



## FORMALITE SECURITE SOCIALE OBLIGATOIRE

Vous devenez élève normalien, fonctionnaire stagiaire à l'ENS de Cachan <sup>(1)</sup>  
 **votre régime de Sécurité Sociale change.**

**Vous devez vous inscrire à la Mgen qui gèrera désormais votre Sécurité Sociale.** <sup>(2)</sup>

➤ **Modalités d'inscription :**

- ✓ Compléter le formulaire ci-joint.
- ✓ Y agraffer un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne, votre copie de CI et la photocopie de votre attestation de droit sécurité sociale
- ✓ La déclaration du médecin traitant (pourra être donnée le jour de la rentrée)
- ✓ **Retourner, dès que possible, votre dossier complété à :**
- ✓

**Sécurité Sociale Mgen 094**  
**6 rue Claude Nicolas LEDOUX**  
**94030 CRETEIL CEDEX**

➤ **Quelques précisions sur cette formalité :**

- ✓ La cotisation Sécurité Sociale (C.S.G.) et la retenue « pension civile » seront déduites systématiquement sur votre traitement.
- ✓ Vos feuilles de soins seront remboursées par la Mgen Départementale de Créteil à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2018
- ✓ Pour une couverture éventuelle de vos enfants, prenez contact avec votre Mgen Départementale, au plus tard lors de la rentrée administrative.

➤ **Pour toute information complémentaire :**

**Sécurité Sociale Mgen**  
**6 rue Claude Nicolas LEDOUX – 94030 CRETEIL CEDEX**  
Tél 3676 - fax : 01 49 80 98 88  
Email : [contact94@mgen.fr](mailto:contact94@mgen.fr)

**Des conseillers Mgen seront présents lors de votre rentrée sur le campus de Cachan mais n'hésitez pas à contacter votre Mgen Départementale pour toute précision sur votre situation.**

(1) Classé à l'un des concours d'admission à l'ENS de Cachan, vous acceptez le poste proposé. Vous signerez à la rentrée le procès-verbal d'installation.

(2) La Mgen est seule habilitée dans le Val de Marne à gérer les remboursements Sécurité Sociale des personnes inscrites au régime général des fonctionnaires et ouvriers de l'Etat.

Section Locale Sécurité  
 Sociale – centre 506  
 6 rue Claude Nicolas  
 LEDOUX  
 ; 6252'ETGVGN'égf gz

## DÉCLARATION DE CHANGEMENT DE SITUATION

Changement de Caisse Primaire d'affiliation  
 et/ou changement de Régime



NOM : ..... Prénom : .....  
 NOM de jeune fille : ..... Sexe:  Masculin -  Féminin  
 Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
 N° INSEE : | | | | | | | | | | Nationalité:  Française -  U.E. -  Etrangère :  
 .....

célibataire -  marié(e) -  séparé(e) -  divorcé(e) -  veuf(ve) -  concubin(e) -  pacsé(e) depuis "< .....  
 Adresse actuelle : .....  
 Code postal : ..... Localité : .....  
 Téléphone : ..... Téléphone portable : .....  
 E-Mail .....@ .....

### Personnes à rattacher à votre Sécurité Sociale <sup>(1)</sup> :

Enfants

Nom et prénom de l'enfant: ..... Date de naissance : .....

..... Date de naissance : .....

Nom et prénom de l'enfant: ..... Date de naissance : .....

..... Date de naissance : .....

Nom et prénom de l'enfant : ..... Date de naissance : .....

..... Date de naissance : .....

Conjoint(e), concubin(e) ou

pacsé(e)

Nom et prénom : .....

(1) Pièce(s) à fournir : La photocopie du livret de famille mentionnant la personne à rattacher à votre Sécurité Sociale.

### SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE

Profession : **élève normalien- fonctionnaire stagiaire**

Ministère / Employeur : **Education Nationale. 'Gpugli pgo gpvUwr<sup>2</sup> tlgwt 'gv'Tgej gt ej g**

Date d'entrée en fonction : **1<sup>er</sup> septembre 2018**

Nom de votre établissement de formation : **ENS Cachan - 61 avenue du Président Wilson 94230 Cachan**

### SITUATION ANTERIEURE

en dernier lieu, relevait du régime :  général  étudiant  militaire  agricole  autre à préciser : .....

Adresse du centre vous versant vos prestations Sécurité sociale pour cette période : .....

.....

A ..... le ..... Signature de l'assuré(e) :

### Pièces obligatoires à fournir :

- ✓ Un relevé d'identité bancaire ou postal ou de caisse d'épargne (à agraffer)
- ✓ Une copie de votre attestation de droit sécurité sociale ou à défaut une photocopie de votre carte
- ✓ Une copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, passeport, livret de famille, ...)

**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

<b>L'assuré(e)</b>	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>
n° d'immatriculation	<input type="text"/>
<b>Le bénéficiaire</b>	
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>
date de naissance	<input type="text"/>
adresse de l'assuré(e)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

## Identification du médecin traitant

<b>cachet du médecin ou de l'établissement (*)</b> <i>(ou nom, prénom et adresse en majuscules)</i>	<b>nom et prénom du médecin salarié d'un établissement (*)</b> <i>(en majuscules)</i>
<input type="text"/>	nom <input type="text"/>
	prénom <input type="text"/>
	<b>n° d'identification du médecin à compléter dans tous les cas</b>
	<input type="text"/>
(*) 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 <i>(et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de +16 ans)</i>	Médecin traitant
Je soussigné(e), M., Mme, Melle	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.

## 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 maladie<sup>1</sup>, 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..."