

Guide bien- venue

- >>>> La gestion de votre Sécurité sociale est désormais confiée à MGEN et nous vous souhaitons la bienvenue. C'est avec rigueur, efficacité et qualité que nous gérons le régime obligatoire de plus de 3,3 millions de personnes.
- >>>> Nous adaptons en permanence nos outils et développons des solutions numériques pour faciliter vos échanges et vous garantir le meilleur service.
- >>>> Au delà du versement de vos prestations et de la gestion de votre dossier administratif, nos conseillers, proches de vous, vous accompagnent pour une protection sociale globale personnalisée.





MGEN
partenaire
de l'Assurance maladie
depuis **plus de 70 ans**

MGEN protège

Plus de
3,3 millions
de personnes (dont plus de
215 000 contractuels en activité) ⁽²⁾

Plus de
32 700
personnes à l'international
dans 152 pays ⁽²⁾

En 1946, le syndicat national des instituteurs décide de regrouper les 110 mutuelles de santé existantes de l'enseignement. Depuis, MGEN est un acteur majeur de la protection sociale et gère le Régime Obligatoire d'Assurance maladie des professionnels⁽¹⁾ de l'Éducation nationale, de la Jeunesse, des Sports, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, de la Culture, de la Transition écologique et de la Mer. Cette gestion est entérinée par la loi Morice en 1947. Une convention de gestion renouvelle tous les 5 ans ses rôles et missions en tant qu'organisme de Sécurité sociale, sous la tutelle de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Une protection sociale de proximité

102 sections départementales, 30 espaces de contact implantés au cœur des villes sont répartis sur l'ensemble du territoire (métropole et DROM), dont une Section Extra Métropolitaine (SEM) entièrement dédiée au suivi des assurés résidant à l'étranger.

5 centres de contact pour l'accueil à distance (appels téléphoniques et courriels)

Ces services de proximité s'appuient sur des structures de gestion solides, **9 centres de gestion** pour assurer le suivi des droits des assurés sociaux et le paiement des prestations de l'Assurance maladie obligatoire.

(1) Agents de l'État actifs ou pensionnés de vieillesse et d'invalidité et de leurs ayants droit.

(2) Au 31/12/2020.



Délégation de gestion du Régime Obligatoire

MGEN est habilitée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie à gérer

le régime obligatoire et en applique la réglementation et les consignes.

À ce titre, elle gère :

- **Le remboursement des frais de santé de ses assurés** au titre des assurances maladie et maternité (consultations médicales, frais de transport, médicaments, frais d'hospitalisation, ...);
- **Le suivi des demandes auprès des services médicaux des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM)** (demande d'exonération du ticket modérateur, demande d'accord préalable, ...);
- **Le versement des Indemnités Journalières** en cas de maladie, de congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant, d'adoption, de deuil en cas de décès d'un enfant, le versement de l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie ainsi que le capital décès pour ses assurés non fonctionnaires;
- **La réalisation de multiples actions dans le domaine de la prévention et de l'information santé** (accompagnement de la maternité, relai des campagnes de l'Assurance maladie et des alertes sanitaires, dépistages des cancers, campagnes de vaccination, prévention bucco-dentaire des enfants, ...).

Chiffres clés

99,85 %*

des remboursements sont traités en moins de 48h ⁽¹⁾

Près de

972 000*

personnes invitées pour la campagne de vaccination antigrippale

Près de

308 000*

enfants invités au rendez-vous de prévention M'T Dents

92 %

de nos assurés se déclarent satisfaits de la MGEN ⁽²⁾

* Année 2020

(1) lors de l'utilisation de la carte Vitale

(2) enquête de satisfaction CNAM 2018

Et pour accompagner toujours plus les assurés dans leur quotidien, **les sections MGEN organisent des événements dédiés à la prévention.**

Ils sont plusieurs milliers chaque année et portent sur des sujets aussi divers que l'alimentation, la santé au travail, l'hygiène de vie, ...

Je suis nouvellement géré par **MGEN**

Je conserve ma carte Vitale actuelle.

Les informations sont transmises par mon ancien centre de Sécurité sociale (médecin traitant, prises en charge à 100 % au titre d'une affection de longue durée ou de l'Assurance maternité, franchises et participations forfaitaires). Je n'ai aucune démarche à effectuer.

Lorsque le transfert de mon dossier sera effectif

Je serai invité par courrier à procéder à la mise à jour de ma carte Vitale.

Le centre de Sécurité sociale MGEN deviendra mon seul interlocuteur en matière d'Assurance maladie et maternité.



en Sécurité sociale

En attendant, comment être remboursé de mes frais de santé ?

Si mon professionnel de santé utilise ma carte Vitale

Mon ancien centre me remboursera la partie Sécurité sociale et m'adressera un décompte de remboursement papier ou électronique.

Avec une feuille de soins papier

J'envoie mes feuilles de soins à mon nouveau centre de Sécurité sociale MGEN qui procédera au remboursement de la partie Sécurité sociale.

Bon à savoir

J'adresse mes feuilles de soins à MGEN avant la date limite pour me faire rembourser :

- 2 ans et 3 mois à compter de la date de soins pour des remboursements liés à une maladie,
- 2 ans à compter de la date de première constatation médicale de la grossesse pour des remboursements liés à la maternité.

Afin d'éviter toute interruption de mes remboursements, **je dois signaler à MGEN**, depuis mon espace personnel ou en contactant mon centre de Sécurité sociale MGEN, **tous les changements relatifs à ma situation**, et ce, dès leur survenance :

- ➔ **Changement de situation familiale** (mariage, maternité, naissance, séparation, décès...)
- ➔ **Évolution de ma situation professionnelle** (mutation, retraite...)
- ➔ **Changement d'adresse**

Focus Pour mettre à jour ma carte Vitale, rendez-vous à une borne en pharmacies, centres de Sécurité sociale MGEN, hôpitaux...

changement de situation



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

En cas de perte ou vol :

Je le signale immédiatement :

- ➔ soit via le service en ligne disponible sur mon espace personnel ;
- ➔ soit par téléphone ;
- ➔ soit par courrier à mon centre de Sécurité sociale MGEN.

En cas de dysfonctionnement

Je procède tout d'abord à une **mise à jour de ma carte avant de la déclarer défectueuse**. Si le dysfonctionnement persiste, je le signale immédiatement :

- ➔ soit via le service en ligne disponible sur mon espace personnel ;
- ➔ soit en envoyant une déclaration sur l'honneur par courrier à mon centre de Sécurité sociale MGEN.

Je renvoie alors la carte défectueuse à mon centre de Sécurité sociale MGEN.

Dans tous les cas :

Suite à cette déclaration, **un formulaire photo Vitale** 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. Je télécharge **une attestation de droits** depuis le service dédié sur mon espace personnel (ou en contactant mon centre de Sécurité sociale MGEN) pour justifier de mes droits auprès des professionnels de santé.

Bon à savoir

Le délai minimum d'obtention d'une nouvelle carte est de quatre semaines. (Le délai de délivrance de la nouvelle carte dépend essentiellement du respect des consignes figurant sur la notice qui accompagne le formulaire).

En cas d'arrêt de travail pour maladie, je dois accomplir les démarches suivantes sous 48h

➤ Si je suis fonctionnaire

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

➤ Si je ne suis pas fonctionnaire

J'envoie les volets 1 et 2 de mon avis d'arrêt de travail dans une enveloppe à l'attention du médecin conseil à mon centre de Sécurité sociale.

J'envoie le volet 3 à mon employeur ou à Pôle Emploi si je suis au chômage.

En cas d'arrêt de travail pour accident du travail et maladie professionnelle

La prise en charge des accidents de travail et maladies professionnelles ne relève pas de MGEN. Je prends contact avec :

- la CPAM de mon lieu de résidence (agents non titulaires à temps incomplet ou sur des contrats inférieurs à un an) ;
- mon administration employeur dans les autres cas.



Si je suis enceinte, je bénéficie d'un

remboursement à 100 % (sous réserve des éventuels dépassements d'honoraires) pour la totalité des frais médicaux remboursables (consultations, médicaments, frais d'analyse, d'appareillage, d'hospitalisation, etc.), 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. Pendant toute ma grossesse, les consultations obligatoires, les séances de préparation à l'accouchement et certains examens sont également pris en charge à 100 %. Mon médecin me remet des imprimés spécifiques "Premier examen médical prénatal". Je transmets simultanément, au plus tard avant la fin du 3^e mois de grossesse :

- les deux volets bleus à **la Caisse d'allocations familiales (CAF)** de mon lieu de résidence ;
- le volet rose à **mon centre de Sécurité sociale MGEN**, pour la prise en charge du suivi de ma grossesse et de mon accouchement.





Mon médecin traitant

Pour bénéficier d'un remboursement sans pénalité, **je désigne un médecin traitant** qui m'oriente vers les professionnels de santé compétents. **En cas de non-respect du parcours de soins, mon remboursement sera minoré.**

Bon à savoir

À tout moment, je peux changer de médecin traitant. Je lui demande, lors de la première consultation, d'en effectuer la déclaration en ligne, **via ma carte Vitale.** Je peux également télécharger un nouveau formulaire de désignation **sur mgen.fr.**

Les participations forfaitaires et franchises

La participation forfaitaire de 1 €

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. Les participations forfaitaires sont limitées à 50 € par an.

Les franchises

Des franchises s'appliquent sur la pharmacie (0,50 €), les actes des auxiliaires médicaux (0,50 €) et les transports sanitaires (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.

Bon à savoir

Les participations forfaitaires de 1 € et les franchises ne concernent pas

les personnes de moins de 18 ans,
les femmes enceintes de plus de 6 mois,
les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire.

Si je fais l'avance de frais :

Je n'ai aucune démarche à effectuer. Les participations et franchises sont déduites automatiquement de mon remboursement par MGEN.

Si je bénéficie de la dispense d'avance de frais (tiers payant) :

Les participations forfaitaires et franchises seront déduites de mes prochains remboursements Sécurité sociale.

Si je bénéficie constamment de la dispense d'avance de frais (tiers payant) :

Je recevrai un courrier me demandant de m'acquitter du montant de ces participations forfaitaires et franchises.

MGEN me propose de nombreux services via **mon espace personnel sur le site mgen.fr** : suivi des remboursements, localisation géographique de professionnels de santé, consultation en ligne, mise à jour de mes données personnelles, déclaration de perte ou de dysfonctionnement de ma carte Vitale, téléchargement d'une attestation de droits et des bons de prise en charge au titre de la prévention...

Pour aller plus loin

- **Créer mon Espace personnel :**
Quelques clics suffisent pour créer mon espace sécurisé sur mgen.fr
- **Besoin d'aide ?**
Je bénéficie d'un service de navigation guidée pour être accompagné lors de la création de mon espace.



Pour en savoir plus, venez nous rencontrer en section départementale

mgen.fr

3676 Service gratuit
+ prix appel

- **Twitter : @MGENetvous**
- **Le Forum sur mgen.fr**