

DEMANDE DE DISPENSE D'AFFILIATION

Lors de votre prise de fonction

Lors de votre embauche au sein du ministère (Centrale, service déconcentré, ARS ou EPA), le service RH vous remet un dossier complet vous permettant de demander une dispense d'affiliation. Ce dossier comporte : un formulaire de demande de dispense (ci-après) et une attestation sur l'honneur. Vous devez remplir le formulaire et joindre l'attestation sur l'honneur, puis transmettre l'ensemble à votre service RH. Le ministère étudie votre demande.

- Si celle-ci est refusée, vous recevrez alors un email contenant un lien vers le formulaire d'affiliation au dispositif obligatoire de protection sociale complémentaire santé. Vous devrez alors compléter ce formulaire pour être affilié au régime collectif.
- Si, celle-ci est acceptée, vous serez dispensé d'affiliation jusqu'à la date d'échéance de votre dispense. Il est donc important de bien suivre la procédure et de fournir les documents demandés pour que votre demande soit traitée correctement.

En résumé : À votre arrivée, vous pouvez demander une dispense. Préparez les documents, attendez la réponse du ministère, puis suivez les instructions selon l'acceptation ou le refus de votre demande.

Bon à savoir : Si votre dispense est accordée, elle est valable jusqu'à son échéance. Pour la prolonger, il faudra réitérer la procédure à ce moment-là.

À l'échéance de votre dispense initiale

Trois mois avant la fin de votre dispense, la MGAS vous enverra un email pour vous demander si vous souhaitez continuer à bénéficier de la dispense ou y renoncer. Il est important de surveiller votre boîte mail à cette période afin de ne pas manquer ce message.

IMPORTANT : Si vous ne répondez à aucun des mails de la MGAS, vous serez affilié automatiquement au contrat collectif santé obligatoire, sans possibilité de choisir vos garanties. Cette affiliation automatique ne vous donnera accès qu'au socle des garanties. Par ailleurs, sans RIB (relevé d'identité bancaire) fourni, aucun remboursement de vos soins ne pourra avoir lieu et aucune carte de tiers payant ne vous sera envoyée. Il est donc essentiel de répondre à la MGAS pour éviter ces désagréments.

En formulant votre demande de dispense, vous reconnaissez avoir été informé(e) que :

- Vous renoncez à la participation financière de votre employeur au titre de votre cotisation (soit 50 % de la cotisation d'équilibre du contrat collectif, hors cotisations additionnelles),
- Vous renoncez, en cas de cessation de la relation de travail avec votre employeur, au maintien de vos garanties et de votre adhésion au contrat collectif (pendant une durée maximale de 12 mois),
- Vous pouvez à tout moment revenir sur cette dispense et demander à adhérer au contrat collectif (dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne vous sera appliquée).



DEMANDE DE DISPENSE D’AFFILIATION – DÉCLARATION SUR L’HONNEUR

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur être éligible à une dispense d'adhésion à la protection sociale complémentaire (PSC) mise en place à titre collectif et obligatoire par mon employeur :

Nom de l'employeur :

Je déclare me trouver dans l'une des situations suivantes *[Cocher la case correspondante]* :

ATTENTION

Un seul
choix
possible

- ☐ Je suis couvert(e) par un contrat individuel de complémentaire santé, jusqu'à la date d'échéance de ce contrat, dans la limite de douze mois (motif valable uniquement lors de la prise de fonction)
- ☐ Je bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, d'un dispositif de couverture collective à adhésion obligatoire mis en place dans une entreprise de droit privé, que l'adhésion des ayants droit audit dispositif soit facultative ou obligatoire
- ☐ Je suis en Contrat à Durée Déterminée (CDD) ou fonctionnaire détaché sous contrat de droit public (décret 86-83) et je bénéficie d'une couverture individuelle
- ☐ Je suis bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)
- ☐ Je bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective de la fonction publique de l'Etat, territoriale ou hospitalière
- ☐ Je bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, de la couverture collective des militaires
- ☐ Je bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)
- ☐ Je bénéficie, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture individuelle financée par le « versement santé » d'un employeur privé

Je déclare être en possession du justificatif fondant ma demande de dispense.

Je m'engage à le fournir à mon employeur à première demande et à lui signaler la date à laquelle je cesse de bénéficier, le cas échéant, de l'un de ces dispositifs.

Fait à le/...../.....

Signature :

Article 441-6 du Code pénal :

Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu.

DISPENSES - ATTESTATION SUR L'HONNEUR – VOTRE MODE OPÉRATOIRE

1. Compléter toutes les informations nécessaires dans le document :

- Vos nom et prénom
- Le nom de l'employeur
- Lieu et date
- Cocher la case de votre situation
- Ajouter la date d'échéance du dispositif concerné

2. Signer manuellement le document.

CAS DE DISPENSE	DATE D'ÉCHÉANCE A FAIRE FIGURER DANS LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE DISPENSE	PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR À LA 1 ^{ère} DEMANDE DE VOTRE EMPLOYEUR
Agent couvert par une assurance santé individuelle (motif valable uniquement lors de la prise de fonction)	Date d'échéance du contrat (dans la limite de 12 mois)	Attestation de l'organisme assureur avec mention de la date d'échéance du contrat ou certificat de garantie
Agent bénéficiant d'une complémentaire santé collective et obligatoire dans une entreprise de droit privé	Date anniversaire de l'adhésion à la couverture obligatoire	Attestation de l'employeur avec mention du caractère collectif et obligatoire de la couverture santé
Agent en CDD ou fonctionnaire détaché sous contrat de droit public (décret 86-83) et bénéficiant d'une couverture individuelle	Pour les CDD et les agents détachés : -Date de fin du CDD ou du détachement si le CDD ou le détachement est d'une durée inférieure ou égale à 1 an -Date anniversaire du CDD ou du détachement si le CDD ou le détachement est d'une durée supérieure à 1 an	Attestation de l'organisme assureur avec mention de la date d'échéance du contrat ou certificat de garantie et copie du contrat de travail
Agent bénéficiant de la CSS	Date de fin des droits à la CSS	Attestation de droits CSS fournie par la CPAM accessible en se connectant à son compte AMELI sur le site http://www.ameli.fr/
Agent de la fonction publique de l'Etat, territoriale ou de la fonction publique hospitalière bénéficiant d'une couverture collective	Date anniversaire de l'adhésion à la couverture collective.	Attestation du ministère, de l'établissement public, de la collectivité territoriale ou de l'établissement hospitalier précisant que le souscripteur ou l'ayant droit bénéficie d'une couverture collective
Militaire bénéficiant d'une couverture collective des militaires	Date anniversaire de l'adhésion à la couverture collective.	Attestation du ministère ou de l'établissement public précisant que le souscripteur bénéficie d'une couverture collective
Agent couvert par le régime complémentaire de la CAMIEG	Date anniversaire de l'adhésion au régime complémentaire.	Attestation de la CAMIEG
Agents bénéficiant du dispositif « versement santé »	Date de fin de bénéfice du "versement santé"	Attestation de l'employeur précisant que l'agent bénéficie de ce dispositif particulier

✚ À retenir

- ✓ **Un seul choix possible** pour le motif de dispense.
- ✓ L'attestation sur l'honneur doit être **remplie, datée, signée et conservée**.
- ✓ N'oubliez pas de **conserver une copie** de tous les documents pour vos archives.