



MINISTÈRES
ÉDUCATION
JEUNESSE
SPORTS
ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR
RECHERCHE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Mise en œuvre de la protection sociale complémentaire (PSC) – volet santé

Foire aux questions

Mai 2025

I. COMPRENDRE LA REFORME

1. Qu'est-ce qu'une complémentaire santé ?

La Sécurité sociale protège les assurés sociaux en prenant en charge une partie de leurs dépenses de santé : c'est l'assurance maladie obligatoire. Mais elle ne rembourse pas la totalité de leurs soins médicaux, il y a souvent un « reste à charge ».

Une complémentaire santé est un organisme qui gère le remboursement total ou partiel du "reste à charge" lié à des soins et équipements santé. Une complémentaire santé, ou mutuelle, intervient donc en complément de la Sécurité sociale pour rembourser tout ou partie des frais de santé.

2. Qu'est-ce qu'un contrat collectif en santé obligatoire ?

Il s'agit d'un contrat santé souscrit par l'employeur au bénéfice de tous les agents. Dans le cadre de la réforme de la protection sociale complémentaire, tous les employeurs publics de l'État doivent souscrire un contrat collectif de complémentaire santé pour leurs agents. Les agents actifs (fonctionnaires et contractuels) de l'État seront donc affiliés de manière obligatoire.

3. Pourquoi est-ce obligatoire ?

Un Accord interministériel a été signé le 26 janvier 2022 par la DGAFP avec l'ensemble des organisations syndicales pour définir le nouveau régime de Protection Sociale Complémentaire dédié aux risques « santé » dans la Fonction Publique d'État.

La Protection Sociale Complémentaire dans la fonction publique de l'Etat, instaurée par le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, a été conçue dans le but de mieux protéger la santé des agents.

4. Est-ce qu'un agent peut refuser de s'affilier au contrat collectif santé ?

L'affiliation au contrat collectif santé est obligatoire pour les agents actifs. Toutefois, l'agent peut bénéficier d'une dispense dans les conditions prévues à l'article 3 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 et précisées en question 24.

5. Quels sont les avantages d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ?

Dans le cas d'un contrat individuel de complémentaire santé, l'agent est le souscripteur et paie la totalité de la cotisation.

Avec le nouveau dispositif de protection sociale complémentaire, l'État offre à ses agents une meilleure protection à travers un contrat santé collectif à adhésion obligatoire, qui présente de nombreux avantages.

Les employeurs prendront en charge la moitié du coût de la cotisation mensuelle pour les garanties du socle obligatoire, allégeant ainsi les dépenses des agents. Ce financement remplacera la participation actuelle de 15 euros par mois.

Pour bénéficier de ce nouveau financement employeur, l'agent doit être affilié au contrat collectif à adhésion obligatoire. L'agent a également la possibilité de souscrire des options, avec une prise en charge par l'employeur de 50% du montant de l'option, dans la limite de 5 euros.

6. Qui est concerné par la mise en place du contrat collectif obligatoire en santé ?

Les agents employés et rémunérés par les ministères de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la recherche, des Sports, de la jeunesse et de la vie associative et l'ensemble de leurs établissements publics seront tenus d'adhérer au contrat collectif obligatoire.

Sont concernés les fonctionnaires, les agents contractuels de droit public (CDD et CDI), les agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire et les maîtres contractuels des établissements d'enseignement privé sous contrat d'association.

Par ailleurs, conservent la qualité d'actif les agents placés dans l'une des situations suivantes :

1. Congé parental ;
2. Disponibilité pour raison de santé ou congé sans rémunération pour raison de santé ;
3. Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
4. Congé de formation professionnelle ;
5. Bénéficiaire de l'allocation spécifique de cessation anticipée d'activité.

7. Est-ce que l'agent peut couvrir ses ayants droit : conjoint et / ou enfants ?

Les agents des ministères ont la possibilité, s'ils le souhaitent, de souscrire au contrat pour leurs ayant droits :

- leur conjoint (marié, pacsé ou concubin) ;
- leurs enfants jusqu'à 21 ans ;
- leurs enfants jusqu'à 25 ans s'ils sont étudiants, demandeurs d'emploi, alternants ou apprentis sur présentation annuelle d'un justificatif de poursuite d'études (certificat de scolarité par exemple) ;
- leurs enfants, sans limite d'âge, s'ils sont en situation de handicap reconnue par la MDPH.

Néanmoins, la participation financière de l'employeur ne s'étend pas aux ayants droit.

8. L'agent peut-il aussi couvrir l'enfant de son conjoint ?

Oui. L'agent peut couvrir l'enfant de son conjoint dès lors qu'il est à sa charge fiscalement et qu'il répond aux conditions d'âge prévues au contrat.

9. Les retraités peuvent-ils bénéficier de ce nouveau contrat ?

Les retraités des ministères et de leurs établissements publics peuvent demander à adhérer à ce nouveau contrat ainsi que leurs ayants droit. L'adhésion pour les personnels retraités étant facultative, le ministère ne participera pas à la prise en charge de la cotisation.

10. Les agents détachés auprès d'une autre administration sont-ils éligibles au contrat collectif des ministères ?

Non, les agents relèvent du régime collectif mis en place par l'employeur qui les rémunère. Les agents détachés sont donc éligibles au régime collectif de l'administration qui les accueille en détachement et les rémunère. Par exemple, les agents détachés auprès de l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger (AEFE) relèvent du régime du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères.

11. Les agents placés en disponibilité pour convenances personnelles sont-ils éligibles au contrat collectif des ministères ?

Non, les agents placés en disponibilité pour convenances personnelles ne sont pas éligibles au contrat collectif.

12. Quel organisme a été sélectionné par les ministères ?

A l'issue d'une procédure de marché public, le groupement MGEN – CNP assurances a été sélectionné pour déployer une couverture santé collective à adhésion obligatoire.

13. Le ministère proposera-t-il une offre en prévoyance ?

Oui, une offre en prévoyance sera proposée aux agents. Ils pourront adhérer à ce régime facultatif en avril 2026.

II. LES GARANTIES DU NOUVEAU DISPOSITIF DE COMPLEMENTAIRE SANTE

14. Quelles sont les garanties offertes dans le nouveau contrat collectif santé obligatoire ?

Fixé dans l'accord interministériel du 26 janvier 2022 et défini par l'arrêté du 30 mai 2022, le panier de soins socle est commun à l'ensemble des ministères.

Etendu et de qualité, il couvre les agents sur les différents types de soins :

- Par la prise en charge des tickets modérateurs sur les honoraires des praticiens ainsi que par l'accès au 100% Santé qui permet à chacun de bénéficier d'équipements médicaux (paire de lunettes, prothèses dentaires et audioprothèses) sans supporter de reste à charge ;
- Par la prise en charge d'une partie du reste à charge sur les actes les plus onéreux :
 - En cas d'hospitalisation sur d'éventuels dépassements d'honoraires et par des forfaits pour les frais de séjour ;
 - Des dépassements d'honoraires sur les spécialistes et les actes médicaux d'imagerie ou d'auxiliaires médicaux ;
 - Un forfait pour des médicaments non remboursés ;
 - Une large proportion des coûts de prothèses dentaires et d'orthodontie (y compris sur les implants dentaires) ;
 - Des forfaits en optique selon la correction visuelle nécessaire ;
 - Des forfaits pour prendre en charge des consultations de médecines douces et de psychologues ainsi que des actes de prévention.

L'accord du 8 avril 2024 conclu par les ministères de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la recherche, des Sports, de la jeunesse et de la vie associative avec les organisations syndicales a permis de renforcer ce panier de soins avantageux par la négociation de deux options.

Pour accompagner les agents dans la compréhension du nouveau contrat collectif santé, MGEN mettra à leur disposition une page dédiée expliquant l'ensemble des garanties et des services ainsi qu'un outil d'aide à la décision. Cette page d'accueil sera communiquée aux agents en amont du parcours d'affiliation.

15. Peut-on souscrire à des garanties optionnelles au-delà du panier socle ?

Les agents peuvent souscrire à l'une des options disponibles au-delà du panier socle afin d'améliorer leurs garanties en santé. Ces options ont été négociées avec les représentants du personnel au niveau ministériel.

- La première option offre une prise en charge renforcée des dépassements d'honoraires à l'hôpital et en médecine de ville, notamment sur les actes de spécialistes, un complément du forfait en pharmacie et l'augmentation de la participation sur les consultations en médecine douce ou en psychologie.
- La seconde option offre, au-delà des garanties de la première option :
 - Des renforts additionnels sur la prise en charge des dépassements d'honoraires en médecine de ville et du matériel médical, un nombre plus élevé de consultations de psychologues ;
 - Des compléments de remboursements sur les prothèses dentaires (y compris implants et orthodontie), les paires de lunettes et les audioprothèses.

Quelques points importants à noter :

- La souscription à ces options est facultative.
- L'engagement est de 12 mois minimum.

16. Où trouver le tableau des garanties socle et optionnelles du contrat collectif santé ?

Le tableau de garanties est disponible sur le site du ministère :

<https://www.education.gouv.fr/la-protection-sociale-complementaire-pour-les-personnels-de-l-education-nationale-de-l-enseignement-325214>

III. L'AFFILIATION AU CONTRAT COLLECTIF SANTE OBLIGATOIRE

17. Quelles démarches l'agent doit-il effectuer pour être affilié au nouveau contrat collectif santé en avril 2026 ?

Pour permettre au nouveau régime de débuter en avril 2026, des campagnes d'affiliation des agents seront organisées progressivement. Elles débuteront en septembre 2025 et se poursuivront jusqu'en mars 2026.

Chaque agent recevra, entre septembre 2025 et février 2026, un courriel de MGEN sur sa messagerie professionnelle pour son affiliation. Dans la mesure où un nouveau contrat collectif obligatoire est mis en place, l'agent devra réaliser un parcours digital individualisé d'affiliation, dans un délai de 21 jours après réception du courriel d'affiliation. Ce parcours permettra à l'agent de souscrire à l'une des options, couvrir son conjoint et / ou ses enfants ou solliciter, le cas échéant, une dispense.

L'agent devra se munir d'une attestation de droits Sécurité sociale et d'un RIB pour réaliser son parcours.

18. L'agent doit-il contacter directement MGEN pour s'affilier au contrat collectif obligatoire ?

Non, chaque agent recevra un courriel de MGEN expliquant les actions à accomplir pour :

- Préparer son affiliation ou demander une dispense ;
- Gérer le cas échéant l'affiliation de ses ayants droit (conjoint et / ou enfants) et le choix de son option.

Pour les agents actifs, la **première prise de contact avec l'organisme complémentaire se fera via l'adresse courriel professionnelle**.

19. Un agent déjà adhérent MGEN, au titre d'un contrat individuel santé, doit-il effectuer les mêmes démarches qu'un agent non adhérent ?

Comme il s'agit de la mise en place d'un nouveau contrat collectif santé obligatoire, MGEN ne peut pas utiliser les pièces justificatives communiquées pour un autre contrat. Un agent déjà adhérent MGEN doit donc effectuer le même parcours digital d'affiliation. Il se munira d'une attestation de droits Sécurité sociale et d'un RIB à cet effet

20. Les agents relevant de la CPAM pour le régime obligatoire peuvent-ils s'affilier au régime complémentaire santé obligatoire de MGEN ?

La complémentaire santé est obligatoire quel que soit l'organisme gestionnaire de Sécurité sociale. Tous les agents doivent donc effectuer le parcours d'affiliation.

21. Comment affilier ses ayants droit : conjoint et/ou enfants ?

L'agent a la possibilité d'affilier directement son conjoint et/ou ses enfants, dans le cadre de son parcours d'affiliation ou postérieurement dans son Espace personnel sécurisé.

22. Quelles sont les pièces justificatives nécessaires à la couverture du conjoint et / ou des enfants ?

Pour couvrir un / des enfant(s), les pièces justificatives à transmettre à MGEN sont :

- Enfant de moins de 21 ans : l'attestation de carte vitale à jour ;
- Jusqu'à 25 ans : un justificatif de poursuite d'études ;
- Demandeur d'emploi : un justificatif d'inscription à France Travail ;
- Quel que soit l'âge de l'enfant, s'il est en situation de handicap, la carte mobilité inclusion ou un justificatif de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (soit l'allocation d'éducation enfant handicapé (AEEH), soit l'allocation adulte handicapé (AAH)).

Pour couvrir un conjoint, l'agent doit fournir une attestation de carte vitale à jour.

23. Comment souscrire aux options ?

Les options sont directement souscrites par l'agent auprès de MGEN, dans le cadre de son parcours d'affiliation ou postérieurement dans son Espace personnel sécurisé. L'agent pourra modifier son option après une durée initiale de souscription de douze mois.

IV. LES DISPENSES

24. Dans quelles conditions l'agent peut-il être dispensé d'adhérer à ce nouveau régime ?

L'affiliation au contrat collectif santé est obligatoire. Toutefois, l'agent peut être dispensé :

- S'il est bénéficiaire d'un contrat individuel à la date d'entrée en vigueur du nouveau régime. Il pourra être dispensé jusqu'à la date d'échéance de son contrat individuel dans la limite de 12 mois ;
- S'il est bénéficiaire d'un contrat collectif à adhésion obligatoire en qualité d'assuré principal ou en qualité d'ayant droit. Pour ce dernier, le contrat collectif peut-être à adhésion obligatoire ou facultative ;
- S'il est titulaire d'un contrat à durée déterminée et bénéficiaire d'un contrat individuel de protection sociale complémentaire en santé ;
- S'il est bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire.

A tout moment, l'agent pourra renoncer à cette dispense et demander à adhérer au contrat collectif.

25. L'agent sollicitant une dispense devra-t-il effectuer le parcours d'affiliation ? Quels sont les documents à fournir pour être dispensé ?

Dans le cadre de son parcours d'affiliation, après s'être identifié, l'agent peut demander son affiliation ou solliciter une dispense.

La demande de dispense à MGEN se fait donc en ligne. Une attestation sur l'honneur sera à fournir par l'agent.

26. Quand l'agent peut-il demander une dispense ?

La dispense peut être présentée par l'agent dans le cadre de son parcours d'affiliation ou postérieurement dans son Espace personnel sécurisé.

27. Peut-on s'affilier puis demander une dispense plus tard ?

Oui. Si la situation de l'agent évolue, il pourra faire valoir un motif de dispense, en cours de contrat, lors de la réalisation de l'événement ouvrant droit à la dispense (ex : affiliation à la complémentaire du conjoint).

28. Si l'agent sollicite une dispense et s'il conserve sa mutuelle, aura-t-il droit à une participation employeur ?

Non. À partir de la mise en place du contrat collectif obligatoire, l'agent dispensé ne bénéficiera ni de la prise en charge de 50% de la cotisation par l'employeur ni des 15 euros précédemment perçus.

V. TRANSITION AVEC LE CONTRAT ACTUEL

29. Comment est couvert l'agent avant la mise en place du contrat collectif?

D'ici la mise en place du nouveau contrat collectif santé, l'agent reste couvert par son contrat santé individuel actuel.

30. Étant déjà adhérent MGEN, l'agent doit-il effectuer des démarches de résiliation pour son contrat santé actuel ?

Non. Un adhérent à un contrat complémentaire santé MGEN n'a aucune démarche de résiliation à effectuer. En revanche, il doit bien effectuer son parcours d'affiliation au nouveau contrat collectif.

31. Est-ce que MGEN s'occupe de la résiliation de la mutuelle actuelle si l'agent n'est pas adhérent MGEN ?

Bien que cela concerne un contrat collectif à adhésion obligatoire, MGEN n'est pas réglementairement habilitée à effectuer la résiliation pour le compte de l'agent.

L'agent doit se rapprocher de son opérateur actuel pour connaître les modalités et les délais de résiliation de son contrat : elles peuvent différer d'un organisme à l'autre.

MGEN mettra à disposition un courrier type pour faciliter ses démarches.

32. Est-ce que la participation actuelle de 15 euros de l'employeur cesse à la date d'entrée en vigueur du contrat collectif santé obligatoire ?

Oui, la participation de 15 euros cesse pour l'ensemble des agents lors de l'entrée en vigueur du contrat collectif santé obligatoire, qu'ils soient affiliés ou non à ce nouveau contrat collectif.

VI. LES COTISATIONS

33. Comment est calculée la cotisation d'un agent actif pour le contrat collectif obligatoire santé socle ?

Le montant des cotisations des agents ne varie ni en fonction de leur état de santé ni en fonction de l'âge.

La cotisation socle est constituée de 3 parts :

- Une part forfaitaire égale à 50% de la cotisation d'équilibre prise en charge par l'employeur public ;
- Une part forfaitaire égale à 20% de la cotisation d'équilibre versée par l'agent ;
- Une part solidaire variable versée par l'agent, calculée en appliquant un coefficient à la rémunération mensuelle brute de l'agent, prise en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale. Le plafond mensuel de Sécurité sociale est un montant de référence qui permet notamment le calcul de certaines cotisations et/ou prestations. Il est de 3 925 euros bruts par mois pour l'année 2025 et il est revu chaque année au 1^{er} janvier.

34. Quel est le coût du nouveau contrat collectif santé, pour l'agent et pour ses ayants droit ?

Pour aider à comprendre le nouveau contrat santé collectif, MGEN a créé une page d'accueil dédiée avec un outil d'aide à la décision. Cette page d'accueil sera disponible en amont du parcours d'affiliation. Il permettra à chaque agent de simuler ses cotisations et celles de ses ayants droit. Cette démarche peut être effectuée en toute autonomie par l'agent ou si besoin avec un accompagnement en appelant le numéro dédié qui sera indiqué dans les communications à venir.

35. Quelle rémunération est prise en compte pour le calcul de la cotisation ?

La rémunération brute globale est prise en compte pour le calcul de la cotisation. Cela inclut tout ce qui est soumis à charges CSG/CRDS, dans la limite du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

36. Le montant de cotisation prend-il en compte les variations de rémunération de l'agent en cours d'année ?

Oui, l'assiette de rémunération prend en compte les variations de sa rémunération, comme par exemple le complément indemnitaire annuel (CIA).

37. Est-ce que toutes les cotisations sont prélevées sur la rémunération de l'agent ?

La cotisation relative au contrat collectif obligatoire des garanties socle de l'agent sera prélevée sur sa rémunération et apparaîtra donc sur sa fiche de paye. La participation de l'employeur équivaut à 50% de la cotisation apparaîtra également.

Les cotisations relatives aux options seront prélevées par MGEN sur le compte bancaire de l'agent et n'apparaîtront donc pas sur le bulletin de paye. Toutefois, la participation de l'employeur à hauteur de la moitié du coût de l'option dans la limite de 5 euros figurera sur son bulletin de paye.

Les cotisations des ayants droit seront prélevées par MGEN sur le compte bancaire de l'agent et n'apparaîtront donc pas sur son bulletin de paye. Elles ne donnent pas lieu à une participation de l'employeur.

38. Pourquoi l'agent doit-il fournir un RIB ?

Dans le cadre de la mise en place du nouveau contrat collectif santé, MGEN a besoin des coordonnées bancaires pour effectuer le remboursement des prestations et, le cas échéant, le prélèvement des cotisations si l'agent choisit des options et/ou souhaite couvrir son conjoint et / ou ses enfants.

Le RIB doit être sous format SEPA.

VII. LES REMBOURSEMENTS

39. Quelles démarches l'agent doit-il effectuer pour être remboursé ?

Pour être remboursé des soins effectués à compter de la date d'effet, l'agent doit finaliser son parcours d'affiliation, et notamment saisir ses coordonnées bancaires. A défaut, l'agent ne pourra percevoir aucun remboursement de MGEN.

40. Le contrat santé collectif inclut-il le 100% santé ?

Oui, le contrat santé collectif inclut le 100% santé sur les postes optique, dentaire et audiology.

41. Y aura-t-il un délai de carence, comme c'est le cas lors d'une nouvelle adhésion à une mutuelle ?

Non, il n'y aura aucun délai de carence.

42. Quelle confidentialité des soins par rapport à l'employeur ?

MGEN garantit la confidentialité des données médicales qu'elle serait amenée à traiter dans le cadre de la couverture santé des agents, dans le respect de la réglementation en vigueur.

L'employeur n'aura jamais accès aux données médicales individuelles.