

Le petit guide

(19 février 2026)



SNASUB-FSU

de la

Protection Sociale Complémentaire obligatoire

pour les ministères de l'Éducation nationale, de Jeunesse
et sport et de l'Enseignement supérieur et de la recherche

Contrats Santé, Prévoyance et garanties optionnelles



Garanties couvertes
Montant des cotisations
Calendrier
Procédure d'affiliation



SNASUB-FSU

**Le Syndicat National de l'Administration
Scolaire, Universitaire et des Bibliothèques**

Collèges, lycées, GRETA, EREA, rectorats, DSDEN,
CIO, établissements d'enseignement supérieur,
Canopé, CNED, CROUS, ONISEP, laboratoires,
bibliothèques, Jeunesse et sports...

Une réforme qui n'est pas la nôtre

Ce guide rassemble tous les éléments afin d'aider chaque collègue à bien s'informer sur la mise en œuvre de la réforme de la protection sociale complémentaire de la MGEN - CNP Assurances.

Voulue par E. Macron, elle a été imposée par l'ordonnance de février 2021. Elle étend à la fonction publique le système de protection sociale complémentaire créé en 2016 dans le secteur privé avec l'accord de la CFDT, de la CFTC et de la CFE-CGC.

Depuis lors, la FSU ne cesse de dénoncer cette réforme et, contrairement à d'autres organisations syndicales (CFDT, CFE-CGC, CFTC, FA-FP, FO), elle n'a pas approuvé le projet d'ordonnance relative à la Fonction publique lors du Conseil commun de la Fonction publique du 18 janvier 2021.

Depuis 2021, le SNASUB-FSU informe ses adhérent·es et porte ses positionnements et ses analyses sur cette réforme. Elle ne correspond pas à ce que le SNASUB et la FSU revendiquent. Elle rompt les solidarités inter et intra générationnelles, aggrave la marchandisation de l'assurance maladie et conforte un système dual (sécu/complémentaire) coûteux, inefficace et inégalitaire. À l'opposé, le SNASUB et la FSU défendent une protection sociale plus solidaire et plus égalitaire, avec pour objectif le remboursement à 100 % par la sécu des soins prescrits.

La FSU n'a depuis eu de cesse de chercher à limiter les effets négatifs de cette réforme. Les accords qu'elle a signés au niveau Fonction publique comme au niveau des ministères « éducatifs », dans le cadre des nouvelles règles de négociations dans la Fonction publique qui imposent de signer des accords afin de peser sur les négociations, ont ainsi permis d'empêcher que chaque ministère mette en œuvre cette réforme sans aucun contrôle et avec une participation employeur et une couverture encore plus faible. La négociation et la signature de l'accord interministériel en santé de janvier 2022 a, par exemple, permis d'imposer un panier de remboursement relativement élevé et une négociation sur la prévoyance.

Alors que le gouvernement n'en voulait pas, l'accord interministériel d'octobre 2023 a abouti à des améliorations statutaires pour l'invalidité des personnels titulaires et à une meilleure couverture des congés de grave maladie pour les non-titulaires. Cet accord a aussi imposé un cadre collectif pour une couverture prévoyance sans questionnaire de santé et sans tarification au risque.

La FSU n'a pas voté pour l'attribution du marché à la MGEN - CNP Assurances.

La FSU s'est opposée à l'obligation d'adhésion à un contrat choisi par l'employeur.

Dans le cadre contraint imposé par le gouvernement, le SNASUB-FSU revendique

- la liberté de choix de la mutuelle ;
- un allègement des cotisations pour les plus basses rémunérations ;
- un allègement des cotisations pour les enfants ;
- le re-couplage des volets santé et prévoyance pour que toutes et tous soient couvert · es par la compensation de la perte de salaire en cas d'arrêt de travail long et en cas d'invalidité ;
- la remise à plat de la situation des retraité · es.

Le SNASUB et la FSU travaillent à mettre en échec le projet politique libéral qui consiste, par cette réforme, à créer un système de protection sociale marchand et lucratif dont la fonction est de faciliter le démantèlement de la Sécurité sociale. Ils restent mobilisés pour la défendre et imposer la prise en charge à 100 % des soins prescrits par la Sécu.



→ **Contactez-nous**

<https://snasub.fsu.fr/annuaire-des-contacts-academiques-du-snasub/>



La PSC MGEN - CNP Assurances en bref

- Une mutuelle à adhésion obligatoire pour la partie Santé et facultative pour la partie Prévoyance.
- 50 % de la cotisation des agent·es actifs·es prise en charge par l'employeur public (donc la moitié de 75,40 € en 2025).
- Une partie du financement est solidaire en fonction des revenus.
- Une absence de questionnaire santé.
- Une cotisation Santé qui augmentera de maximum 5 % tous les ans jusqu'en 2028 (77,06 € en 2026 ; 80,44 € en 2027 ; 84,25 € en 2028) en anticipation des transferts de dépense entre la Sécurité sociale et les mutuelles.
- Un pilotage par une commission paritaire où siègent les représentant·es des agent·es.

À quoi sert la PSC obligatoire ?

La Sécurité sociale protège les assuré·es 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 des équipements de santé. Une complémentaire santé, ou mutuelle, intervient donc en complément de la Sécurité sociale pour rembourser tout ou partie des frais de santé.

Pour qui ?

La protection sociale complémentaire (PSC) est la mutuelle destinée à tous les agent·es actifs·es des ministères Éducation nationale, Enseignement supérieur et recherche, ainsi que Jeunesse et sports.

Elle est obligatoire pour :

- les agent·es titulaires et stagiaires ;
- les agent·es contractuel·les de droit public ;
- les agent·es contractuel·les de droit privé non couvert·es par un contrat collectif à adhésion obligatoire.

Peuvent également être bénéficiaires du contrat (adhésion facultative) :

- le ou la retraité·e de l'un des 3 ministères ;
- le ou la conjoint·e (marié·e, pacsé·e, concubin·e) du ou de la bénéficiaire actif ou active ou retraité·e ;
- les enfants âgés de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans à charge (études, apprentissage ou chômage) ;
- les enfants en situation de handicap sans limite d'âge.

Quelle protection en attendre ?

La PSC propose deux contrats qui couvrent deux situations différentes :

- **Le contrat Santé** (collectif et obligatoire) qui assure le remboursement des frais qui restent à la charge de l'agent·e après le remboursement de la Sécurité sociale. Ces frais sont occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.
- **Le contrat Prévoyance** (collectif et facultatif) qui assure l'indemnisation des risques maladie, d'incapacité de travail, d'invalidité ou de décès.

Deux garanties additionnelles facultatives sont également proposées :

- **La garantie Frais d'obsèques** qui permet la prise en charge du coût total ou partiel des obsèques de l'agent·e et/ou de leur organisation.
- **La garantie Dépendance** qui propose à l'agent·e une rente dépendance et propose un ensemble de services pour accompagner à la fois les personnes en perte d'autonomie et les personnes aidantes.

Comment fonctionne le contrat Santé ?

Ce contrat collectif obligatoire est décomposé en trois parties : **un socle et deux options.**

- Un « **panier de soins socle** » commun à l'ensemble des agent·es de l'État et de leurs ayants droit.
- Une « **option 1** » qui assure la prise en charge renforcée des dépassements d'honoraires à l'hôpital et en médecine de

ville, 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.

- **Une « option 2 »** qui inclut l'option 1 et améliore encore la couverture en l'élargissant au dentaire, à l'optique et l'auditif.

Qui finance quoi ?

Sur le panier de soins socle, l'employeur public prend en charge 50 % de la cotisation.

La cotisation est découpée en deux parties :

- la participation de l'État (50%) ;
- la participation des agent·es, avec une part forfaitaire (20%) et une part solidaire variable selon le salaire de l'agent·e, allant de 10% à 40% pour les plus hauts revenus.

Sur l'option 1 et l'option 2, la participation de l'employeur public est limité à 50 % du prix des options dans la limite de 5 €.

Combien cela coûte-t-il ?

La cotisation, qui est calculée chaque année et qui permet à l'ensemble de la protection sociale complémentaire de fonctionner, est appelée cotisation d'équilibre. **Il est prévu dans l'accord qu'elle ne pourra pas augmenter de plus de 5 % les 3 premières années** (77,06 € en 2026 ; 80,44 € en 2027 ; 84,25 € en 2028).

Avant la participation de l'employeur public, la cotisation 2026 pour le panier de soins socle s'élève à 75,40 €, l'option 1 s'élève à 7,23 € et l'option 2 à 30,33 €.

La cotisation adhérent·e du panier de soins socle est prélevé directement sur la fiche de paie, les options 1 et 2 sont prélevées directement sur votre compte bancaire.

La MGEN - CNP Assurances a mis en place un simulateur en ligne :

<https://www.estimer-ma-cotisation-psc-sante.mgen.fr/simulateur?m=m666rt9y>



Bénéficiaires	Partie socle	Tarif 2026	Option 1	Option 2
Agent·e	Prise en charge employeur : 50 % de la cotisation d'équilibre	37,70 €	7,23€ Prise en charge employeur : 3,62 €	30,33€ Prise en charge employeur : 5 €
	Part forfaitaire : 20 % de la cotisation d'équilibre	15,08 €		
	Part solidaire variable selon rémunération dans la limite de 3925 € brut mensuels	entre 8 € et 32 €		
	Total agent·e	de 23 € à 47 €	+ 3,62 € (50 %)	+ 25,33 €
Conjoint·e	110 % de la cotisation d'équilibre	82,94 €	7,23 € (100 %)	30,33 € (100 %)
Enfant 1	45 % de la cotisation d'équilibre	33,93 €	3,62 € (25 %)	15,17 € (25 %)
Enfant 2	45 % de la cotisation d'équilibre	33,93 €	1,81 € (25 %)	7,58 € (25 %)
Enfant 3 et +	Gratuit	0 €	0 €	0 €
Retraité·es	Cotisation progressive les 6 premières années		de 8,31 € à 15,89 € en fonction de l'âge	de 30,87 € à 59,05 € en fonction de l'âge
	Année 1 : 100 % de la cotisation d'équilibre Année 7 : 175 % de la cotisation d'équilibre	75,39 € 131,93 €		
Conjoint·e	225 % de la cotisation d'équilibre	de 97,97 € à 173,90 € en fonction de l'âge		

Cotisation des retraité·es

Les anciens collègues aujourd'hui à la retraite qui étaient personnels de l'Éducation nationale ou de l'Enseignement supérieur au moment où ils font valoir leur droit à la retraite, et qui souhaitent adhérer au contrat collectif en qualité de bénéficiaires retraité·es, peuvent le faire dans les deux ans après sa date d'entrée en vigueur (donc jusqu'en avril 2028) et sans questionnaire de santé.

Cotisation santé	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	6 ^e année	après 6 ans
%	100%	125%	150%	150%	150%	165%	175%
Montant de la cotisation en 2026 hors fonds	75,39 €	94,24 €	113,09 €	113,09 €	113,09 €	124,39 €	131,93 €
Montant de la cotisation en 2026 y compris fonds	78,05 €	97,57 €	117,08 €	117,08 €	117,08 €	128,79 €	136,59 €

		SOCLE	OPTIONS	
		Conjoint·e de retraité·e	Agent·e Retraité·e et Conjoint·e de retraité·e	
			Option 1	Option 2
Âge de l'agent·e au 1 ^{er} janvier de l'exercice	≤ 60 ans	97,97 €	8,31 €	30,87 €
	61 ans	99,39 €	9,04 €	33,62 €
	62 ans	100,82 €	9,17 €	34,10 €
	63 ans	102,38 €	9,32 €	34,63 €
	64 ans	103,96 €	9,46 €	35,16 €
	65 ans	105,52 €	9,60 €	35,69 €
	66 ans	107,09 €	9,74 €	36,22 €
	67 ans	108,66 €	9,89 €	36,75 €
	68 ans	111,43 €	10,14 €	37,69 €
	69 ans	114,20 €	10,39 €	38,62 €
	70 ans	116,97 €	10,64 €	39,56 €
	71 ans	119,74 €	10,90 €	40,50 €
	72 ans	122,51 €	11,15 €	41,44 €
	73 ans	126,07 €	11,47 €	42,64 €
	74 ans	129,62 €	11,79 €	43,84 €
	75 ans	133,17 €	12,12 €	45,04 €
	76 ans	136,73 €	12,44 €	46,25 €
	77 ans	140,29 €	12,76 €	47,45 €
	78 ans	144,07 €	13,11 €	48,73 €
	79 ans	147,85 €	13,45 €	50,01 €
	≥ 80 ans	173,90 €	15,89 €	59,05 €

Poste de soins	Socle	Option 1	Option 2
Catégorie Hospitalisation et Soins courants			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150% BR*	200% BR*	200% BR*
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130% BR*	175% BR*	175% BR*
Forfaits et frais de séjours			
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	–	–
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	Frais réels	–	–
Frais de séjour	100% BR*	–	–
Chambre particulière (sans limitation de durée)			
Court séjour et maternité	50 € / nuit	60 € / nuit	60 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit	50 € / nuit	50 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit	55 € / nuit	55 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour	–	–
Frais d'accompagnant			
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit	–	–
Etablissement non conventionné	25 €/nuit	–	–
Soins courants			
Consultations/Visites de médecins généralistes			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100% BR*	–	–
Praticien non OPTAM/OPTAM- CO	100 % BR*	–	–
Consultations/Visites de médecins spécialistes			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150 % BR*	175 % BR**	200 % BR*
Praticien non OPTAM/OPTAM - CO	130% BR*	150% BR*	175% BR*
Actes techniques médicaux			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150% BR*	175% BR*	200% BR*
Praticien non OPTAM/OPTAM- CO	130 % BR*	150 % BR*	175 % BR*
Actes d'imagerie médicale			
Praticien OPTAM/OPTAM--CO	130 % BR*	175 % BR*	200 % BR*
Praticien non OPTAM/OPTAM- CO	100% BR*	150% BR*	175% BR*
Mammographie praticien OPTAM/OPTAM-CO	130 % BR*	250 % BR*	250 % BR*
Mammographie praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR*	200% BR*	200% BR*
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100% BR*	150% BR*	150% BR*
Masseurs-kinésithérapeutes	130 % BR*	150 % BR*	150 % BR*

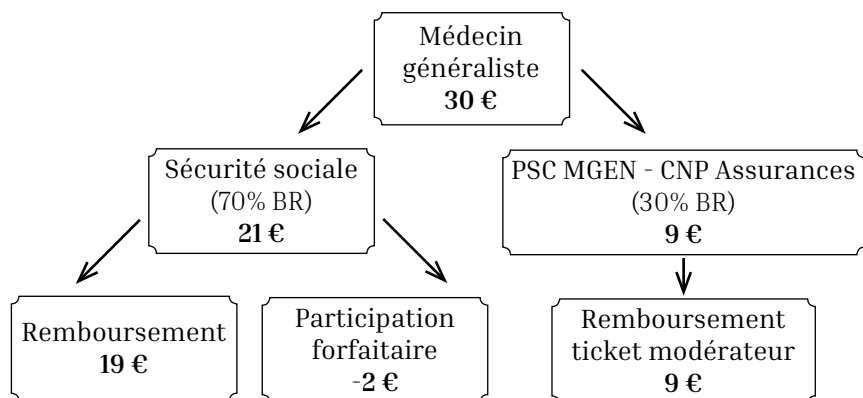
*BR : base de remboursement. La Sécurité sociale rembourse une partie des soins sur la base d'un pourcentage appliqué à un tarif de référence, la base de remboursement, qui varie selon l'acte médical.

Poste de soins	Socle	Option 1	Option 2
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR*	–	–
Médicaments			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 % BR*	–	–
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100 % BR*	–	–
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	100 % BR*	–	–
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 €/an	150 €/an	150 €/an
Matériel médical			
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique) : semelles orthopédiques et autres prothèses acceptées par le RO	200 % BR*	–	250 % BR*
Frais de transport en véhicule sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 % BR*	–	–
Catégorie Dentaire			
Soins et prothèses 100 % Santé			
Soins (hors 100 % Santé)			
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100 % BR*	–	–
Prothèses (hors 100 % Santé)			
Panier Maîtrisé			
Prothèses fixes (couronnes et Bridges)	375 % BR*	–	400 % BR*
Prothèses amovibles	375 % BR*	–	400 % BR*
Prothèses provisoires	375 % BR*	–	400 % BR*
Inlay Core	375 % BR*	–	400 % BR*
Inlays onlays d'obturation	150 % BR*	–	400 % BR*
Panier libre			
Prothèses fixes (couronnes et Bridges) sur dent visible	300 % BR*	–	350 % BR*
Prothèses fixes (couronnes et Bridges) sur dent non visible	250 % BR*	–	350 % BR*

Poste de soins	Socle	Option 1	Option 2
Prothèses amovibles sur dent visible	300 % BR*	–	350 % BR*
Prothèses amovibles sur dent non visible	250 % BR*	–	350 % BR*
Prothèses provisoires	300 % BR*	–	350 % BR*
Inlay Core	200 % BR*	–	350 % BR*
Implantologie			
Couronne sur implant	200 €/couronne (max. 2/an)	–	–
Implants	500 €/implant (max. 2/an)	–	650 €/implant (max. 2/an)
Orthodontie			
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250 % BR*	–	300 % BR*
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 €/semestre	–	500 €/semestre
Catégorie Aides auditives			
Equipements 100 % Santé	Remboursement total de la dépense engagée	–	–
Equipements à tarif libre pour un bénéficiaire (< ou > 20 ans)	800 €	–	1000 €
Catégorie Optique			
Equipements 100 % Santé	Remboursement total de la dépense engagée	–	–
Equipements à tarif libre			
Monture	50 €	–	–
Verres	Cf. grille optique	–	–
Autres prestations optique			
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	100 €/an	–	150 €/an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 €/an	–	–
Grille optique			
Verre unifocal, sphérique			
Sphère de – 6 à + 6	60 €	–	80 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 €	–	130 €

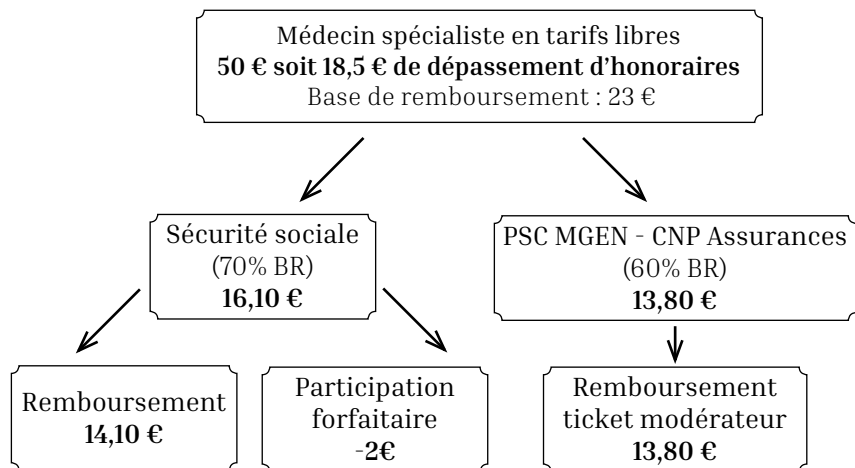
Poste de soins	Socle	Option 1	Option 2
Verre unifocal, sphéro-cylindrique			
Cylindre $\leq + 4$, sphère de $- 6$ à 0	60 €	–	80 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $\leq + 6$	60 €	–	80 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $> + 6$	110 €	–	130 €
Cylindre $\geq + 0,25$, sphère $< - 6$	110 €	–	130 €
Cylindre $> + 4$, sphère de $- 6$ à 0	110 €	–	130 €
Verre multifocal ou progressif sphérique			
Sphère de $- 4$ à $+ 4$	150 €	–	190 €
Sphère $< - 4$ ou $> + 4$	200 €		240 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique			
Cylindre $\leq + 4$, sphère de $- 8$ à 0	150 €	–	190 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $\leq + 8$	150 €	–	190 €
Cylindre $> + 4$, sphère de $- 8$ à 0	200 €	–	240 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $> + 8$	200 €	–	240 €
Cylindre $\geq + 0,25$, sphère $< - 8$	200 €	–	240 €
Catégorie Autres postes			
Autres postes			
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale : honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100 % BR*	–	–
Médecines additionnelles et de prévention			
Médecine douce : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étioathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances/an (limite 40 €/séance)	4 séances/an (limite 40 €/séance)	4 séances/an (limite 40 €/séance)
Psychologue	4 séances/an (limite 30 €/séance)	8 séances/an (limite 40 €/séance)	10 séances/an (limite 40 €/séance)
Actes refusés par la Sécurité sociale			
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 €/an	–	–
Contraception, tests de grossesse	80 €/an	–	–
Prévention			
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 €/acte	–	–
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 % BR*	–	–

Remboursement des frais chez votre médecin généraliste



Remboursement total de 19 € de la Sécurité sociale et de 9 € de la PSC soit 28 €, participation forfaitaire de 2 € déduite.

Remboursement des frais chez un médecin spécialiste secteur 2 non OPTAM (tarifs libres)



Remboursement total (130 % de la base de remboursement) : 27,90 €
Avec option 1 (150 % de la base de remboursement) : 34,50 €
Avec option 2 (175 % de la base de remboursement) : 40,25 €

Comment fonctionne le contrat Prévoyance ?

L'adhésion au contrat Prévoyance n'est pas obligatoire. Elle n'est pas conditionnée à l'âge ou à l'état de santé si elle intervient dans les 6 mois qui suivent la date d'effet du contrat ou qui suivent la date d'embauche (au-delà, refus possible et tarification différenciée applicable). Le contrat entrera en application le 1^{er} mai 2026.

Le contrat Prévoyance couvre trois principaux risques :

- L'incapacité (temporairement plus en capacité de travailler) ;
- L'invalidité (aptitude au travail atteinte de façon définitive) ;
- Le décès (capital et/ou rente pour votre conjoint et/ou à vos enfants).

Par ailleurs, deux garanties additionnelles peuvent s'y ajouter :

- La perte d'autonomie
- Les frais d'obsèques

Qui finance quoi ?

La participation de l'employeur public est de 7 € par mois et par agent·e bénéficiaire. Les garanties additionnelles ne sont pas comprises dans cette participation. Le contrat Prévoyance est composé d'un socle et d'une option.

Combien cela coûte-t-il ?

Exemple 1 : salaire mensuel de l'agent·e de 1 500 €

	État	Agent·e	Total
Socle	7 €	7,25 €	14,25 €
Option	0 €	9,45 €	9,45 €
Total agent·e		16,70 €	

Exemple 3 : salaire mensuel de l'agent·e de 3 000 €

	État	Agent·e	Total
Socle	7 €	21,50 €	28,50 €
Option	0 €	18,90 €	18,90 €
Total agent·e		40,40 €	

Exemple 2 : salaire mensuel de l'agent·e de 2 000 €

	État	Agent·e	Total
Socle	7 €	12 €	19 €
Option	0 €	12,60 €	12,60 €
Total agent·e		24,60 €	

Le tarif du socle (Congé Longue Maladie ; Congé Grave Maladie ; Décès ; Invalidité) est fixé à **0,95%** de la rémunération brute.

Le tarif de l'option (Congé Maladie Ordinaire ; Congé Longue Durée) est fixé à **0,63%** de la rémunération brute.

Risques couverts		Règles statutaires actuelles	Date d'application	Contrat Socle	Option A
Incapacité	Congés maladie ordinaire (CMO)	3 mois à 90% (Indiciaire + Primes + NBI) puis 9 mois à 50% (Indiciaire + Primes + NBI)	01/03/25	-	-
	Congés longue maladie (CLM) et congés maladie grave (CGM non titulaires)	1 an à 100% (Indiciaire + NBI) + 33% (primes) puis 2 ans à 60% (Indiciaire + Primes + NBI)	01/09/24	1 an à 100% (Indiciaire + Primes + NBI) 80% (Indiciaire + Primes + NBI)	80% (Indiciaire + Primes + NBI) -
	Congés de longue durée (CLD)	3 ans à 100% (dont le CLM année 1) puis 2 ans à 50% (Indiciaire + NBI)	01/09/24		80% (Indiciaire + Primes + NBI)
	Période transitoire d'invalidité	Disponibilité pour raison de santé, rémunérée à 50%	-		80% (Indiciaire + Primes + NBI)
Invalidité		Plus de radiation des cadres mais versement d'une prestation d'invalidité : Cat. 1 : 40% de l'assiette de rémunération Cat. 2 : 70% de l'assiette de rémunération Cat. 3 : 70% de l'assiette de rémunération, majoré de 40%	01/01/27	Cat. 1 : 80% de l'assiette Cat. 2 : 80% de l'assiette Cat. 3 : 80% de l'assiette, majorée de 40%	- - -
Décès	Capital décès	1 an de rémunération brute à l'indice détenu	01/01/24	1 an de rémunération	-
	Rente éducation	5% du plafond mensuel de la Sécurité sociale pour enfant de moins de 18 ans 15% du plafond mensuel de la Sécurité sociale pour enfant de 18 à 26 ans	01/01/24		

Garantie additionnelle dépendance

dt* : dépendance totale

dp* : dépendance partielle

Âge agent·e à l'adhésion	Niveau pack dépendance	Garanties		Cotisation prévisionnelle mensuelle avec assistance
		en rente	en capital	
70	Pack 1	dt* : 250 € dp* : 250 €	dt* : 1000 € dp* : 750 €	34,83 €
	Pack 2	dt* : 450 € dp* : 350 €	dt* : 1000 € dp* : 750 €	55,39 €
	Pack 3	dt* : 650 € dp* : 450 €	dt* : 2 000 € dp* : 1 000 €	78,25 €
	Pack 4	dt* : 850 € dp* : 550 €	dt* : 2 000 € dp* : 1 000 €	98,81 €
60	Pack 1	dt* : 250 € dp* : 250 €	dt* : 1 000 € dp* : 750 €	21,86 €
	Pack 2	dt* : 450 € dp* : 350 €	dt* : 1 000 € dp* : 750 €	34,39 €
	Pack 3	dt* : 650 € dp* : 450 €	dt* : 2 000 € dp* : 1 000 €	48,27 €
	Pack 4	dt* : 850 € dp* : 550 €	dt* : 2 000 € dp* : 1 000 €	60,80 €
50	Pack 1	dt* : 250 € dp* : 250 €	dt* : 1 000 € dp* : 750 €	15,87 €
	Pack 2	dt* : 450 € dp* : 350 €	dt* : 1 000 € dp* : 750 €	24,70 €
	Pack 3	dt* : 650 € dp* : 450 €	dt* : 2 000 € dp* : 1 000 €	34,44 €
	Pack 4	dt* : 850 € dp* : 550 €	dt* : 2 000 € dp* : 1 000 €	43,27 €
< 45 ans	Pack 1	dt* : 250 € dp* : 250 €	dt* : 1 000 € dp* : 750 €	14,07 €
	Pack 2	dt* : 450 € dp* : 350 €	dt* : 1 000 € dp* : 750 €	21,78 €
	Pack 3	dt* : 650 € dp* : 450 €	dt* : 2 000 € dp* : 1 000 €	30,27 €
	Pack 4	dt* : 850 € dp* : 550 €	dt* : 2 000 € dp* : 1 000 €	37,99 €

Garantie additionnelle frais d'obsèques

Âge agent·e	Montant prestation obsèques (versement en capital)	Durée de cotisation	Cotisation	
			Annuelle	Mensuelle
60	3 500 €	10 ans	416,93 €	34,74 €
	6 000 €	10 ans	833,87 €	69,49 €
50	3 500 €	15 ans	296,40 €	24,70 €
	6 000 €	15 ans	592,81 €	49,40 €
40	3 500 €	20 ans	234,91 €	19,58 €
	6 000 €	20 ans	469,83 €	39,15 €
30	3 500 €	25 ans	197,78 €	16,48 €
	6 000 €	25 ans	395,56 €	32,96 €
20	3 500 €	25 ans	196,89 €	16,41 €
	6 000 €	25 ans	393,78 €	32,82 €

Quand la protection sociale complémentaire sera-t-elle proposée ?

À partir du 8 octobre 2025 et en trois vagues successives, qui correspondent aux zones de vacances scolaires. Au sein de chaque zone, par ordre alphabétique des académies, et au sein de chaque académie, par ordre alphabétique des agent·es.

Le calendrier :

Les académies

- **ZONE A** : Besançon, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Limoges, Lyon, Poitiers **du 8 octobre à fin novembre.**
- **ZONE B** : Aix-Marseille, Amiens, Lille, Nancy-Metz, Nantes, Nice, Normandie, Orléans-Tours, Reims, Rennes, Strasbourg **de fin novembre à mi-janvier.**
- **ZONE C** : Créteil, Montpellier, Paris, Toulouse, Versailles + Corse + outre-mer **de mi-janvier à fin février.**
- **Outre-mer** à compter de fin janvier 2026.

Pour les personnels de direction et d'inspection

- À compter de mi-décembre 2025 (basculer RenoirH).

Pour l'Enseignement supérieur et la recherche

À partir de **l'automne 2025**.

Cependant, le ministère de l'ESR a annoncé que cette dépense « employeur » ne serait pas financée dans les dotations des établissements, les présidences d'université ont donc menacé de ne pas mettre en œuvre le marché à la date prévue. Le ministre veut laisser le choix aux établissements d'une date d'application en 2026 entre le 1^{er} mai (date valable pour le reste des personnels des 2 autres ministères) et le 1^{er} décembre.

Cette situation pose le problème du traitement différencié suivant les environnements professionnels de personnels de même statut. Elle pose aussi une difficulté sérieuse puisque les affiliations des personnels ESR a majoritairement déjà au lieu : comment peut-on résilier son précédent contrat si on ne sait pas de manière fiable à quelle date le nouveau débute ?

EPLE et GRETA employeurs

- En deux vagues : **fin novembre 2025** et **fin février 2026**.

Établissements publics (opérateurs)

- Lors des vacances de la Toussaint et avec la zone C.
- Réseau CNOUS-CROUS + Outre-mer à partir de **mi-janvier 2025**.
- CNRS pour **mi-février 2025**.

Le dispositif doit entrer en vigueur le 1^{er} mai 2026.

Comment se déroule la procédure d'affiliation ?

Elle s'effectue en 5 étapes.

1° La prise de contact

L'agent·e reçoit dans sa boîte mail professionnelle un courriel d'affiliation. Ce courriel contient un lien conduisant vers l'interface d'affiliation. **L'agent·e dispose de 21 jours maximum** pour finaliser cette étape.

Si l'agent·e n'effectue pas ou ne finalise pas son parcours d'affiliation dans le délai de 21 jours après réception du courriel d'affiliation et avant avril 2026, l'agent·e sera affilié.e d'office au nouveau régime, sans option, et ne pourra pas bénéficier des prestations tant que la MGEN - CNP Assurances n'aura pas connaissance de ses coordonnées bancaires.

Néanmoins, l'agent·e pourra ensuite ajouter ses ayants droit via son espace personnel sécurisé MGEN - CNP Assurances, souscrire à des options ou solliciter une dispense.

2° L'interface d'affiliation

Chaque agent·e communique les informations nécessaires à son affiliation, peut choisir ses options, faire adhérer ses ayants droit ou bien solliciter une dispense.

Vous avez besoin de 2 documents pour réaliser cette affiliation : votre RIB et une attestation de droits de la Sécurité sociale.

Pour la couverture du conjoint et/ou des enfants, il faut prévoir les pièces justificatives suivantes :

- Pour un·e conjoint·e : l'attestation de droits de Sécurité sociale à jour ;
- Enfant de moins de 21 ans : l'attestation de droits de Sécurité sociale à jour ;
- Enfant jusqu'à 25 ans : un justificatif de poursuite d'études et l'attestation de droits de Sécurité sociale à jour ;
- Demandeur d'emploi : un justificatif d'inscription à France Travail et l'attestation de droits de Sécurité sociale à jour ;
- 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 (AAH)) et l'attestation de droits de Sécurité sociale à jour.

3° La création de l'espace sécurisé MGEN - CNP Assurances

Une fois l'affiliation effectuée, l'agent·e dispose d'un espace sécurisé, disponible à partir du lendemain de la finalisation de l'affiliation ou bien à l'issue des 21 jours de délais.

Cet espace permet :

- de vérifier les informations transmises lors du parcours d'affiliation et de les modifier si besoin (choix de l'option, coordonnées des ayants droit, adresse de messagerie de contact, coordonnées bancaires, etc.);
- d'affilier de nouveaux ayants droit (naissance, adoption);
- de souscrire aux options;
- de modifier ses choix d'options ou de résilier une option, après une durée de souscription minimum de 12 mois.

4° La résiliation de son contrat actuel

Si vous êtes déjà adhérent·es MGEN, vous n'avez aucune démarche de résiliation à effectuer (mais vous devez adhérer au nouveau contrat collectif).

Si vous n'êtes pas adhérent·es MGEN, vous devez vous rapprocher de votre mutuelle actuelle pour connaître les modalités et délais de résiliation.

Dans ce cas, l'agent·e pourra demander une dispense d'adhésion jusqu'à la date d'échéance de son contrat individuel actuel, dans la limite d'un an.

NB : la MGEN - CNP Assurances mettra à disposition des agent·es :

- Un outil d'aide à la résiliation qui les orientera dans les démarches à effectuer. Cet outil sera dans la page d'accueil dont le lien sera transmis par un courriel en amont du courriel d'affiliation;
- Un courrier type pour faciliter leurs démarches.

5° Si besoin, la demande de dispense

Il existe 4 cas de dispense :

- Être bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS, ex-CMU-C);
- Être couvert par le contrat collectif obligatoire du conjoint;
- Être un·e agent·e en CDD (non-titulaires, AED, AESH) et être déjà affilié·e à une couverture santé individuelle;
- Être un·e agent·e couvert·e par un contrat individuel avant le 1^{er} mai 2026 ou lors de la prise de fonction : l'agent·e devra alors

s'affilier à la date d'échéance de son contrat individuel, dans la limite d'un an.

La demande de dispense se fera auprès de la MGEN - CNP Assurances, dans le cadre de son parcours d'affiliation, une attestation sur l'honneur sera alors à fournir.

En cours de contrat, sur son espace sécurisé, dès lors de la réalisation de l'événement ouvrant droit à la dispense (ex : affiliation à la complémentaire du/de la conjoint·e).

Questions fréquemment posées sur le parcours d'affiliation

Quand serai-je concerné·e ?

Compte tenu du nombre très important de personnels à affilier, il a été décidé de procéder par vagues de pré-affiliation, sur une période allant du 8 octobre 2025 à février 2026, par zone et à l'intérieur des zones par ordre alphabétique des académies, puis par ordre alphabétique des agent·es.

- Zone A : Académies de Besançon, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Limoges, Lyon, Poitiers. (8). Du 8 octobre à fin novembre.
- Zone B : Académies d'Aix-Marseille, Amiens, Lille, Nancy-Metz, Nantes, Nice, Normandie, Orléans-Tours, Reims, Rennes, Strasbourg. (11). De fin novembre à mi-janvier.
- Zone C : Académies de Créteil, Montpellier, Paris, Toulouse, Versailles. (5) + Corse + Outre-Mer. De mi-janvier à fin février.
- Pour l'enseignement supérieur, à partir de l'automne 2025.

Mon académie ne fait partie d'aucune zone, quand serai-je concerné·e ?

Pour la Corse, la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte, la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie française, la Réunion, Saint-Pierre-et-Miquelon, l'affiliation se fera comme pour la zone C.

NB : les agent·es de Wallis-et-Futuna bénéficient des soins gratuits et n'entrent pas dans l'accord PSC.

Comment seront contacté·es les agent·es ?

La première prise de contact par MGEN - CNP Assurances se fera sur l'adresse de messagerie professionnelle, par vagues académiques successives, à partir du 8 octobre prochain et jusqu'en février 2026. Ce message est déterminant car il permettra aux agent·es de réaliser leur parcours digital individualisé d'affiliation et, le cas échéant, de souscrire à l'une des options, de couvrir leur conjoint.e et / ou enfants ou de solliciter une dispense. Il s'agit d'une démarche obligatoire pour tous les agent·es. L'agent·e doit donc réaliser les actions suivantes :

- se connecter dès aujourd'hui à sa messagerie professionnelle;
- vérifier que son identifiant et son mot de passe d'accès à la messagerie professionnelle fonctionnent correctement;
- consulter régulièrement sa boîte de messagerie professionnelle à compter de la rentrée 2025-2026;
- s'assurer régulièrement que sa messagerie professionnelle n'est pas pleine.

Je n'ai reçu aucun mail alors que l'affiliation a commencé pour mon académie, est-ce normal ?

Au sein d'une académie, les 20 000 courriels quotidiens sont envoyés selon l'ordre alphabétiques des agent·es de l'académie. Néanmoins, l'ordre alpha pourra être perturbé avec des agent·es qui ne recevront pas le courrier car anomalie dans leur dossier. Dans ce cas le courrier d'affiliation sera reçu plus tard, soit en décembre, soit début mars lors des sessions de rattrapage. L'agent·e disposera bien des 21 jours calendaires pour réaliser son parcours d'affiliation.

Comment va se passer l'affiliation des agent·es ?

Il est impossible de basculer 1,682 millions d'agent·es dans la nuit du 30 avril au 1^{er} mai 2026, date d'entrée en vigueur du contrat complémentaire santé obligatoire. Voilà pourquoi chaque agent·e recevra, entre octobre 2025 et février 2026, un courriel de la MGEN - CNP Assurances sur sa messagerie professionnelle pour son affiliation. Dans la mesure où un nouveau contrat collectif obligatoire est mis en place, l'agent·e 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·e de souscrire à l'une des options, couvrir son/sa conjoint.e et / ou ses enfants ou solliciter, le cas échéant, une dispense.

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

Où trouver mon attestation de droits Sécurité Sociale ?

La demande ou le téléchargement du document est à faire auprès de son opérateur (CPAM, MGEN ou autre). Pour les agent·es déjà adhérents à la MGEN, le document est téléchargeable sur son espace MGEN, rubrique « attestation et cartes ».

À quoi sert ce « parcours d'affiliation » ?

Le parcours d'affiliation permet à chaque agent·e de communiquer à MGEN - CNP Assurances les informations nécessaires à son affiliation au contrat collectif obligatoire ou de solliciter une dispense.

Chaque agent·e pourra y accéder à la réception d'un courriel d'affiliation qui comporte un lien vers le parcours. Ce lien est personnel et ne doit pas être transféré à un.e autre agent·e.

Le parcours d'affiliation est un parcours digital en plusieurs étapes qui permettent à chaque agent·e de choisir son niveau de couverture (socle, socle + option A, socle + option B) et de compléter toutes les informations nécessaires à son affiliation (code régime, RIB, ayants droit, coordonnées, adresse courriel privilégiée de contact, etc.).

Pourquoi la MGEN - CNP Assurances a-t-elle besoin de mon RIB ?

À compter de mai 2026, seule la cotisation relative au panier socle des agent·es sera directement prélevée sur leur bulletin de paie. La participation employeur à hauteur de 50 % de la cotisation apparaîtra également sur ce bulletin.

En revanche, la cotisation des conjoint·es et des enfants, ainsi que les options seront à régler directement à la MGEN - CNP Assurances, via prélèvement bancaire.

Que se passe-t-il si l'agent·e n'effectue pas ou ne finalise pas son parcours d'affiliation ?

Si les agent·es n'effectuent pas ou ne finalisent pas leur parcours d'affiliation dans le délai de 21 jours après réception du courriel d'affiliation ou avant l'entrée en vigueur du nouveau contrat santé obligatoire, ils/elles seront affilié.es d'office au nouveau régime, sans option, en mai 2026. Outre le risque de double affiliation à une complémentaire santé (contrat actuel + nouveau contrat obligatoire), l'agent·e ne pourra pas bénéficier des prestations tant que la MGEN - CNP Assurances n'aura pas connaissance de ses coordonnées bancaires. L'agent·e ne bénéficiera pas non plus des éventuelles options proposées ou de la couverture de son/sa conjoint·e et / ou de ses enfants.

Jusqu'à quand pourrai-je compléter mon parcours d'affiliation santé ?

Chaque agent·e dispose de 21 jours calendaires à partir de la réception du courriel professionnel comprenant le lien vers le parcours d'affiliation pour effectuer son affiliation au contrat santé collectif, éventuellement affilier ses ayants droit (conjoint.e et/ou enfants) et choisir des options.

Passé ce délai, si l'agent·e ne finalise pas son parcours d'affiliation, il/elle sera affilié.e d'office à la couverture socle. Néanmoins, il/elle pourra ensuite ajouter ses ayants droit via son Espace Personnel sécurisé, souscrire à des options et solliciter une dispense.

Je n'ai pas répondu dans le délai des 21 jours, puis-je encore modifier mon affiliation d'office ?

Oui, via mon espace personnel sécurisé MGEN - CNP Assurances, et avant l'entrée en vigueur du nouveau contrat au 1^{er} mai 2026, je pourrai ajouter mes ayants droit, souscrire à des options ou solliciter une dispense.

À partir de quand puis-je accéder à mon Espace Personnel ?

L'Espace Personnel sécurisé est accessible à l'agent·e à partir du lendemain de la finalisation de son parcours d'affiliation ou à l'issue du délai des 21 jours si le parcours n'a pas été finalisé.

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

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

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

Pour couvrir un/des enfant(s), les pièces justificatives que l'agent·e devra transmettre à la MGEN - CNP Assurances sur demande sont :

- Enfant de moins de 21 ans : l'attestation de droits de Sécurité sociale à jour ;

- Jusqu'à 25 ans : un justificatif de poursuite d'études et l'attestation de droits de Sécurité sociale à jour ;
- Demandeur d'emploi : un justificatif d'inscription à France Travail et l'attestation de droits de Sécurité sociale à jour ;
- 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) et l'attestation de droits de Sécurité sociale à jour.
- Pour couvrir un.e conjoint.e, l'agent.e doit fournir une attestation de droits de Sécurité sociale à jour.

Étant déjà adhérent.e MGEN, dois-je effectuer des démarches de résiliation pour mon contrat santé actuel ?

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

Est-ce que la MGEN - CNP Assurances s'occupe de la résiliation de ma mutuelle actuelle si je ne suis pas adhérent.e MGEN ?

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

L'agent.e 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.

Néanmoins, la MGEN - CNP Assurances mettra à disposition des agent.es un outil d'aide à la résiliation qui les orientera dans les démarches à effectuer. Cet outil sera dans la page d'accueil dont le lien sera transmis par un courriel en amont du courriel d'affiliation, ainsi qu'un courrier type pour faciliter leurs démarches.

Je suis encore en activité mais je serai en retraite avant le 1^{er} mai 2026, dois-je m'affilier ?

Oui, le parcours d'affiliation est obligatoire pour les agent.es en activité avant le 1^{er} mai 2026. Ensuite, au moment du départ à la retraite, la saisie de position de fin de fonction dans les bases informatiques entraînera la désaffiliation automatique.

Comment affilier ses ayants droit : conjoint·e et/ou enfants ?

Dans le cadre du parcours d'affiliation, l'agent·e a la possibilité d'affilier directement son/sa conjoint.e et/ou ses enfants. Une étape est prévue lors de l'affiliation pour lui permettre de renseigner les données les concernant.

Par ailleurs, l'agent·e peut affilier ses ayants droit à tout moment, même après finalisation du parcours d'affiliation, à partir de son Espace Personnel sécurisé.

L'affiliation d'ayants droit prend effet :

- À la même date d'effet que l'affiliation aux garanties socle en cas de demande simultanée;
- En cas de naissance ou d'adoption : à la date de naissance ou d'adoption de l'enfant si la MGEN - CNP Assurances a reçu la demande dans les trois mois suivant l'événement;
- À défaut, au premier jour du mois qui suit la réception de la demande complète.

Les ayants droit disposeront obligatoirement du même niveau de couverture que l'agent·e. Par exemple, si l'agent·e choisit la formule « socle + option A », tous ses ayants droit disposeront de ce niveau de couverture.

Puis-je souscrire au « socle + option 1 » et mes ayants droit seulement au socle ?

Non, les ayants droit disposeront obligatoirement du même niveau de couverture que l'agent·e. Par exemple, si l'agent·e choisit la formule « socle + option A », tous ses ayants droit disposeront de ce niveau de couverture.

En cas de naissance, comment affilier mon enfant au nouveau contrat ?

L'agent·e peut affilier ses ayants droit à tout moment, même après finalisation du parcours d'affiliation, à partir de son Espace Personnel sécurisé. C'est notamment le cas lors d'une naissance ou adoption. L'affiliation prendra effet à la date de naissance ou d'adoption de l'enfant si la MGEN - CNP Assurances a reçu la demande dans les trois mois suivant l'événement; à défaut, au premier jour du mois qui suit la réception de la demande complète.

Comment souscrire aux options ?

Les options sont directement souscrites par l'agent·e auprès de la MGEN - CNP Assurances. L'agent·e pourra choisir les options lors du parcours d'affiliation. Avant la date d'effet du contrat, il/elle pourra également les modifier depuis son Espace Personnel sécurisé. Après la date d'effet, il sera possible de modifier les options une fois par an après une durée initiale de

souscription de douze mois. Pour le choix d'une option, la prise d'effet est à la même date d'effet que celle des garanties sociale en cas de demande simultanée ou à défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande complète.

La cotisation de l'option sera prélevée par la MGEN - CNP Assurances directement sur le compte bancaire de l'agent·e. Une participation employeur égale à 50 % du montant de l'option, dans la limite de 5 euros, sera versée chaque mois à l'agent par son employeur et apparaîtra sur son bulletin de paie.

Comment modifier ou résilier une option ?

Après une durée minimale d'adhésion de 12 mois dans l'option souscrite, l'agent·e pourra la modifier ou la résilier depuis son Espace Personnel sécurisé MGEN - CNP Assurances, sans passer par l'employeur.

La modification interviendra au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande complète par la MGEN - CNP Assurances. La résiliation interviendra un mois après la réception de la demande par la MGEN - CNP Assurances.

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

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

La demande de dispense à la MGEN - CNP Assurances se fait donc en ligne. Une attestation sur l'honneur sera à fournir par l'agent·e lors du parcours d'affiliation. Un modèle d'attestation sur l'honneur sera téléchargeable directement dans le parcours d'affiliation ou sur la page d'accueil agent·es du site de la MGEN - CNP Assurances.

Quand l'agent·e peut-il/elle demander une dispense ?

La dispense peut être présentée lors de l'entrée en vigueur du nouveau contrat collectif, de l'arrivée de l'agent·e au sein des ministères ou lors de la réalisation de l'événement ouvrant droit à la dispense (ex : affiliation à la complémentaire du/de la conjoint·e).

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

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

Oui. Si la situation de l'agent·e évolue, il/elle 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/de la conjoint.e).

Les agent·es ayant actuellement une mutuelle individuelle, et étant couvert·es en année civile, seront-ils/elles automatiquement dispensé·es jusqu'au 31 décembre 2026 ?

La dispense n'est jamais automatique. Un·e agent·e couvert·e par une mutuelle individuelle peut demander à bénéficier d'une dispense jusqu'à la date d'échéance de son contrat individuel, dans la limite d'un an.

Par exemple :

- Si son contrat individuel est valable du 01/01/2026 au 31/12/2026, il/elle pourra se dispenser jusqu'au 31/12/2026
- Si son contrat individuel est valable du 01/09/2025 au 31/08/2026, il/elle pourra se dispenser jusqu'au 31/08/2026.

Dans quelles conditions l'agent·e peut-il/elle être dispensé·e d'adhérer à ce nouveau régime ?

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

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

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