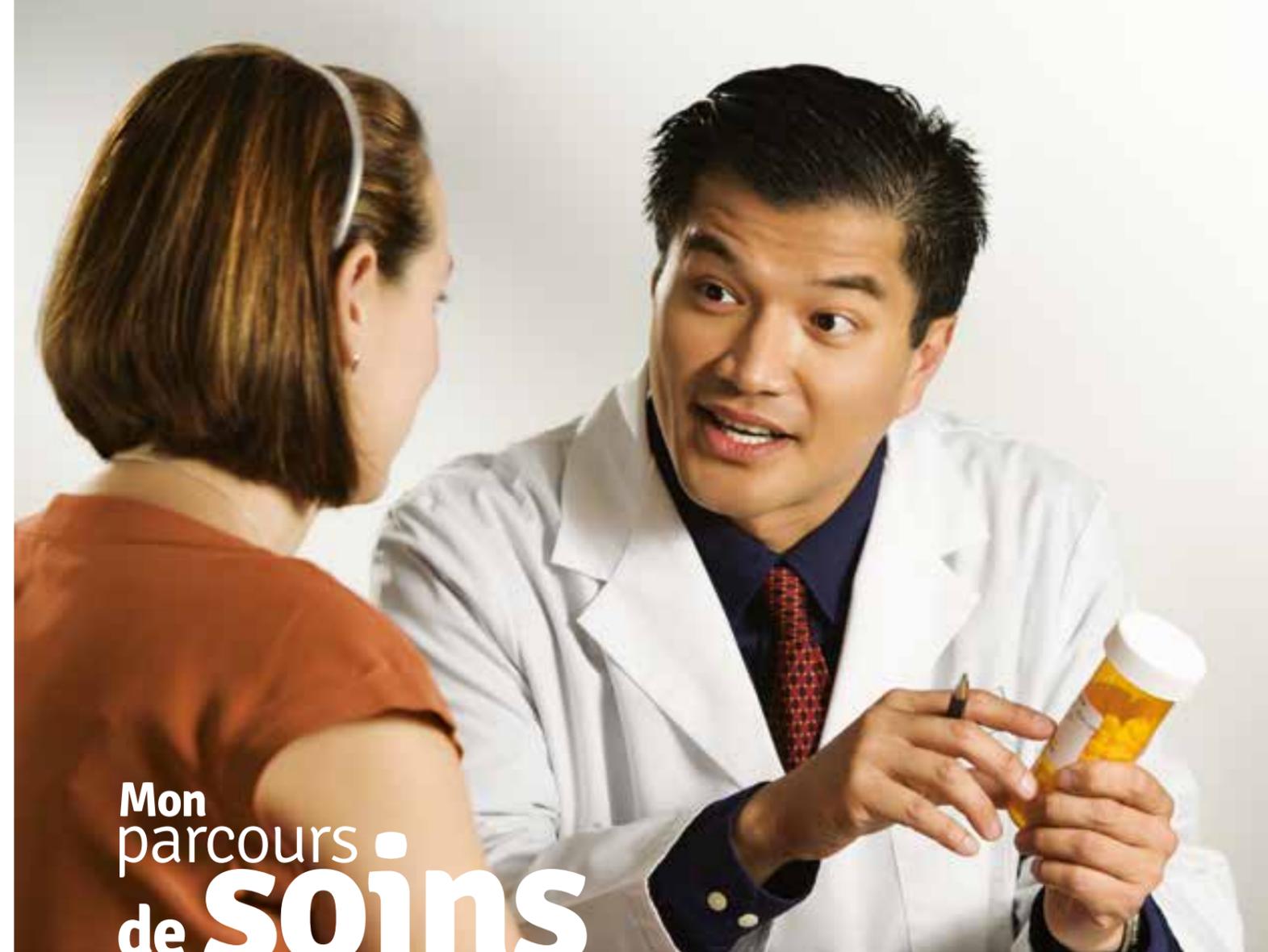
Certains actes, ainsi pris en charge à 100 %, sont toutefois soumis à une participation forfaitaire de 18 €. Celle-ci ne s'applique qu'une seule fois par séance de soins.

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 **ameli.fr**

Focus

A compter du 1^{er} mai 2017, en métropole, la base de remboursement de la consultation par un médecin généraliste passe de 23 € à 25 €. Cependant, pour les médecins de secteur 2 non souscripteur à l'OPTAM, la base de remboursement reste à 23 € avec des dépassements d'honoraires possibles. Les différentes bases de remboursement des DOM sont aussi modifiées.

De mai 2017 à juin 2018, il est prévu pour les médecins généralistes et spécialistes de nombreuses mesures modifiant la base de remboursement d'actes existants, ou identifiant, par de nouveaux actes, des consultations spécifiques.



L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)

En 2017, le CAS (Contrat d'Accès aux Soins) concernant les médecins devient l'OPTAM et l'OPTAM-CO (pour les gynécologues et les chirurgiens obstétriciens). Ces dispositifs ont pour objectif de limiter les dépassements d'honoraires des médecins dans le cadre du parcours de soins coordonnés et d'assurer un meilleur remboursement par l'Assurance maladie.

En effet, MGEN vous rembourse sur une base plus élevée, pour les médecins souscripteurs, ce qui diminue d'autant le dépassement d'honoraires. Toutefois, les dépassements restent libres pour les médecins non-souscripteurs à l'OPTAM ainsi que pour les médecins non-conventionnés.

Quels sont les praticiens concernés ?

Les médecins conventionnés de secteur 1 titulaires d'un droit à dépassement permanent, ainsi que les médecins conventionnés de secteur 2.

Pour savoir si votre médecin est souscripteur à l'OPTAM, connectez-vous au site **annuaresante.ameli.fr**

Après avoir choisi la spécialité, sélectionnez le type d'honoraire requis : honoraires avec dépassements maîtrisés.

Bon à savoir

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance maladie.

Un dépassement d'honoraires (exceptionnel et non remboursé par l'Assurance maladie) n'est autorisé qu'en cas de demande particulière de votre part comme, par exemple, une visite en dehors des heures

habituelles d'ouverture du cabinet du médecin, ou si vous êtes hors parcours de soins.

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure (non remboursés par l'Assurance maladie).

**POUR TROUVER UN
ÉTABLISSEMENT DE SOINS,
JE PEUX ME CONNECTER SUR LE SITE
ANNUAIRESANTE.AMELI.FR**

Avant mon hospitalisation

Je me munis des documents justificatifs nécessaires pour constituer mon dossier d'admission à mon arrivée à l'hôpital :

- ma carte Vitale mise à jour et mon attestation de droits,
- ma carte ou attestation de complémentaire santé ou de mutuelle, le cas échéant, ou l'attestation de mes droits à la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire si j'en bénéficie,
- et, si mon hospitalisation est liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, la « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle ».

Si mon hospitalisation est liée à un accident du travail ou une maladie professionnelle, je me renseigne auprès de mon administration employeur ou de la CPAM*.

Lors de mon hospitalisation

Dès que mon dossier est enregistré, le bureau des admissions me remet un bulletin d'hospitalisation. Ce document est précieux car il est constitutif d'un arrêt de travail et doit être adressé sous 48 h :

Si je suis un agent contractuel :

- à mon centre de Sécurité sociale MGEN,
- à mon employeur ou à mon agence Pôle Emploi si je suis indemnisé pour une période de chômage.

Si je suis fonctionnaire :

- à mon administration.

Utile

Si je suis dans l'impossibilité d'effectuer les démarches sous 48h, l'établissement de soins peut effectuer les démarches requises à ma place.

A l'issue de mon hospitalisation

L'établissement de soins me délivre un « bon de sortie » au moment de mon départ.

J'envoie mon bon de sortie à ma caisse dans les plus brefs délais.

*Se référer à la page 7 pour plus d'informations



Dans un
établissement
de **Santé**
(hôpital public / clinique privée)

Quels sont les taux de remboursement de mes soins ?

En cas d'hospitalisation dans un établissement public ou une clinique privée conventionnée, l'Assurance maladie prend en charge mes frais d'hospitalisation à hauteur de 80 ou 100%.

Ce qui est pris en charge par l'Assurance maladie :

- 80% des frais d'hospitalisation ou 100% des frais d'hospitalisation.

Ce qui est à ma charge ou à celle de ma couverture complémentaire santé :

- 20% des frais d'hospitalisation (si la prise en charge de l'Assurance maladie est de 80%),
- La participation forfaitaire de 18 € pour certains actes médicaux égaux ou supérieurs à 120 €,
- Le forfait journalier.

Bon à savoir

Cas d'exonérations du forfait journalier :

- Femme enceinte à partir du 6^e mois de grossesse, accouchement et durant les 12 jours suivants l'accouchement,
- Assuré bénéficiaire de la CMU-C ainsi que ses ayants droit,
- Enfant nouveau-né hospitalisé dans les 30 jours suivant sa naissance,

- Soins en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle,
- Soins dans le cadre d'une hospitalisation à domicile,

- Soins dans le cadre des donneurs d'éléments et produits du corps humain,

- Soins reçus par les enfants handicapés hospitalisés dans les établissements sanitaires en raison de leur handicap,
- Assuré relevant du régime local Alsace-Moselle,
- Assuré titulaire d'une pension militaire au titre de l'article L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

Que dois-je faire vis à vis de mon employeur en cas d'arrêt de travail* ?

Fonctionnaire titulaire ou stagiaire

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 précédant 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. Ce certificat doit être envoyé dans les 48 h.

En cas de non respect de ce délai de 48 heures je risque une réduction de ma rémunération égale à 50% en cas de nouvel envoi au-delà du délai dans les 24 mois suivant l'établissement du premier arrêt de travail. La réduction de la rémunération s'applique sur le traitement indiciaire brut dû pour la période comprise entre la date d'établissement de l'arrêt de travail et sa date d'envoi ainsi que sur les primes et indemnités sauf exceptions (supplément familial de traitement, avantages en nature, remboursement de frais, prise en charge partielle des frais de transport domicile-travail...).

L'avis du Comité médical est sollicité pour :

- une prolongation au-delà 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 confirmée 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.

La liste indicative des affections susceptibles d'ouvrir droit au CLM est fixée par arrêté ministériel. Si le congé est demandé pour une affection qui n'est pas inscrite sur cette liste, il ne peut être accordé qu'après avis du Comité médical.

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).

*Informations données à titre indicatif, vous rapprocher de votre employeur pour toute demande de précision complémentaire.



Les arrêts de travail

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 », et si mes droits à congé de longue maladie à plein traitement sont épuisés, je peux bénéficier d'un congé de longue durée sur une période maximale de 5 ans dans ma carrière par affection (8 ans en cas de maladie professionnelle).

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.

La demande de renouvellement du congé doit être adressée à l'administration 1 mois avant l'expiration de la période de CLD en cours. Le renouvellement est accordé dans les mêmes conditions que la première demande.

Le fonctionnaire stagiaire qui a bénéficié au cours de son stage d'un CLM ou d'un CLD d'une durée totale supérieure au 10^e de la durée normale de stage (soit 36 jours pour un stage d'un an), voit sa durée de stage prolongée et la date de titularisation reportée d'autant de jours de maladie intervenus au-delà du 10^e de la durée normale de stage.

Je suis dans une autre situation

Je me rapproche de mon administration pour plus d'informations.

Agent contractuel

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.

Le certificat médical doit être adressé dans les 2 jours suivant la date d'interruption de travail.

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

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



Qu'en est-il de ma rémunération ?

Je suis fonctionnaire

La rémunération versée pendant les congés pour maladie est déterminée exclusivement par le statut général des fonctionnaires.

Nature du congé	Durée d'indemnisation	Indemnisation
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 contractuel de l'Etat

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 longue maladie	3 ans	1 an PT/2 ans DT	Après 3 ans de service

PT : Plein Traitement / DT : Demi Traitement

* Le maintien du plein traitement ou demi traitement s'entend sous réserve de déduction des indemnités journalières versées par l'organisme d'Assurance maladie





Bien vivre
ma **maternité**

Accompagnement de la maternité

Depuis février 2013, MGEN a lancé une nouvelle offre de services* pour accompagner les futurs parents. Objectif : leur fournir des repères simples concernant les étapes clés du suivi de la grossesse et du jeune enfant (guides, calendriers personnalisés, mémo), des conseils en santé et des informations relatives aux démarches administratives. Cette offre se compose des éléments suivants :

- un « pack maternité », adressé dès réception de la déclaration de grossesse,
- un service « contacts utiles », accessible en section départementale (structures locales utiles pendant la grossesse),
- un courrier d'information « suivi de votre grossesse »,
- et un « pack naissance » adressé dès réception de l'acte de naissance.

Les guides « Ma maternité » et « Les premiers pas de mon enfant » sont téléchargeables sur le site mgen.fr (rubrique Mon espace/La Sécurité sociale avec MGEN/ Droits et démarches/ Bien vivre ma maternité).

* au titre de la Sécurité sociale MGEN

Mon retour à domicile facilité

MGEN me propose un nouveau service de suivi personnalisé après la naissance de mon bébé. Pris en charge à 100 %⁽¹⁾ jusqu'au 12^e jour après la naissance, il me permet, après l'accord de mon équipe médicale, de bénéficier d'un accompagnement personnalisé à domicile par la sage-femme libérale de mon choix.

(1) sur la base et dans la limite des tarifs de l'Assurance maladie.

La déclaration de grossesse

Les démarches initiales

Je dois déclarer ma grossesse au plus tard avant la fin du 3^e mois de grossesse, simultanément à :

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

Examen médical et déclaration

Ma grossesse doit être officiellement déclarée par un médecin.

Le nouveau service de Déclaration simplifiée de grossesse permet au professionnel de santé de télétransmettre votre déclaration de grossesse directement à l'Assurance maladie et à la CAF.

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^e 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 MGEN, 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 bénéficier des droits liés à la grossesse.

Suivi médical

Mon centre de Sécurité sociale MGEN 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

Les soins relevant de l'assurance maternité sont pris en charge à 100%.

L'assurance maternité couvre :

- **L'ensemble des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation, relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, intervenant du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse au 12^e jour après l'accouchement.**
- **Les frais d'examens suivants sont pris en charge à 100% (sous réserve de dépassements éventuels d'honoraires) :**
 - Examens obligatoires prénatals et postnatals : 7 examens médicaux obligatoires, le 1^{er} examen médical prénatal devant avoir lieu avant la fin du 3^e mois de grossesse, et les autres examens ayant une périodicité mensuelle à partir du

- 1^{er} jour du 4^e mois et jusqu'à l'accouchement,
- L'examen du futur père si nécessaire,
- Les examens obligatoires jusqu'aux 6 ans de l'enfant.
- **Les autres frais médicaux suivants :**
 - Caryotype fœtal et amniocentèse,
 - Test de dépistage du virus de l'immuno-déficience humaine,
 - Dosage de la glycémie,
 - Séances de préparation à l'accouchement,
 - Interruption non volontaire de grossesse,
 - Interruption volontaire de grossesse pour un motif thérapeutique,
 - Séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne.

Le congé 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 prévu par la Sécurité sociale.

Cas particuliers

- **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).
- **Accouchement tardif** : en cas d'accouchement après la date prévue, le congé prénatal est prolongé jusqu'à l'accouchement sans que le congé postnatal soit réduit.
- **Accouchement prématuré** : en cas d'accouchement avant la date prévue, le congé prénatal non utilisé est reporté après l'accouchement.
- **Hospitalisation de l'enfant** : dans certains cas, des aménagements particuliers du congé postnatal sont prévus.

Situation	Ordre de naissance	Indemnisation prénatale	indemnisation postnatale	Total
Naissance simple	1 ^{er} ou 2 ^e enfant	6 semaines ⁽¹⁾	10 semaines	16 semaines
	3 ^e 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.

Le congé d'adoption*

Agent titulaire ou non, je bénéficie d'un congé d'adoption lors de l'arrivée d'un enfant adopté de moins de 15 ans dans ma famille.

Le congé d'adoption peut être réparti entre les deux parents. Il débute soit le jour de l'arrivée de l'enfant dans mon foyer, soit sept jours avant la date prévue de l'arrivée de l'enfant.

Nombre d'enfants adoptés	Nombre d'enfants à charge de mon foyer avant l'adoption	Durée du congé	Jours supplémentaires si le congé est partagé entre les parents**
1	0 ou 1	10 semaines	11 jours
	2 ou plus	18 semaines	11 jours
2 ou plus	-	22 semaines	18 jours

**En cas de partage, le congé ne peut être fractionné qu'en 2 périodes. La plus courte est au moins égale à 11 jours.



Le congé de paternité et d'accueil de l'enfant*

Que je sois agent titulaire ou non, un congé de paternité et d'accueil de l'enfant peut m'être accordé en cas de naissance.

Quelle est la durée de mon congé de paternité et d'accueil de l'enfant ?

Elle est de 11 jours calendaires maximum en cas de naissance d'un enfant et de 18 jours calendaires maximum en cas de naissances multiples.

Le congé n'est pas fractionnable.

Quand et comment prendre mon congé de paternité et d'accueil de l'enfant ?

Je dois prendre mon congé de paternité et d'accueil de l'enfant dans les 4 mois suivant la naissance de l'enfant en présentant à l'appui de ma demande un certificat de naissance.

Comment suis-je rémunéré pendant ces congés* ?

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 (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 contractuel : 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.

Bon à savoir

Pour les agents titulaires et contractuels, un congé de 3 jours ouvrables est accordé, sous conditions, à la naissance ou l'adoption de l'enfant. Ces 3 jours de congé peuvent être pris de manière consécutive ou non, dans les 15 jours qui précèdent ou suivent la naissance ou l'adoption.



*Informations données à titre indicatif, vous rapprocher de votre employeur pour toute demande de précision complémentaire.

ACTEUR MAJEUR DE LA SANTÉ EN FRANCE, MGEN RÉALISE DE MULTIPLES ACTIONS DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION ET DE L'INFORMATION SANTÉ. ELLE ACCOMPAGNE SES ASSURÉS TOUT AU LONG DE LEUR VIE EN MENANT À L'ÉCHELLE NATIONALE UNE POLITIQUE DE PRÉVENTION ET DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES DE SANTÉ (ACTIONS DE DÉPISTAGE CIBLÉES, CAMPAGNES DE VACCINATION, PROMOTION DES BONNES PRATIQUES).



La prévention et l'information **Santé**

La prévention

La vaccination contre la grippe

La grippe est une maladie infectieuse bénigne qui peut néanmoins impliquer de graves complications. Ainsi, selon les années, la grippe constitue la 1^{re} ou 2^e cause de mortalité par maladie infectieuse en France. Pour protéger les personnes à risques, la vaccination contre la grippe chaque année est fortement recommandée.

MGEN relaie chaque année la campagne nationale de vaccination antigrippale en adressant aux assurés concernés (personnes âgées de 65 ans et plus, personnes atteintes de certaines affections de longue durée ou chroniques), les courriers d'invitation à la vaccination contre la grippe et prend en charge le vaccin.

Pour rappel, la campagne de vaccination se déroule tous les ans, en principe :

- d'octobre à fin janvier pour la métropole, Guyane, Guadeloupe et Martinique,
- d'avril à fin août pour Mayotte et La Réunion.

Le dépistage des cancers

Le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme avec près de 50 000 nouveaux cas par an (et 12 000 décès). Détecté à un stade précoce, il peut être guéri dans plus de 9 cas sur 10. Le dépistage du cancer du sein est recommandé tous les deux ans à partir de 50 ans.

Le cancer colorectal est aujourd'hui le troisième cancer le plus fréquent en France (42 000 nouveaux cas par an) et le deuxième en termes de mortalité (17 600 décès) après le cancer du poumon. Détecté à un stade précoce, le taux de survie à 5 ans après le diagnostic dépasse les 90%.

MGEN participe pleinement au programme de dépistage organisé du cancer colorectal et du cancer du sein en coordination avec les structures sanitaires locales en charge de la promotion du dispositif auprès des hommes et des femmes âgés de 50 à 74 ans.

En 2016, près de 421 600 hommes et 729 500 femmes (âgés de 50 à 74 ans) ont été intégrés au dispositif de dépistage.

L'examen bucco-dentaire

Afin d'améliorer la santé bucco-dentaire des enfants et adolescents, l'Assurance maladie a mis en place des rendez-vous de prévention réguliers, à des âges clés tout au long de l'enfance et de l'adolescence.

MGEN relaie activement cette action et invite tous les enfants et adolescents de 6, 9, 12, 15 et 18 ans à aller consulter le chirurgien dentiste ou le médecin stomatologiste de leur choix, afin de bénéficier gratuitement d'un bilan complet.

Une lettre « M'T Dents » est adressée à chaque parent assuré social MGEN avant l'anniversaire de l'enfant. MGEN prend en charge ces consultations de prévention et les soins qui en résultent.

Depuis février 2014, les femmes enceintes peuvent bénéficier d'un examen bucco-dentaire à partir du 4^e mois de grossesse, sans avance de frais et sur présentation d'un imprimé de prise en charge spécifique pré-identifié.

L'examen de prévention bucco-dentaire de la femme enceinte est pris en charge à 100 % : du 4^e mois de grossesse au 12^e jour après l'accouchement au titre de l'assurance maternité.

Le retour à domicile facilité

Depuis novembre 2015, MGEN participe au programme de retour à domicile en sortie d'hospitalisation après une chirurgie (PRADO Chirurgie) proposé par l'Assurance maladie. Ce dispositif a pour objectif de proposer une rééducation en ville dès lors que l'équipe médicale estime que l'état du patient ne nécessite pas un séjour en soins de suite et réadaptation (SSR).

Le patient, sur proposition de l'équipe médicale hospitalière, peut bénéficier dès sa sortie d'hospitalisation d'un service d'accompagnement pour faciliter son retour à domicile et être suivi par son médecin traitant. Il peut avoir recours, si besoin, en fonction de la prescription de l'équipe hospitalière, à un masseur-kinésithérapeute et/ou à un-e infirmier-e de son choix. Une aide à la vie (portage de repas et/ou aide-ménagère) peut également être mise en place en fonction des besoins du patient.

La maîtrise médicalisée

MGEN participe à la promotion du dispositif « tiers payant contre génériques ».

Le dispositif « tiers payant contre génériques » consiste à réserver le tiers payant aux assurés qui acceptent la délivrance de médicaments génériques lorsqu'il en existe pour les médicaments qui leur sont prescrits. Ce dispositif est appliqué sur l'ensemble du territoire depuis juin 2012.

Ainsi, si vous refusez que votre pharmacien substitue un médicament générique au médicament de marque indiqué sur votre ordonnance, vous ne bénéficiez plus du « tiers payant » ni même de la transmission électronique de votre feuille de soins. Vous devrez faire l'avance des frais et le pharmacien établira une feuille de soins papier pour les médicaments pour lesquels vous avez refusé la substitution.

Les génériques sont tout aussi efficaces et sûrs que les médicaments de marque. Ces copies de médicaments de marque sont, en moyenne, 30 % moins chères car elles ne nécessitent aucun frais de recherche ou de développement.

L'Assurance maladie rembourse aujourd'hui près de 790 millions de boîtes de génériques par an, soit près de 43% du marché en volume en 2015, contre 8% en 2002, ce qui permet d'économiser chaque année près de 1,6 milliards d'euros.

En acceptant un générique, vous êtes aussi bien soigné, vous participez à la baisse des dépenses de remboursement et vous contribuez ainsi à préserver notre système de santé.

Bon à savoir

MGEN réalise également un suivi et des actions d'informations auprès des assurés sur la consommation des médicaments.



POUR TOUTES VOS QUESTIONS Votre espace personnel en ligne sur mgen.fr



VOTRE ESPACE PERSONNEL VOUS SIMPLIFIE LA SANTÉ !

- > Recevez des relevés dématérialisés
- > Suivez vos remboursements
- > Trouvez un professionnel de santé près de chez vous
- > Téléchargez une attestation de droits
- > Déclarez la perte ou le vol de votre carte Vitale
- > Consultez une FAQ qui répond à vos questions les plus fréquentes
- > Et bien plus encore...



Connectez-vous dès maintenant sur www.mgen.fr !

...ou téléchargez l'application sur votre smartphone



COMMENT M'INFORMER AU MIEUX ?

Je me connecte sur

mgen.fr

Pour trouver un professionnel
de santé, je consulte le service

annuaire.sante.ameli.fr

Je profite de nombreux conseils santé sur

ameli-sante.fr

