



**RÉGION ACADÉMIQUE  
LA RÉUNION**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

**Division des personnels  
enseignants du second degré (DPES)**

**Division des personnels  
enseignants du second degré  
DPES 3**

Saint-Denis, le 20 juillet 2023

La rectrice

Affaire suivie par :  
Béatrice VELIA

à

Tél : 02 62 48 11 19  
Mél : [mouvement2d@ac-reunion.fr](mailto:mouvement2d@ac-reunion.fr)

Mesdames et Messieurs les chefs d'établissement

24 avenue Georges Brassens  
CS71003  
97743 ST DENIS CEDEX

à l'attention

des enseignants stagiaires du 2<sup>nd</sup> degré

**CIRCULAIRE N° DPES/23/22**

**Objet : Prise en charge des personnels d'enseignement et d'éducation stagiaires pour l'année scolaire  
2023-2024 (concours internes, externes, 3<sup>e</sup> concours)**

**Références :**

- Circulaire de rentrée du 06-7-2023 - parue au BOEN n° 27 du 06 juillet 2023 ;
- Bulletin officiel n° 17 du 27 avril 2023 ;

**PJ :**

- Annexe 1 : Liste des pièces à fournir ;
- Annexe 2 : Fiche de renseignements ;
- Annexe 3 : Formulaire de demande d'attribution du supplément familial de traitement (SFT) ;
- Coordonnées Sécurité Sociale ;
- Formulaire affiliation MGEN ;
- Déclaration de choix du médecin traitant.

Vous venez d'être affecté(e) dans un établissement scolaire pour effectuer votre stage à la rentrée 2023.

Pour faciliter votre prise en charge vous trouverez ci-dessous les procédures mises en place s'agissant de la vérification des diplômes requis et de votre prise en charge administrative et financière.

**1. LES PERSONNELS CONCERNÉS**

Les lauréats des sessions de recrutement seront affectés en qualité de fonctionnaires stagiaires au 1<sup>er</sup> septembre 2023 (rentrée le 16 août 2023).



## 2. VÉRIFICATION DES DIPLÔMES ET TITRES

Vous devez transmettre, **avant le 7 août 2023** par courriel à [dpes.secretariat@ac-reunion.fr](mailto:dpes.secretariat@ac-reunion.fr) les documents ci-dessous :

- Les titres et diplômes requis pour l'inscription aux concours d'accès aux corps des personnels enseignants et d'éducation du second degré ou titre équivalent ;
- La qualification en sauvetage aquatique et en secourisme pour les professeurs d'EPS.

Les lauréats des concours externes (hors agrégation) qui n'auront pas validé leur M2 au 31 août 2023 doivent nous en informer le plus rapidement possible par courriel à [mouvement2d@ac-reunion.fr](mailto:mouvement2d@ac-reunion.fr) et **avant le 7 août 2023**.

En cas de non validation du M2 après la tenue des sessions de rattrapage, les lauréats ne pourront être nommés stagiaires au 1<sup>er</sup> septembre 2023; ils seront placés en report de stage pour une seule année pour non validation du M2.

## 3. PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE ET FINANCIÈRE

Vous trouverez en annexe 1 le dossier de prise en charge administrative et financière. Vous devez le transmettre accompagné des pièces demandées par mail au plus tard le **18 août 2023** à l'adresse suivante :

- [dpes.secretariat@ac-reunion.fr](mailto:dpes.secretariat@ac-reunion.fr)

Tout retard dans la transmission des pièces utiles engendrera une impossibilité pour les services de verser le traitement dû.

La rectrice

Pour la rectrice et par délégation

La secrétaire générale adjointe

SIGNE

Maryvonne CLEMENT

**PRISE EN CHARGE STAGIAIRES : PIÈCES À FOURNIR.**

**1 - Prise en charge financière.**

- Relevé d'identité bancaire ou postal ou d'épargne (format IBAN). Il doit être établi au même nom que celui qui figure sur la fiche de renseignement. Le RIB doit comporter obligatoirement les codes IBAN et BIC.
- Certificat de cessation de paiement (CCP) ou fiche de liaison : sont concernés uniquement ceux qui ont travaillé précédemment dans un autre Corps ou autres Administrations. Cette pièce est délivrée par votre ancien gestionnaire de traitement.
- Procès verbal d'installation (PVI) : il est établi par votre chef d'établissement et signé par vous le jour de la pré-entrée.
- Copie de la carte d'identité ou passeport.
- Copie de la carte VITALE ou de l'attestation de la carte VITALE
- Fiche de renseignements (annexe 2).
- Imprimé choix du bénéficiaire du SFT (annexe 3) et copie du livret de famille dans le cas où vous auriez des enfants (ne pas oublier de porter les renseignements concernant le conjoint). L'imprimé doit-être signé des deux fonctionnaires.

**NB : Concernant la demande de versement des prestations familiales, veuillez vous rapprocher de la CAF de la Réunion.**

**2 - Prise en charge administrative.**

- Selon votre situation, soit une copie de la carte d'identité, soit une copie du livret de famille de nationalité française.
- 1 photo d'identité.
- 1 copie de l'état signalétique et du service militaire délivré par le bureau de recrutement du chef-lieu de la région militaire du lieu de naissance ou certificat de position militaire ou journée d'appel.

Ces documents sont à retourner **au plus tard le 18 août 2023**

(dans deux dossiers distincts : 1/ Prise en charge financière – 2/ prise en charge administrative) :

➤ **Rectorat de la Réunion**  
**24 avenue Georges Brassens**  
**CS 71003**  
**97443 Saint-Denis Cedex 9**

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**Identité :** Nom d'usage :  Nom de famille (de naissance) :   
 Prénoms :  N° INSEE  Clé

Avez-vous déjà eu un NUMEN auparavant ?  Oui  Non

Né le :  Lieu de naissance :  Service militaire : du  au

**Adresse :** N° :  Voie :   
 code postal :  Ville :   
 Téléphone Fixe :  Mobile :  Courriel professionnel :

**Affectation actuelle :** Etablissement d'affectation :   
 Grade et discipline

**Affectation précédente :**

Situation administrative :  activité  disponibilité  détachement  autre :

Etablissement d'affectation:

Grade et discipline:

**Situation de famille :** Joindre selon le cas, une copie du justificatif ( l'acte de mariage ou du contrat de PACS ou du certificat de vie commune ou de concubinage ....)(cocher la case correspondante)

Célibataire  Concubinage (officiel) le :  /  /   
 Marié(e) le :  /  /   Pacsé(e) le :  /  /   
 Divorcé(e) le :  /  /   Veuf(ve) le :  /  /   
 Séparé(e) légalement le :  /  /   Séparé(e) de fait le :  /  /

**Informations concernant le conjoint ou le concubin :**

Nom :  Prénoms :

Nom de famille :  Date de naissance :  lieu de naissance

Lieu de résidence (1) :

L'agent occupe t-il un emploi ?  oui  non si oui, compléter les rubriques ci-dessous

Profession :  Employeur :

S'agit-il d'une entreprise privée :  oui  non Adresse de l'employeur :

Si fonctionnaire, indice de traitement :  Grade

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT TOUS LES ENFANTS DE L'AGENT (joindre une copie du livret de famille) :**

Nom	Prénom	Lieu de résidence	Lien juridique(2)	Date de naissance	SITUATION (3)

- Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage à notifier à mon administration toute modification qui interviendrait ultérieurement au moyen de pièces justificatives.

- Je demande l'attribution du supplément familial de traitement (SFT)  Oui (je complète les fiches annexes du SFT)  Non

A , le  Signature :

(1) : Champ obligatoire

(2) : légitime , adoptif , naturel , enfant du conjoint ou du concubin , placé sous tutelle, délégation de l'autorité parentale , recueilli

(3) : étudiant , lycéen , collégien , salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55% du SMIC , apprenti , scolarisé,

**(Annexe 1) FORMULAIRE D'ATTRIBUTION DU SUPPLEMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT  
DECLARATION SUR L'HONNEUR**

**1 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'AGENT:**

- Souhaite percevoir le SFT  
 Ne souhaite plus percevoir le SFT

NOM : \_\_\_\_\_, PRENOM : \_\_\_\_\_

N°INSEE : \_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_\_

DOMICILE : \_\_\_\_\_

GRADE : \_\_\_\_\_ DISCIPLINE (enseignant 2d°): \_\_\_\_\_

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : \_\_\_\_\_

**SITUATION DE FAMILLE** (cocher la case correspondante)

Marié : depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_       Divorcé(e) : depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Pacsé : depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_       Séparé(e) légalement : depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Vie maritale: depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_       Séparé(e) de fait : depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Célibataire : depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_       Veuf(ve) : depuis le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CONJOINT OU EX-CONJOINT (cocher la case correspondante):**

agent public ou agent appartenant à un organisme financé à plus de 50% par l'Etat  
 agent du secteur privé ou sans emploi

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DOMICILE (si différent de celui du bénéficiaire) : \_\_\_\_\_

NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Pour les personnels de l'éducation nationale:*

GRADE : \_\_\_\_\_ DISCIPLINE (enseignant 2d°): \_\_\_\_\_

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION : \_\_\_\_\_

Bénéficie-t-il du supplément familial de traitement ou d'un avantage de même nature de la part de son employeur ?  Oui  Non

**3 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A CHARGE DE MOINS DE 16 ans**

NOM ET PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ (1)	DATE DE NAISSANCE	SITUATION(2)

(1) : légitime (issu du mariage des époux ou de l'un des deux) - naturel – adopté- recueilli - enfant du conjoint ou du concubin  
 (2) : moins de 16 ans - collégien – lycéen – étudiant – salarié dont la rémunération ne dépasse pas 55% du SMIC – apprenti

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ atteste sur l'honneur que les renseignements indiqués sur le présent imprimé sont bien exacts et sincères.

Je m'engage par ailleurs à prévenir immédiatement l'administration de tout changement intervenant dans ma situation familiale et professionnelle susceptible de modifier mes droits au Supplément Familial de Traitement, sachant que toute déclaration inexacte, incomplète ou tardive de ma part m'exposerait au remboursement des sommes indûment perçues.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature :

Mentions légales : Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre dossier administratif et financier. Les destinataires des données sont votre service gestionnaire et/ou les services de la DRFIP. Conformément à la loi 2018-493 du 20 juin 2018 dite « loi informatique et libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au Rectorat (service DPEP pour le 1er degré, DPES pour le second degré, DPATE pour les personnels ATSS, et les personnels d'inspection ou de direction, DEPAP pour les personnels AESH) 24 avenue Georges Brassens, CS 97743 Saint-Denis Cedex 9. En revanche, vous ne bénéficiez pas du droit d'opposition. En effet, s'agissant du traitement des données RH, le droit d'opposition des personnes a été régulièrement écarté par les arrêtés de création des systèmes d'information, en application des dispositions de la loi de 1978.

**(Annexe 2) DÉCLARATION COMMUNE DE CHOIX D'ALLOCATAIRE EN VUE DE L'ATTRIBUTION DU SFT  
DANS LE CAS D'UN COUPLE D'AGENTS PUBLICS OU ORGANISMES FINANCÉS A PLUS DE 50% PAR L'ETAT**

Madame,  Monsieur : \_\_\_\_\_ est désigné(e) pour ouvrir le droit au Supplément Familial de Traitement.

SITUATION FAMILIALE	
AGENT	CONJOINT (OU EX-CONJOINT)
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Nationalité : _____	Nationalité : _____
Date de naissance : _____	Date de naissance : _____
N° INSEE : _____	N° INSEE : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____	Code postal : _____ Ville : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE	
AGENT	CONJOINT (OU EX-CONJOINT)
Profession (grade) : _____	Profession (grade) : _____
Nom et adresse de l'employeur : _____	Nom et adresse de l'employeur : _____

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR	
Fait à _____, le _____	
Je m'engage à signaler tous les changements modifiant la présente déclaration.	
Signature obligatoire de l'agent	Signature obligatoire du conjoint (ou ex-conjoint)

CACHET DE L'ADMINISTRATION OU ORGANISME DU CONJOINT (OU EX-CONJOINT) QUI ARRETE LE PAIEMENT DU SFT	
<b>A faire remplir obligatoirement</b> à l'exception des personnels payés par le Rectorat de La Réunion	
M. / Mme _____	
<input type="checkbox"/> perçoit le SFT depuis le _____	_____
<input type="checkbox"/> ne perçoit pas le SFT depuis le _____	_____
Fait à ....., le..... <b>Cachet et Signature</b>	

(Annexe 3) SITUATION DE VOTRE CONJOINT(E) OU EX CONJOINT(E)  
EXERCANT UNE PROFESSION RELEVANT DU SECTEUR PRIVE ou SANS EMPLOI

### Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e),  Madame,  Monsieur :

NOM

PRÉNOM :

N°INSEE :

GRADE :

DISCIPLINE (enseignant 2d°):

NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

Déclare que mon conjoint (e) ou ex conjoint (e)

exerce une profession relevant du secteur privé ou

est sans emploi depuis le

Je m'engage sur l'honneur à signaler sans délai tout changement modifiant la présente déclaration.

Fait à , le

Signature

**(Annexe 4) CESSION DU SFT A L'EX-CONJOINT(E) N'APPARTENANT PAS A LA FONCTION PUBLIQUE**

Je soussigné(e)  demande que le supplément familial de traitement soit versé à mon ex-conjoint(e).

**1 - Identification de l'agent**

NOM :   
 PRÉNOM :   
 N°INSEE :   
 GRADE :  DISCIPLINE (enseignant 2d°):   
 NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTATION :

**2 – Identification de l'ex conjoint(e) ayant la charge des enfants**

NOM :   
 PRÉNOM :   
 N°INSEE :  PROFESSION :   
 ADRESSE:  TÉLÉPHONE :

- ⇒ Joindre le relevé d'identité bancaire (format BIC IBAN) de l'ex conjoint(e) à qui le SFT doit être reversé.
  - ⇒ Joindre un justificatif de domicile récent de l'ex conjoint(e) à qui le SFT doit être reversé.
- Tout changement d'adresse doit immédiatement être porté à la connaissance de votre service gestionnaire.**

**Concernant le ou les enfants à la charge de l'ex conjoint(e) suivant(s) :**

NOM et PRÉNOM	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fait à , le  Signature :



**(Annexe 5) DEMANDE DE COMPLÉMENT DE SFT  
 AU RECTORAT DANS LE CAS D'UN COUPLE SÉPARÉ D'AGENTS PUBLICS**

Je soussigné(e)  demande à recevoir le complément de supplément familial de traitement par l'administration de mon ex-conjoint(e) (Rectorat ou DSDEN).

**1 - Identification de l'agent public** (qui n'a pas la garde des enfants et qui est rémunéré par le Rectorat)

NOM :   
 PRÉNOM  .....  
 N°INSEE :   
 GRADE :  DISCIPLINE (enseignant 2d°):   
 NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTION :

**2 - Identification de l'ex conjoint(e)** (qui a la garde des enfants et demande à recevoir le complément de SFT)

NOM   
 PRÉNOM :   
 N°INSEE :   
 INDICE DE RÉMUNÉRATION MAJORÉ (INM) :  **Joindre une copie de bulletin de salaire de moins de 6 mois**  
 PROFESSION   
 ADRESSE   
 TÉLÉPHONE .....  
 NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

*Pour les personnels de l'éducation nationale:*

GRADE :  DISCIPLINE (enseignant 2d°):   
 NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTION :

**Concernant le ou les enfants à la charge suivant(s) :**

NOM et PRÉNOM	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fait à  le  Signature

**(Annexe 6) SITUATION DES ENFANTS A CHARGE AGES DE 16 ANS A 20 ANS**  
REEMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT DE PLUS DE 16 ANS

De 16 à 20 ans, l'enfant est considéré comme à charge s'il ne perçoit pas une rémunération nette supérieure à 55% du SMIC brut, une allocation de son propre chef (ALS ou APL) ou s'il ne vit pas en couple (mariage, pacs, concubinage).

**1 - Identification de l'agent**

NOM :   
PRÉNOM :  N°INSEE :   
GRADE :  DISCIPLINE (enseignant 2d°):   
NOM DE L'ETABLISSEMENT D'AFFECTION :

**2 - Renseignement relatif à l'enfant à charge**

NOM :  PRÉNOM :  NÉ(E) LE:

**3 - Situation de l'enfant à charge :** (cocher la case correspondant à la situation)

- Poursuivant ses études (**Rappel : cet enfant ne doit pas bénéficier d'aide au logement (APL ou ALS)**) → **Joindre un certificat de scolarité.**
- Placé en apprentissage → Joindre une copie du contrat d'apprentissage.
- En stage de formation professionnelle → Joindre une attestation de l'organisme responsable du stage de formation professionnelle indiquant la durée, le type et la rémunération.
- Infirmes, handicapés ou atteints d'une maladie chronique → Joindre une attestation indiquant que cet enfant ouvre droit à l'allocation d'éducation spéciale ou un certificat médical attestant l'état de santé de votre enfant.
- Enfant n'entrant pas dans l'une des catégories énumérées, ci-dessus, et âgé de moins de 20 ans → Joindre une attestation justifiant de sa situation.
- Enfant vivant en concubinage ou marié ou ayant conclu un pacte civil de solidarité.  
Cet enfant n'est plus considéré comme étant à votre charge au sens du Code de la sécurité sociale.

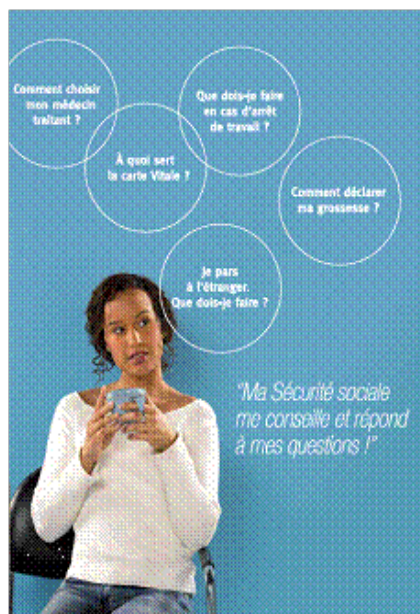
Je soussigné(e), Nom  Prénom  atteste sur l'honneur que mon enfant :

Nom  Prénom   
né(e) le  dont j'assume la charge de manière permanente n'exerce aucune activité professionnelle dont la rémunération excède 55 % du SMIC.

**A NOTER :** Une activité professionnelle réduite n'est pas incompatible avec le maintien du SFT dès lors que la rémunération mensuelle n'excède pas 55% du SMIC mais **vous devez fournir les bulletins de salaire de votre enfant ou avis de paiement du Pôle emploi**, selon le cas.

Je certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. Je m'engage à faire connaître immédiatement tout changement dans la situation de mon enfant décrite ci-dessus.

Fait à , le  Signature



Parce que votre dossier **Sécurité Sociale** est maintenant géré par la **MGEN**,

**Nous devons vous rencontrer...**

**Prenez rendez-vous pendant les vacances !**

(plus de calme pour faire les démarches...)

Par téléphone au : **0 821 221 974**

Par mail : [flamboyant@mgen.fr](mailto:flamboyant@mgen.fr)





# Demande d'affiliation au centre de Sécurité sociale MGEN

Vous êtes fonctionnaire (stagiaire, titulaire), contractuel, pensionné de vieillesse ou d'invalidité

Complétez cette demande d'affiliation

Votre centre de Sécurité sociale MGEN vous verse les prestations de votre régime d'assurance maladie obligatoire

Les centres MGEN vous accompagnent dans cette démarche

N'hésitez pas à nous contacter(\*) pour prendre un RDV

À RETOURNER COMPLÉTÉE ET ACCOMPAGNÉE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES (VOIR AU VERSO) À LA SECTION MGEN(\*)

- du département de votre lieu de travail si vous êtes fonctionnaire (titulaire ou stagiaire)
- de votre département de résidence pour les autres situations

## SITUATION DE FAMILLE (1) (2)

Nom de famille .....

(Nom de naissance)

Nom d'usage .....

(Facultatif et s'il y a lieu)

Prénom .....

N° de Sécurité sociale

Nationalité (3)  Française  UE/EEE  Autre

Sexe (3)  M  F

Situation de famille (3)

célibataire  marié-e  séparé-e  divorcé-e  
 veuf-ve  pacsé-e  concubin-e depuis le : .....

Situation actuelle (3)

actif-ve  retraité-e  pensionné-e d'invalidité  titulaire d'une rente « Accident du travail »  retraité-e + activité

Date de naissance

Lieu de naissance .....

Adresse actuelle N° ..... Voie .....

Code postal .....

Commune .....

Téléphone fixe .....

Téléphone portable .....

E-mail .....

## SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE (à ne remplir que si vous êtes en activité)

Ministère/Employeur .....

Profession .....

Nom/adresse Etablissement d'exercice .....

Autre activité professionnelle éventuelle .....

Situation (3)  fonctionnaire titulaire  
 fonctionnaire stagiaire  vacataire  contractuel-le  
 salarié-e  autre (à préciser) .....

Date d'entrée dans le régime des fonctionnaires / à défaut date d'entrée en fonction

## SITUATION SECURITE SOCIALE

Adresse du centre vous versant vos prestations Sécurité sociale jusqu'à présent .....

Êtes-vous bénéficiaire de la CMU complémentaire :  oui  non Si oui, auprès de quel organisme ? .....

Êtes-vous bénéficiaire de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) :  oui  non

Fait à ..... le ..... Signature

(1) Tout changement de la situation familiale doit être signalé rapidement à votre centre de Sécurité sociale MGEN. (2) Pièces à fournir : voir liste page verso. (3) Cocher la case correspondante.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, les informations demandées, à l'exception de celles signalées par un astérisque, sont obligatoires pour le traitement de votre dossier qui à défaut ne peut être effectué. Elles sont destinées à l'usage interne de votre organisme gestionnaire de sécurité sociale et de ses sous-traitants ou prestataires techniques. Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification par courrier accompagné d'un justificatif d'identité auprès du contact CNIL de votre centre de sécurité sociale, domicilié à l'adresse suivante : MGEN - Centre de gestion de La Verrière - Gestion CNIL - CS 10601 La Verrière - 6 bis, avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.

# d'affiliation

Demande  
au centre de  
Sécurité sociale  
MGFN

## PIÈCES À JOINDRE

### Dans tous les cas :

- Une copie de l'une des pièces suivantes : carte nationale d'identité en cours de validité (recto/verso), passeport en cours de validité, extrait d'acte de naissance
- Une pièce justifiant votre statut (actif, retraité...) :

VOTRE STATUT	JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE L'UNE DES PIÈCES CI-DESSOUS
Fonctionnaire stagiaire	Votre arrêté de stage (de nomination ou d'affectation) <b>OU</b> Votre procès-verbal d'installation <b>A défaut</b> , votre notification de réussite au concours ou votre convocation de prérentrée + une attestation (sur l'honneur ou de votre employeur) mentionnant votre date d'entrée en fonction et votre lieu d'exercice <sup>(1)</sup>
Fonctionnaire titulaire	Votre arrêté de nomination <b>OU</b> Toute pièce justifiant de votre entrée en fonction et titularisation, par exemple : attestation de l'employeur précisant la fonction, la date de titularisation et le département d'exercice ou un de vos bulletins de salaire depuis votre titularisation (n'oubliez pas de préciser votre date de titularisation sur le formulaire)
Contractuel	Votre contrat de travail correspondant à cette activité <b>OU</b> Un bulletin de salaire + une attestation employeur précisant la durée du contrat (date de début et le cas échéant date de fin) et le temps de travail (travail à temps complet ou temps incomplet)
Pension de vieillesse ou d'invalidité	Votre titre de pension de vieillesse ou d'invalidité
Bénéficiaire d'une rente « Accident du travail »	Votre titre de rente « Accident du travail »

- Un relevé d'identité bancaire précisant le code IBAN (identifiant international de compte).

### Selon votre situation :

- Une copie lisible du livret de famille (pages correspondant à l'extrait d'acte de mariage) ou une copie de l'attestation d'enregistrement du Pacs ou une déclaration sur l'honneur attestant de votre situation de concubinage
- Une copie de votre attestation CMU complémentaire si vous en bénéficiez
- Une copie de votre attestation de tiers payant social fournie si le droit à l'ACS a été accordé
- Une photocopie de notification de votre éventuelle exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100% par le régime obligatoire d'assurance maladie)
- Si vous êtes de nationalité étrangère, hors UE/EEE/Suisse : copie du titre de séjour, copie d'une pièce d'identité et copie de la pièce d'état civil portant la filiation<sup>(2)</sup>

### Vous avez des personnes à charge ?

Selon la situation de la (des) personne(s) à charge, vous pouvez la (les) rattacher en tant qu'ayant droit à votre dossier en complétant également le(s) formulaire(s) correspondant(s) :

- **Demande de rattachement des enfants à l'un ou aux deux parents assurés – Formulaire S 3705**
- **Demande de rattachement à un assuré des ayants droit autres que les enfants – Formulaire S 3706**

1. Si vous ne possédez que votre attestation de réussite au concours ou votre convocation de prérentrée : afin de ne pas retarder le traitement de votre dossier, transmettez-nous cette pièce accompagnée de l'attestation demandée. Vous nous joindrez ultérieurement une copie de votre arrêté de stage ou de votre procès-verbal d'installation.  
2. Les pièces d'état civil en langue étrangère doivent s'accompagner d'une traduction faite par un traducteur assermenté figurant sur la liste des experts judiciaires établie par les tribunaux de grande instance, les cours d'appel et la Cour de cassation français ou par l'ambassade, le consulat ou le CLEISS, et bénéficier de la **légalisation** et/ou de l'**apostille**, le cas échéant.

**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 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) <input type="text"/>	nom <input type="text"/>
	prénom <input type="text"/>
	identifiant <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 (et parent ou titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs de +16 ans)	médecin traitant
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

Merci d'envoyer la déclaration complétée et signée à votre caisse d'assurance maladie.

S 3704a

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L. 114-13 et L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale).

## 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..."