

AFFILIATION À
LA **SÉCURITÉ SOCIALE**
DES AGENTS DE
LA FONCTION PUBLIQUE

Dossier d'affiliation

auprès de

MFP SERVICES Solsantis

votre gestionnaire du

régime obligatoire
d'Assurance maladie
des fonctionnaires

La Sécurité sociale des fonctionnaires, c'est **obligatoire** !

Vous venez d'intégrer la Fonction publique, une nouvelle Administration ou votre établissement change de statut. Vous devez à présent être affilié à la Sécurité sociale des fonctionnaires*. Cette démarche obligatoire vous permet de bénéficier d'une couverture santé.

Etant agent du ministère de la Justice, MFP SERVICES Solsantis est votre interlocuteur pour le remboursement de vos dépenses de soins.

* en application des dispositions des articles L712-6 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Comment **s'affilier** ?

1 Complétez les documents ci-joints :

- ☐ Fiche de renseignements,
- ☐ Déclaration de choix de médecin traitant
(si vous n'avez pas encore déclaré ou si vous avez changé récemment de médecin traitant).

2 Joignez à ces deux documents les pièces suivantes :

- ☐ Relevé d'Identité Bancaire (RIB) original à votre nom,
- ☐ Copie de votre dernière attestation de droits (document joint à votre carte Vitale). Sauf avis contraire, tous les bénéficiaires (enfants ou conjoint) présents sur cette attestation seront repris à l'identique,
- ☐ Copie de votre carte d'identité ou copie complète du livret de famille si vous avez des bénéficiaires à charge,
- ☐ Copie de votre arrêté ou notification d'affectation ou de nomination ou, en cas d'intégration dans une école de la Fonction publique, de la convocation de l'école,
- ☐ Copie des trois derniers bulletins de salaires ou de vos derniers justificatifs de paiements « Pôle emploi » (si vous avez exercé une activité professionnelle avant votre intégration dans la Fonction publique) ou copie de votre premier bulletin de salaire de votre employeur public suite à votre nomination.



Votre dossier complet est à remettre à l'école le jour de la permanence ou à adresser au centre de gestion MFP SERVICES Solsantis (adresse au verso).

Attention, toute pièce manquante retardera la date de votre affiliation et du versement de vos remboursements éventuels.



Votre rattachement au régime de Sécurité sociale des fonctionnaires sera effectif dans un délai d'environ un mois. MFP SERVICES Solsantis vous adressera un courrier de confirmation de votre affiliation. Vous devrez alors mettre à jour votre carte Vitale.

MFP SERVICES Solsantis

AFFILIATION À LA **SÉCURITÉ SOCIALE** DES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

N° de Sécurité sociale :

Nom patronymique : Nom marital d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Lieu de naissance : Département de naissance : Nationalité :

Situation actuelle :

Adresse :

Téléphone : Téléphone portable :

Courriel :

Nom et adresse de l'employeur et téléphone professionnel :

Date d'affectation :

Situation précédente :

Ancienne adresse :

Nom et adresse de l'employeur précédent :

Numéro de Sécurité sociale de la personne qui vous assurait précédemment :

Nom de l'organisme d'Assurance maladie ou CPAM précédent :

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus :

Date et signature :

► Vous souhaitez rattacher vos enfants à votre dossier ?

Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Sexe	Date de naissance	Ville, département ou pays de naissance (arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

D'un commun accord, les parents déclarent que les enfants désignés ci-dessus sont rattachés, pour le bénéfice de l'Assurance maladie et maternité, au dossier : ☐ du père, ☐ de la mère ou ☐ des deux parents. Dans ce cas, nous vous remercions d'indiquer le parent gestionnaire principal du dossier de l'enfant : ☐ le père ou ☐ la mère. Ce choix ne peut pas être remis en cause avant un délai d'un an, sauf changement de situation familiale.

Date et signature du père :

Date et signature de la mère :

► Vous souhaitez rattacher à votre dossier une autre personne dont les droits Sécurité sociale sont arrivés à échéance (conjoint(e), concubin(e), partenaire PACS, ou autre ayant droit) ?

N° sécurité sociale :

Nom patronymique : Nom marital ou nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Lieu de naissance : Département de naissance : Nationalité :

Date depuis laquelle vous vivez au domicile de l'assuré(e) ou date du mariage, du PACS, ou début de vie commune :

Adresse commune :

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur n'exercer aucune activité ouvrant droit à un régime obligatoire d'Assurance maladie et être à la charge effective, totale et permanente, de l'assuré(e) cité(e) ci-dessus. De plus, je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de votre organisme d'Assurance maladie tout changement survenu dans ma situation.

Date et signature de l'ayant droit :

Date et signature de l'assuré(e) :



N°12485*02

DÉCLARATION DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

(art. L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale)

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

identification de l'assuré(e) et du bénéficiaire	
l'assuré(e)	
nom	
(suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))	
prénom	
n° d'immatriculation	
le bénéficiaire	
nom	
(suivi, s'il y a lieu du nom d'époux(se))	
prénom	
date de naissance	
adresse de l'assuré(e)	

identification de la structure d'exercice et du médecin traitant	
raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement (*)	nom et prénom du médecin traitant
n° de la structure (AM, FINESS, ou SIRET)	nom
	prénom
	identifiant
(*) centre de santé, établissement ou service médico-social	

déclaration conjointe du bénéficiaire et du médecin traitant	
le bénéficiaire et le médecin traitant s'engagent conjointement à respecter les dispositions de l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale	
bénéficiaire	médecin traitant
(et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de + 16 ans)	
Je soussigné(e), M., Mme, Mlle	Je soussigné(e), Docteur
déclare choisir le médecin identifié ci-dessus, comme médecin traitant	déclare être le médecin traitant du bénéficiaire cité ci-dessus
signature(s)	signature

déclaration signée le

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

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

Pour permettre la bonne coordination de vos soins il est prévu, dans la loi réformant l'assurance maladie¹, que chaque assuré ou bénéficiaire de 16 ans et plus indique à MFP SERVICES Solsantis 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 MFP SERVICES Solsantis ?

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 MFP SERVICES Solsantis.

(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..."

VOTRE PROTECTION SOCIALE



Votre Régime Complémentaire : **LA MUTUELLE**

Le ministère de la Justice a désigné, depuis le 1er avril 2009 la MMJ comme organisme de protection sociale complémentaire chargé d'assurer la couverture santé-prévoyance de l'ensemble de ses agents, (décret n° 2007-1373 du 19/09/2007).

L'offre MMJ Référence s'apparente à un contrat collectif conclu entre le Ministère et la Mutuelle.

Si l'adhésion à un régime complémentaire reste une démarche volontaire, l'offre MMJ-Référence est encadrée par un dispositif réglementaire visant à inciter les agents à souscrire à l'offre référencée.



Pour vous informer : une équipe de la MMJ sera présente à l'Énap dès votre rentrée.

Une documentation vous sera remise à cette occasion. Pour la constitution de votre dossier d'adhésion, seul un RIB vous sera demandé.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT :

Visitez le site Internet : www.mmj.fr

Contactez le service adhésion de la MMJ :
adhesion@mmj.fr



MUTUELLE DU MINISTÈRE
DE LA JUSTICE

MFP SERVICES Solsantis
TSA 80001
33046 BORDEAUX CEDEX

0 821 080 093

Service 0,12 € / min
+ prix appel