



Table des matières

GÉNÉRALITÉS - COMPRENDRE LA RÉFORME	3
PARTIE I. DÉPLOIEMENT	7
PARTIE II. BÉNÉFICIAIRES.....	10
Catégories de bénéficiaires.....	11
Stagiaires des écoles de service public.....	11
Bénéficiaires retraités – agents en retraite progressive.....	12
Reprise d'activité	12
Bénéficiaires ayants droit - Veufs et veuves	13
Conjoints	13
PARTIE III. DISPENSES	16
Situations ouvrant droit à dispense d'affiliation	16
Application dans le temps.....	17
Forme de la dispense	17
Pièces justificatives à fournir à la 1 ^{ère} demande.....	20
Date d'échéance à faire figurer dans le formulaire de demande de dispense	21
PARTIE IV. RÉSILIATIONS.....	22
Situations particulières.....	23
PARTIE V. COTISATIONS.....	24
Cotisations des apprentis.....	30
Mécanismes de solidarité et calcul de la cotisation d'équilibre	30
Cotisations des « retraités du stock »	30
Cotisations additionnelles relatives au fonds d'aide des retraités et au fonds d'accompagnement social.....	30
Portabilité des droits	31
Cotisations des ayants-droits handicapés	31
PARTIE VI. GARANTIES.....	32
Garanties complémentaires, supplémentaires et optionnelles	32
Fin de la relation de travail.....	34
PARTIE VII. RETRAITÉS.....	35
PARTIE VIII. AGENTS A L'ÉTRANGER	37
Rappel des démarches éventuelles avant le départ à l'étranger	37
Articulation MGAS/MGEN.....	37

GÉNÉRALITÉS - COMPRENDRE LA RÉFORME

Question :

Qu'est-ce qu'une complémentaire santé ?

🔗 Réponse :

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.

Question :

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

🔗 Réponse :

Il s'agit d'un contrat santé souscrit par l'employeur au bénéfice de tous les agents titulaires et contractuels. Tous les employeurs publics de l'État devront souscrire un contrat collectif de complémentaire santé pour leurs agents. Les agents et contractuels actifs de l'État seront donc affiliés de manière obligatoire avec une prise en charge d'environ la moitié de la cotisation par votre employeur.

Question :

Pourquoi est-ce obligatoire ?

🔗 Réponse :

Un Accord interministériel a été signé le 26 janvier 2022 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 réforme de la Protection Sociale Complémentaire, instaurée par le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, a été conçue dans le but de mieux protéger votre santé et pour aligner la couverture santé du secteur public sur le secteur privé pour lequel toutes les entreprises doivent couvrir leurs salariés par un contrat collectif santé obligatoire.

Question :

Est-ce que je peux refuser de m'affilier au contrat collectif ?

🔗 Réponse :

L'adhésion au contrat collectif santé est obligatoire pour les agents actifs. Toutefois vous pouvez bénéficier d'une dispense pour des cas précis et prévus dans le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022. Vous devez en faire la demande et fournir les justificatifs correspondants à votre employeur public. (voir plus loin cas de dispense). Toutefois, il est à noter qu'en cas de dispense il n'est plus possible de bénéficier du financement employeur.

Question :

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

Réponse :

Dans le cas d'un contrat individuel de complémentaire santé vous êtes le souscripteur et vous payez la totalité de la cotisation.

Avec le nouveau dispositif de protection sociale complémentaire, l'État démontre son engagement envers ses agents en vous offrant une meilleure protection à travers un contrat santé collectif à adhésion obligatoire, qui présente de nombreux avantages :

- ✓ **Une participation plus importante de l'employeur.**

Les cotisations mensuelles sont réduites, car le ministère prend en charge en moyenne 50 % du montant des cotisations des garanties de base, allégeant ainsi les dépenses des agents. Ce financement de 50 % en moyenne remplace la contribution de 15 € par mois précédemment en vigueur. Pour continuer à bénéficier du financement employeur, il faudra adhérer au contrat collectif à adhésion obligatoire. Vous aurez également la possibilité de souscrire des options et services complémentaires, avec une prise en charge de 5€ par l'employeur pour l'option de l'agent.

- ✓ **Un meilleur rapport qualité-prix**

Grâce à une plus forte mutualisation et à une solidarité accrue, l'offre collective et obligatoire, à garanties identiques, est nettement moins onéreuse qu'une couverture individuelle facultative. De plus, des frais de gestion négociés et par conséquent réduits garantissent plus de ressources dédiées au remboursement de soins.

- ✓ **Plus de solidarité**

Le caractère collectif et obligatoire permet de mutualiser les risques et de mieux prendre en charge certaines populations. Par exemple, il existe une tarification réduite pour les retraités et la possibilité pour les contractuels de conserver gratuitement leur assurance complémentaire santé à l'issue d'une rupture involontaire du contrat de travail. De plus, vous êtes affiliés sans condition d'âge ni d'état de santé.

Le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles a choisi la MGAS comme mutuelle des agents pour la complémentaire Santé obligatoire et pour la complémentaire Prévoyance facultative. La nouvelle Protection Sociale Complémentaire entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Question :

Qu'est-ce que la protection sociale complémentaire (PSC)

 **Réponse :** Deux accords interministériels modifient et améliorent les dispositifs de Protection Sociale Complémentaire (PSC) dans la Fonction publique d'État, pour le volet santé et pour le volet prévoyance. Les dispositions prévues par l'accord entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2026, avec une nouvelle complémentaire Santé et une nouvelle complémentaire Prévoyance pour les agents.

À l'issue d'un marché public, le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles a retenu la MGAS comme complémentaire. La MGAS sera donc l'organisme complémentaire pour la couverture des frais de santé et des risques prévoyance des agents du ministère, en administration centrale et dans les services déconcentrés, des agents des ARS, des agents des établissements publics sous tutelle du ministère et des agents de la Haute Autorité de Santé.

La Protection Sociale Complémentaire Santé deviendra obligatoire pour tous les agents actifs. Elle vise à compléter les remboursements de l'Assurance maladie. Elle couvrira les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident pour tous les agents, et s'ils le souhaitent pour leur famille. Les agents retraités pourront également bénéficier de la mutuelle MGAS s'ils le souhaitent.

Le ministère prendra en charge la moitié de la cotisation d'équilibre pour les agents, soit 34,52 € par mois. La cotisation des agents dépendra de leur rémunération. Le remboursement mensuel de 15 € pour les mutuelles individuelles des agents reste en place jusqu'au 31 décembre 2025.

Le dispositif comprendra un panier de soins socle obligatoire et trois options complémentaires facultatives. Le ministère contribuera au financement d'une option jusqu'à 5 € par mois.

Question :

Qui est concerné par la Protection Sociale Complémentaire Santé obligatoire ?

🔗 Réponse :

Les agents dits « bénéficiaires actifs » sont tenus d'adhérer au contrat collectif souscrit par leur employeur, dès lors qu'ils sont employés et rémunérés par leur employeur.

Il s'agit des agents suivants :

- Les fonctionnaires titulaires et stagiaires de l'État ;
- Les agents contractuels de droit public ;
- Les agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire.
- Les agents dans les situations suivantes conservent la qualité de « bénéficiaire actif » et sont donc concernés par la PSC Santé obligatoire. Même si ces agents ne sont pas rémunérés par leur employeur, ils bénéficieront de la participation du ministère à la mutuelle (sauf s'ils entrent dans un cas de dispense prévu et qu'ils en font la demande) :
 - Congé parental ;
 - Disponibilité pour raison de santé ;
 - Congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ;
 - Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
 - Congé de formation professionnelle.

Question :

Quelle est la complémentaire Santé choisie par le ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles ?

🔗 Réponse :

La Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS) a été retenue par le ministère à l'issue d'un marché public pour assurer la complémentaire santé des agents. Vous trouverez le détail des prestations, pour le panier de soins socle et les options supplémentaires sur PACo.

Question :

Quand la Protection Sociale Complémentaire Santé sera-t-elle mise en place au ministère ?

🔗 Réponse :

La PSC Santé devient obligatoire pour les agents au 1er janvier 2026. Les agents et le ministère cotiseront à la MGAS en janvier 2026 et ces cotisations figureront sur les bulletins de paye de janvier 2026. Au 31 décembre 2025, la participation de l'employeur de 15 € mensuels à la complémentaire santé individuelle des agents disparaît. Le déploiement de la PSC Santé auprès des agents se déroulera entre juin et septembre 2025 : vous pourrez alors utiliser un simulateur proposé par la MGAS pour calculer votre cotisation, vous affilier, choisir éventuellement des options de garanties ou affilier vos ayants droit. Les agents seront accompagnés et informés durant toute cette période.

Vous pouvez accéder au calendrier global du déploiement de la PSC Santé sur PACo.

Question :

Les apprentis doivent-ils adhérer à la Protection Sociale Complémentaire Santé ?

🔗 Réponse :

Oui, les apprentis, comme tous les contractuels rémunérés par le ministère, doivent adhérer à la PSC Santé, sauf s'ils entrent dans un cas de dispense prévu et qu'ils en font la demande, par exemple s'ils sont ayants droit d'un contrat collectif à adhésion obligatoire de leur parent.

Question :

Les agents des territoires d'outre-mer sont-ils concernés par la Protection Sociale Complémentaire Santé ?

🔗 Réponse :

Les agents affectés dans les départements d'outre-mer bénéficient de la PSC Santé obligatoire du ministère.

Les agents affectés à Wallis et Futuna bénéficient d'une gratuité des soins.

Les agents affectés en Polynésie française bénéficient de la PSC Santé obligatoire du ministère.

Les agents affectés à Saint-Pierre-et-Miquelon adhèrent exclusivement au régime de sécurité sociale de droit local.

Les agents affectés en Nouvelle-Calédonie :

- Bénéficient de la PSC Santé du ministère s'ils sont affectés depuis moins de six mois ;
- Adhèrent au régime de sécurité sociale de droit local lorsqu'ils sont affectés depuis six mois ou plus.

PARTIE I.DÉPLOIEMENT

Question : Peut-on souscrire à des garanties optionnelles en plus des garanties de base ?

Réponse :

Vous pouvez souscrire à l'une des trois options disponibles en plus des garanties de base afin d'améliorer vos garanties de santé.

Quelques points importants à noter :

- La souscription à ces options est facultative,
- L'engagement est de 12 mois minimum. Ensuite, il vous sera possible de changer d'option une fois par an.

Question :

Où puis-je trouver le tableau des garanties de mon contrat collectif santé ?

Réponse :

Votre tableau de garanties sera disponible sur la landing page dédiée, puis dans votre espace personnel sécurisé 7/7j et 24h/24h.

Question :

Peut-on avoir deux mutuelles ?

Réponse :

Oui, vous pouvez cotiser à deux mutuelles mais une seule pourra être liée au régime obligatoire via la connexion NOEMIE pour la télétransmission et sera donc votre mutuelle principale.

Le système de télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Échanges Maladie avec les Intervenants Extérieurs) permet un échange d'information informatisé entre votre mutuelle principale et la Sécurité sociale pour vos remboursements de soins de santé, sans aucune intervention de votre part.

De plus, votre employeur ne participe qu'à la prise en charge de l'offre socle MGAS retenue (50% de la couverture santé et 5€ pour les options), le dispositif de prise en charge de 15€ de participation employeur prend fin au 31 décembre 2025.

Question :

Est-ce que je vais être automatiquement affilié au nouveau contrat collectif santé ?

Réponse :

Vous devez suivre un parcours d'affiliation parce que la MGAS a besoin au minimum de vos coordonnées bancaires pour effectuer le remboursement de vos prestations. C'est également dans ce parcours que vous pouvez ajouter des options pour compléter votre couverture de base et couvrir votre conjoint et / ou vos enfants. Si vous ne finalisez pas votre parcours d'affiliation malgré les relances, vous serez affilié de manière automatique à la couverture de base à la date d'effet du contrat, sans option et sans avoir couvert votre conjoint et / ou vos enfants.

Question :

Dois-je contacter directement la MGAS pour m'affilier au contrat collectif obligatoire ?

Réponse :

Vous serez informé individuellement par courriel directement par la MGAS des actions à accomplir pour :

- Gérer votre affiliation ou demander votre dispense ;
- Gérer le cas échéant l'affiliation de vos ayants droit (enfants, conjoint) ;
- et le choix de vos options.

Pour les agents actifs, la première prise de contact avec la MGAS se fera par l'adresse courriel professionnelle.

Question :

Je suis déjà adhérent de la MGAS, quelles démarches dois-je accomplir ?

Réponse :

Si vous êtes déjà adhérent de la MGAS pour votre complémentaire santé, votre résiliation sera automatique pour le volet santé si vous vous affiliez au nouveau contrat collectif obligatoire.

Question :

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

Réponse :

Vous avez un délai 2 semaines à partir de la réception du courriel avec le lien au parcours d'affiliation pour finaliser votre affiliation au contrat santé collectif, et si vous le souhaitez affilier vos bénéficiaires (conjoint et/ou enfants) et choisir des options pour chacun des membres de votre foyer. 2 relances vous seront adressées. Au-delà, si vous ne finalisez pas votre parcours d'affiliation, vous serez affilié de manière automatique à la couverture de base à la date d'effet du contrat. Vous pourrez ensuite encore ajouter vos bénéficiaires dans votre Espace personnel.

Question :

Pourquoi ai-je des démarches à faire alors que mon affiliation est obligatoire ?

Réponse :

Afin de finaliser votre dossier personnel d'adhérent MGAS, notamment le RIB de versement des prestations mais également vous permettre de faire le point sur votre besoin pour souscrire éventuellement à une option ou inscrire vos bénéficiaires. Il est donc nécessaire de finaliser le parcours d'affiliation ou, le cas échéant, de fournir un justificatif à votre employeur si vous êtes éligible à l'un des cas de dispense prévus par les textes.

Question :

Comment souscrire aux options ?

Réponse :

Les options sont directement souscrites par l'agent auprès de la MGAS. Cela ne passe pas par l'employeur. L'agent pourra choisir les options lors du parcours d'affiliation puis pourra les modifier depuis son Espace adhérent. À noter qu'une participation employeur de 5€ sera versée chaque mois à l'agent au titre de la souscription d'une option sur son bulletin de paie.

Question :

Avez-vous prévu des rencontres physiques avec les agents ?

🔗 Réponse :

Oui, plusieurs permanences physiques seront organisées par la MGAS sur toute la France et l'outre-mer. Un planning des différentes permanences sera communiqué en amont.

Question :

A quel organisme complémentaire s'affilie un agent qui a plusieurs employeurs ?

🔗 Réponse :

L'agent doit s'affilier à l'organisme complémentaire de son employeur principal ; celui auprès duquel la quotité de travail est la plus importante. En cas de quotité de temps de travail équivalent, l'agent doit opter pour le contrat collectif de son choix.

Une fois son choix fait, il doit en informer ses employeurs.

Question :

Je suis actuellement en disponibilité pour raison de santé. Dois-je m'affilier au contrat santé ?

🔗 Réponse :

Cette question concerne aussi les agents en situation de congé parental, de congé de présence parentale, de congé de proche aidant, en congé de solidarité familiale ou encore en congé de formation professionnelle.

Les agents se trouvant dans l'une de ces positions doivent s'affilier à la protection sociale complémentaire santé de leur employeur comme les agents actifs, sauf à bénéficier d'une dispense.

Question :

Si mon conjoint travaille également pour les ministères sociaux, doit-il s'affilier directement ou bien doit-il se dispenser afin que je le déclare en ayant droit ?

🔗 Réponse :

Si vous et votre conjoint travaillez tous les deux pour les ministères sociaux ou dans un de ses établissements publics administratif, vous devrez tous les deux vous affilier sur le contrat de la MGAS. Vous ne pourrez pas utiliser la couverture de votre conjoint dans ce cas précis pour faire une demande de dispense.

Il est à noter que chacun recevra ainsi une participation de l'employeur à hauteur de 50 % de la cotisation d'équilibre.

Question :

Un agent adhérent MGEN doit-il résilier son contrat individuel actuel ?

🔗 Réponse :

S'il s'affilie au contrat collectif santé obligatoire du ministère, il n'aura pas à réaliser de formalités de résiliation auprès de la MGEN. En concertation avec la MGAS qui se charge de l'affiliation, la MGEN mettra fin au contrat actuel.

Question :

Est-ce que c'est sur le mail pro que les agents recevront ces informations ?

🔗 Réponse :

Oui. De manière exceptionnelle et dans certaines situations spécifiques, une autre adresse sera utilisée.

PARTIE II.BÉNÉFICIAIRES

Question :

Est-ce que je peux aussi couvrir mes ayants droit : mon conjoint et / ou mes enfants ?

🔗 Réponse :

Oui, votre conjoint (marié, pacsé ou concubin) et/ou vos enfants jusqu'à 21 ans et jusqu'à 25 ans si étudiant, alternant ou apprenti sur présentation annuelle d'un justificatif de poursuite d'études (Certificat de scolarité par exemple), et sans limite d'âge si en situation de handicap reconnue par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), peuvent être couverts.

Néanmoins, la participation financière de l'employeur ne s'étend pas aux ayants droit. À noter que la cotisation pour les enfants a fait l'objet d'une vigilance particulière et se situe parmi les plus faibles du marché, pour vous permettre de couvrir vos enfants.

Question :

Puis-je aussi couvrir l'enfant de mon conjoint ?

🔗 Réponse :

Oui. Vous pouvez couvrir l'enfant de votre conjoint dès lors qu'il est à charge fiscalement et qu'il répond aux conditions d'âge prévu au contrat.

Question :

Comment puis-je affilier mes ayants droit : mon conjoint et/ou mes enfants ?

🔗 Réponse :

Dans le cadre du parcours d'affiliation, vous avez la possibilité d'affilier directement votre conjoint et/ou vos enfants en renseignant les informations nécessaires. Une étape est prévue lors de l'affiliation pour vous permettre de renseigner les données les concernant. Par ailleurs, cette possibilité d'affilier vos ayants droit est ouverte à tout moment même après finalisation de votre parcours d'affiliation, à partir de votre espace personnel sécurisé.

Question :

Quelles sont les pièces justificatives dont j'ai besoin pour couvrir mon / mes enfants et mon conjoint ?

🔗 Réponse :

Pour couvrir votre / vos enfants, les pièces justificatives à nous transmettre sont :

- S'il a moins de 21 ans, l'attestation de droits à la sécurité sociale à jour ;
- Jusqu'à 25 ans, un justificatif de poursuite d'études ;
- Quel que soit son âge, s'il est reconnu handicapé, la carte mobilité inclusion ou un justificatif de l'allocation spécifique aux personnes handicapées.

Pour couvrir votre conjoint, vous devrez fournir une attestation de droits à la sécurité sociale à jour, disponible sur votre espace personnel ameli.fr

Question :

Comment estimer les tarifs qui seront applicables à mon foyer pour faire mon choix ?

Réponse :

Un simulateur de cotisations vous sera proposé dans le cadre 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 gratuit dédié.

Catégories de bénéficiaires

Question :

Combien y a-t-il de catégories de bénéficiaires ?

Réponse :

Il y a trois catégories de bénéficiaires : les bénéficiaires actifs (article 2 du décret du 22 avril 2022), les bénéficiaires retraités (article 4) et les bénéficiaires ayants droit (article 5). Chaque catégorie de bénéficiaires relève d'un contrat collectif distinct.

Question :

Je suis mis à disposition, en position normale d'activité, en détachement ou en congé de mobilité, de quelle PSC je relève ?

Réponse :

L'agent public mis à disposition reste rattaché et rémunéré par son administration d'origine. Il relève donc à ce titre du régime de PSC de son administration d'origine.

L'agent public détaché ou en congé de mobilité est rattaché et rémunéré par sa structure d'accueil. Il relève donc à ce titre du régime de PSC de son administration d'accueil.

L'agent public placé en position normale d'activité (PNA) est, en principe, rémunéré par sa structure d'accueil. Dans ce cas, l'agent doit être rattaché à la PSC de son administration d'accueil. Toutefois, lorsque l'agent en PNA est rémunéré, en raison d'une convention de délégation, par sa structure d'origine, il convient de le rattacher à la PSC de son administration d'origine.

Stagiaires des écoles de service public

Question :

Je suis stagiaire d'une école de service public, suis-je exclu du dispositif ?

Réponse :

L'article 2 du décret du 22 avril 2022 prévoit que les bénéficiaires actifs tenus d'adhérer au contrat collectif souscrit par un employeur public, sont ceux qui sont employés et rémunérés par cet employeur. Dès lors, si les fonctionnaires stagiaires sont employés et rémunérés par un employeur public mentionné à l'article 1er du même décret, ils doivent adhérer au contrat santé souscrit par leur employeur.

En revanche, si les stagiaires ne perçoivent pas de rémunération mais seulement une bourse, ils n'entrent pas dans la catégorie des bénéficiaires actifs et ne peuvent donc pas être affiliés au contrat santé souscrit par leur employeur.

Question :

Je suis affecté en outre-mer. Est-ce que je bénéficie du régime de PSC santé instauré par l'accord interministériel du 26 janvier 2022 et le décret du 22 avril 2022 ?

Réponse :

Selon les dispositions de l'article 6 du décret du 22 avril 2022 « Pour pouvoir adhérer au contrat collectif, les personnes mentionnées aux articles 2, 4 et 5 doivent être soumises à la législation française de sécurité sociale ou assurées volontaires contre les risques maladie et maternité dans les conditions prévues aux articles L. 762-5 à L. 762-6-5 du code de la sécurité sociale. ».

Il convient donc de distinguer :

- Les agents affectés en outre-mer et affiliés à la Sécurité sociale française (DOM-ROM) pour lesquels le régime de PSC santé est applicable
- Des agents affectés en outre-mer et affiliés à une caisse locale où la législation française de sécurité sociale ne s'applique pas et pour lesquels le régime de PSC santé n'est pas applicable.

Un dispositif spécifique a été mis en place par l'article 59 du PLF 2025, afin de prévoir une participation forfaitaire de l'employeur aux contrats souscrits individuellement par leurs agents, lorsque le régime de PSC santé ne s'applique pas (Nouvelle-Calédonie, Polynésie française pour les contractuels, Saint-Pierre- et-Miquelon, Wallis-et-Futuna).

Question :

Je suis en exclusion temporaire de fonction, est-ce que je conserve mes droits au contrat collectif ?

Réponse :

La sanction d'exclusion temporaire de fonction correspond, par définition, à une absence de service fait. L'agent doit donc supporter toutes les conséquences liées à cette absence d'exécution du service et notamment la suspension de rémunération. Les agents sans rémunération qui conservent la qualité de bénéficiaire actif sont limitativement énumérés au II de l'article 2 du décret du 22 avril 2022. Les agents placés en exclusion temporaire de fonction dans le cadre d'une sanction disciplinaire ne sont pas concernés.

Toutefois, l'agent n'est « désaffilié » du contrat collectif santé obligatoire que si l'exclusion temporaire de fonction est supérieure à 1 mois et que l'agent ne perçoit pas de rémunération pendant un mois entier.

Bénéficiaires retraités – agents en retraite progressive

Question :

Je suis en retraite progressive, suis-je considéré comme bénéficiaire actif ou comme bénéficiaire retraité ?

Réponse :

L'agent en retraite progressive qui se trouve dans l'une des situations visées à l'article 2 du décret du 22 avril 2022 et qui relève d'un employeur visé à l'article 1er de ce même décret est considéré comme bénéficiaire actif et est donc tenu, sauf cas de dispense, d'adhérer au contrat santé souscrit par son employeur. À l'issue de son départ en retraite définitive, l'agent qui remplit les conditions de l'article 4 pourra solliciter son adhésion au contrat santé souscrit par son dernier employeur pour les bénéficiaires retraités.

Reprise d'activité

Question :

Je suis retraité du ministère et je cumule un emploi et ma retraite. Je suis donc couvert de façon obligatoire par la complémentaire santé de mon employeur privé. Pourrai-je à l'issue de mon emploi réintégrer la PSC santé et ce même si le délai d'un an est dépassé ?

Réponse :

Deux cas de figure sont possibles :

- Le retraité exerce une activité ouvrant droit à pension : le retraité ne peut réintégrer le contrat PSC santé de l'État souscrit par son dernier employeur pour les « bénéficiaires retraités » conformément aux dispositions du II de l'article 4 du décret du 22 avril 2022 qui prévoit que « Le bénéficiaire retraité qui, postérieurement à la liquidation d'une pension de retraite mentionnée au I, exerce une activité rémunérée permettant d'obtenir un droit à pension perd cette qualité et la possibilité de l'acquérir à nouveau » ;
- Le retraité exerce une activité n'ouvrant aucun droit à pension : le retraité peut conserver son adhésion au contrat PSC Santé de l'État souscrit par son dernier employeur pour les « bénéficiaires retraités » à condition qu'il n'y ait pas de discontinuité entre son adhésion en qualité de « bénéficiaire actif » et celle de « bénéficiaire retraité », conformément aux dispositions du I de l'article 4 du décret du 22 avril 2022 qui prévoit que « Peut demander à adhérer aux garanties couvertes par le contrat collectif souscrit par son dernier employeur pour la catégorie des « bénéficiaires retraités », au sens de l'accord interministériel du 26 janvier 2022, la personne qui a la qualité de bénéficiaire actif à la date de sa cessation d'activité pour admission à la retraite. Dans ce cas, la cessation d'activité visée par le texte concerne l'activité exercée auprès de l'employeur public qui donnait le droit d'accéder au contrat comme bénéficiaire actif.

Bénéficiaires ayants droit - Veufs et veuves

Question :

L'article 31 du décret du 22 avril 2022 permet de manière transitoire aux veuves et veufs de retraités qui bénéficient d'une pension de réversion à la date de d'entrée en vigueur des premiers contrats d'adhérer au contrat collectif de PSC santé. Qu'en est-il des veufs et veuves d'actifs ?

Réponse :

Il n'existe pas de dispositions transitoires s'agissant des veufs et veuves qui bénéficient d'une pension de réversion d'un agent qui n'était pas retraité à la date d'entrée en vigueur des premiers contrats et qui est décédé avant cette entrée en vigueur.

En revanche, le II de l'article 5 du décret du 22 avril 2022 permet au conjoint survivant et à l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin d'un des régimes mentionnés au 1° de l'article 5 de conserver, à sa demande, son contrat de PSC santé en qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité.

Conjoints

Question :

Au I de l'article 5 du décret du 22 avril 2022, la notion d'ayant droit recouvre le conjoint non séparé de corps, le partenaire de PACS et le concubin. En revanche, après le décès de l'agent, au II de l'article 5 du même décret, la notion ne recouvre plus que « le conjoint ». Le terme « conjoint » doit-il s'entendre au sens générique (mariage, PACS et concubinage) ou juridique (mariage) ?

Réponse :

Selon le II de l'article 5 du décret du 22 avril 2022, le conjoint de l'agent décédé peut conserver son contrat de PSC santé à la condition de bénéficier d'une pension de réversion, ce qui exclut de fait le partenaire de PACS et le concubin, dès lors que la pension de réversion est ouverte aux seuls époux (ou ex-époux).

Question :

Comment suis-je couvert avant la mise en place du contrat collectif au 1er janvier 2026 ?

🔗Réponse :

D'ici la mise en place de votre nouveau contrat collectif santé, vous restez couvert par votre contrat santé individuel actuel.

Question :

Étant déjà adhérent de la MGAS, dois-je faire des démarches de résiliation pour mon contrat santé actuel ?

🔗Réponse :

Vous n'avez aucune démarche de résiliation à accomplir si vous vous affiliez au contrat collectif santé.

Question :

Qui peut bénéficier de la Protection Sociale Complémentaire Santé du ministère de façon facultative ?

🔗Réponse :

Les ayants droit d'un agent actif et les agents retraités peuvent adhérer à la mutuelle du ministère de façon facultative.

Les ayants droit d'un agent actif sont les suivants :

- les conjoints, partenaires de PACS et concubins ;
- les enfants, sous condition d'âge :
 - o âgés de moins de 21 ans ;
 - o âgés de moins de 25 ans s'ils justifient de la poursuite de leurs études ou sont en contrat d'apprentissage ou demandeurs d'emploi ;
 - o les enfants en situation de handicap peuvent bénéficier de la mutuelle du ministère sans condition d'âge.

Il est à noter que la participation financière de l'employeur ne s'étend pas aux ayants droit ou aux agents retraités.

Question :

Les ayants droit d'un agent peuvent-ils bénéficier de la mutuelle du ministère ?

🔗Réponse :

Oui, les ayants droit d'un agent actif ou retraité peuvent bénéficier de la mutuelle du ministère de façon facultative. Il est à noter que la participation financière de l'employeur ne s'étend pas aux ayants droit.

Les ayants droit d'un agent actif sont les suivants :

- les conjoints, partenaires de Pacs et concubins ;
- les enfants, sous condition d'âge :
 - o âgés de moins de 21 ans ;
 - o âgés de moins de 25 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études ou sont en contrat d'apprentissage ou demandeurs d'emploi ;

- Les enfants en situation de handicap peuvent bénéficier de la mutuelle du ministère sans condition d'âge.

PARTIE III.DISPENSES

Situations ouvrant droit à dispense d'affiliation

En application de l'article 3 du décret du 22 avril 2022, est dispensé d'adhérer au contrat collectif obligatoire souscrit par son employeur l'agent :

- ✓ Bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire ;
- ✓ Bénéficiaire d'un contrat individuel de PSC santé à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif souscrit par son employeur ou à la date de sa prise de fonction. Cette dispense est valable jusqu'à la date d'échéance du contrat dans la limite de douze mois ;
- ✓ Employé dans le cadre d'un contrat à durée déterminée lorsqu'il est bénéficiaire d'un contrat individuel de PSC santé ;
- ✓ 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 ;
- ✓ Bénéficiaire, en qualité d'ayant droit, d'un contrat de PSC santé éligible au « versement santé » versé par l'employeur du titulaire du contrat ;
- ✓ Bénéficiaire d'un régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
- ✓ Bénéficiaire d'une couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière en application de l'article L. 827-2 du CGFP ;
- ✓ Bénéficiaire d'une couverture collective en application de l'article L. 4123-3 du code de la défense.

Question :

Quelle différence faut-il faire entre le dispositif de couverture individuelle destiné aux salariés en CDD visé au b du 4° de l'article 3 du décret du 22 avril 2022 et le dispositif concernant les CDD prévu au 3° de l'article 3 du même décret, s'ils bénéficient d'une couverture individuelle frais de santé ?

🔗 Réponse :

Le b du 4° de l'article 3 du décret du 22 avril 2022 vise les personnes qui sont couvertes en qualité d'ayant droit par le contrat santé de leur conjoint en CDD lorsque ce celui-ci est bénéficiaire d'une couverture individuelle et du « versement santé » versé par son employeur (et non d'une couverture collective à adhésion obligatoire). Le « versement santé » n'est pas applicable dans le secteur public, les agents publics ne peuvent donc pas entrer dans cette catégorie à titre direct.

Le dispositif prévu au 3° de l'article 3 du décret du 22 avril 2022 est propre aux agents publics en CDD et concerne les agents employés à durée déterminée qui disposent d'une complémentaire santé qu'ils souhaitent conserver plutôt que de rejoindre la couverture collective de leur employeur public.

Question :

Puis-je invoquer la dispense prévue à l'article 11 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 ?

🔗 Réponse :

Cette dispense ne peut pas être invoquée dans la fonction publique d'État.

Question :

Je suis affilié en qualité d'ayant droit à la complémentaire santé obligatoire d'un autre ministère, puis je me dispenser ?

Réponse :

Les agents affiliés en qualité d'ayant droit d'une complémentaire santé obligatoire d'un autre ministère ne peuvent pas demander une dispense à ce titre. La demande de dispense en tant qu'ayant droit d'un contrat collectif du conjoint et/ou parent ne vaut que si le conjoint ou parent travaille dans le secteur privé, avec une complémentaire santé de son employeur privé.

Question :

Je suis détaché dans un autre ministère, puis je me dispenser ?

Réponse :

Les agents titulaires détachés sur contrat (à durée déterminée) entrent dans les cas de dispense autorisés dès lors qu'ils bénéficient d'une couverture individuelle frais de santé.

Application dans le temps

Question :

Puis-je demander à réintégrer le contrat santé à tout moment pendant ma dispense ?

Réponse :

L'agent dispensé peut à tout moment demander à intégrer le contrat de PSC santé.
La dispense cesse d'elle-même lorsque l'agent n'en remplit plus les conditions.

Forme de la dispense

Question :

Quel justificatif dois-je remettre pour être dispensé d'adhérer au contrat santé ?

Réponse :

il vous suffit de remplir et signer l'attestation sur l'honneur mise à votre disposition sur ... (à compléter) et de la télécharger dans votre formulaire de demande de dispense en ligne.
Veillez à bien y indiquer le même motif que dans le formulaire de demande ainsi qu'une date d'échéance qui ne peut être antérieure au 31/12/2025.

Question :

Y a-t-il des situations particulières qui me permettent de ne pas m'affilier au contrat collectif ?

Réponse :

L'affiliation au contrat collectif santé est obligatoire, mais il existe des cas de dispense prévus par les textes.
Si vous êtes concerné, vous pouvez en faire la demande dans votre parcours d'affiliation santé. Il vous faudra fournir l'attestation sur l'honneur avec le motif correspondant à votre cas de dispense.

Question :

Quelles sont les démarches à accomplir pour me dispenser ?

Réponse :

Vous recevrez un mail de la part de la MGAS dans lequel il vous sera demandé si vous souhaitez vous affilier ou être dispensé. Dans ce dernier cas, vous remplirez un formulaire en ligne et fournirez vos justificatifs de dispense. La MGAS traitera votre demande et vous notifiera l'acceptation ou le refus de votre demande. Vous serez bien entendu avertis et recevrez toutes les instructions en amont.

Question :

Le fait pour un agent de disposer d'une couverture individuelle plus avantageuse que celle proposée par son employeur est-il un motif de dispense ?

Réponse :

Non. Cela ne représente pas un motif de dispense.

L'agent peut néanmoins demander, à la mise en œuvre du contrat collectif, à bénéficier d'une dispense jusqu'à la date anniversaire de son contrat individuel, dans la limite d'un an. Toutefois, il ne pourra pas bénéficier de la participation employeur. Par ailleurs, à l'échéance du contrat individuel, il devra rejoindre obligatoirement le contrat santé collectif.

Vous pourrez à tout moment renoncer à votre dispense et demander à adhérer au contrat collectif de votre administration sans aucune majoration de cotisations.

Question :

Quand peut-on demander une dispense ?

Réponse :

La demande de dispense peut être présentée au démarrage du nouveau contrat collectif, à l'arrivée de l'agent et à la réalisation de l'événement ouvrant droit à la dispense (ex : affiliation à la complémentaire du conjoint), puis tous les ans lors du renouvellement.

Question :

Si j'ai demandé à être dispensé du nouveau contrat collectif santé, et que je conserve ma mutuelle, est ce que j'aurais droit à une part de prise en charge employeur ?

Réponse :

Non. La participation financière de l'employeur ne pourra être versée que pour les seules affiliations au contrat collectif obligatoire de la MGAS.

Question :

Si je me dispense pour rester dans ma mutuelle jusqu'à la date d'échéance de celle-ci, vais-je payer deux cotisations ?

Réponse :

Si vous êtes dispensé, vous ne paierez que la cotisation de votre mutuelle individuelle.

Question :

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

🔗 Réponse :

Si votre situation évolue, vous pourrez faire valoir un motif de dispense en cours de contrat.

Question :

Les agents contractuels ayant des contrats très courts et récurrents sont-ils concernés par le contrat collectif obligatoire ?

🔗 Réponse :

Les agents contractuels sont tenus d'adhérer au contrat collectif obligatoire dès lors qu'ils sont employés et rémunérés par le ministère ou un de ses établissements publics administratifs.

En revanche, ces agents pourront faire valoir le motif de dispense prévu pour les CDD dès lors qu'ils bénéficient d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident. Il est indispensable de finaliser malgré tout votre parcours d'affiliation santé, même en cas de dispense afin que la MGAS puisse traiter votre dispense et que votre employeur en soit informé afin d'éviter votre affiliation automatique sur la base.

Question :

J'ai prévu d'effectuer une mobilité cette année, suis-je obligé d'adhérer au contrat collectif ?

🔗 Réponse :

Oui, votre adhésion est obligatoire même si vous envisagez une mobilité avant la fin de l'année 2025 (sauf cas de dispense). Il est donc important que vous réalisiez votre parcours d'affiliation parce que nous avons besoin au minimum de vos coordonnées bancaires pour effectuer le remboursement de vos prestations. C'est également dans ce parcours que vous pouvez ajouter des options pour compléter votre couverture de base et couvrir votre conjoint et / ou vos enfants.

Question :

Quelle date de fin de dispense dois-je indiquer ?

🔗 Réponse :

La date de fin de dispense dépend de votre situation (décrite ci-après) et ne peut pas être antérieure au démarrage du contrat : 01.01.2026.

Pièces justificatives à fournir à la 1^{ère} demande.

CAS	PIECES JUSTIFICATIVES
Agent couvert par une assurance santé individuelle	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 (souscripteur ou ayant droit)	Attestation de l'employeur avec mention du caractère collectif et obligatoire de la couverture santé pour le souscripteur ou l'ayant droit
Agent en CDD et bénéficiant d'une couverture individuelle	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	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 territoriale ou de la fonction publique hospitalière bénéficiant d'une couverture collective	Attestation de la collectivité territoriale ou de l'établissement hospitalier précisant que le souscripteur ou l'ayant droit bénéficie d'une couverture collective
Agent couvert par le régime complémentaire de la CAMIEG	Attestation de la CAMIEG
Agents bénéficiant du dispositif « versement santé »	Attestation de l'employeur précisant que l'agent bénéficie de ce dispositif particulier

Date d'échéance à faire figurer dans le formulaire de demande de dispense

CAS	DATE A INDIQUER
Agent couvert par une assurance santé individuelle	Date d'échéance du contrat (dans la limite de 12 mois)
Agent bénéficiant d'une complémentaire santé collective et obligatoire (souscripteur ou ayant droit)	Date de fin de la couverture collective obligatoire (voir l'employeur). Si elle n'est pas connue, date anniversaire de l'adhésion à la couverture obligatoire
Agent en CDD et bénéficiant d'une couverture individuelle	Date de fin du CDD si le CDD est d'une durée inférieure ou égale à 1 an Date anniversaire du CDD si le CDD est d'une durée supérieure à 1 an
Agent bénéficiant de la CSS	Date de fin des droits à la CSS
Agent de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière bénéficiant d'une couverture collective	Date de fin de la couverture collective (voir l'employeur). Si elle n'est pas connue, date anniversaire de l'adhésion à la couverture collective.
Agent couvert par le régime complémentaire de la CAMIEG	Date de fin de la couverture par le régime complémentaire de la CAMIEG (voir l'employeur). Si elle n'est pas connue, date anniversaire de l'adhésion au régime complémentaire.
Agents bénéficiant du dispositif « versement santé »	Date de fin de bénéfice du "versement santé"

PARTIE IV. RÉSILIATIONS

Question :

Est-ce que je dois résilier ma complémentaire santé actuelle ?

🔗 Réponse :

Pour adhérer à la complémentaire santé MGAS du ministère, votre complémentaire santé actuelle doit être résiliée, à la date d'effet du 31 décembre 2025.

Si votre contrat actuel n'est pas résilié à temps, vous aurez 2 contrats en même temps et une double cotisation.

Question :

Quand résilier votre contrat de complémentaire santé ?

🔗 Réponse :

Il est recommandé de résilier votre contrat actuel uniquement après avoir signé votre adhésion à la complémentaire santé du ministère. L'objectif est de ne pas vous retrouver sans complémentaire santé durant la transition entre votre contrat actuel et la complémentaire santé du ministère. L'affiliation à la MGAS doit être réalisée entre le 16 juin et le 30 septembre 2025.

- Vous avez adhéré à votre complémentaire santé actuelle depuis plus de 12 mois au 1er janvier 2026 : Dans le respect des clauses de votre contrat que vous aurez préalablement vérifiées, 3 possibilités s'offrent à vous :
 - o Dans votre courrier, vous informez votre mutuelle actuelle que le ministère a mis en place un contrat collectif obligatoire à compter du 1er janvier 2026, demandez la résiliation de votre contrat au 31 décembre 2025 pour ce motif et joignez l'attestation fournie par le ministère. Ce mode de résiliation est à privilégier. Il vous faudra respecter les modalités décrites dans votre contrat (préavis, forme de la lettre, etc.)
 - o Si votre contrat arrive à échéance le 31 décembre 2025, vous pouvez aussi le résilier en respectant un préavis de 2 mois. Vous devrez donc envoyer votre lettre de résiliation avant le 31 octobre 2025.
 - o Vous appliquez la résiliation infra-annuelle :
 - Soit en la demandant directement à votre mutuelle actuelle : votre contrat sera résilié 1 mois après la réception de la notification par cet organisme complémentaire. Ce dernier peut toutefois refuser de résilier votre contrat au 31 décembre 2025 si les délais n'ont pas été respectés. Ce mode de résiliation est donc déconseillé.
 - Soit en donnant, avant le 1er octobre 2025, mandat à la MGAS d'effectuer pour vous les formalités de résiliation : vous devrez contacter la MGAS qui vous orientera dans votre démarche.
- Vous avez adhéré à votre complémentaire santé actuelle depuis moins de 12 mois au 1er janvier 2026. Votre organisme complémentaire n'a pas l'obligation d'accepter votre demande de résiliation avant 1 an de contrat. Vous devez donc vérifier les conditions de résiliation de votre contrat. Deux situations sont possibles :
 - Si votre contrat ne permet pas la résiliation avant un an, vous devrez résilier votre complémentaire santé actuelle à sa date anniversaire :

- Soit en envoyant la notification de la résiliation 2 mois avant cette échéance
 - Soit en invoquant que le ministère a mis en place un contrat collectif obligatoire à compter du 1er janvier 2026 et en joignant l'attestation fournie par le ministère. Ce mode de résiliation est à privilégier. Il vous faudra respecter les modalités décrites dans votre contrat (préavis, forme de la lettre, etc.)
 - De plus, vous devez demander à être dispensé d'adhérer à la complémentaire santé du ministère, jusqu'à la date anniversaire de votre contrat individuel actuel. Vous devrez rejoindre le dispositif de PSC Santé du ministère après cette date anniversaire et la fin de votre dispense.
- Si votre contrat permet la résiliation avant un an, vous pouvez rejoindre le dispositif PSC Santé du ministère. Vous devez alors demander à résilier votre complémentaire individuelle actuelle, au motif que votre employeur met en place un contrat collectif obligatoire à compter du 1er janvier 2026. Il convient toutefois de bien vérifier votre contrat actuel et les modalités de résiliation (délais de préavis notamment).

Question :

Comment résilier mon contrat avec ma complémentaire santé actuelle ?

🔗 Réponse :

Dans tous les cas, vérifiez les modalités de résiliation prévues par votre contrat. Il est préférable d'adresser la demande de résiliation par courrier avec accusé de réception à votre complémentaire santé actuelle. La MGAS vous fournira des modèles de courrier type selon votre situation.

Certains organismes offrent aussi la possibilité à leurs adhérents de résilier leur contrat en quelques clics sur leur site internet ou sur leur application mobile. N'hésitez pas à utiliser cette modalité de résiliation peu coûteuse et qui produit les mêmes effets qu'une résiliation par courrier.

Situations particulières

Vous êtes déjà adhérent à la complémentaire santé MGAS ou MGEN à titre individuel : vous devrez vous affilier à la complémentaire santé du ministère, hors cas de dispense. Ensuite, votre contrat actuel et individuel avec la MGAS ou la MGEN sera résilié de façon automatique. La MGAS ou la MGEN vous adressera une attestation de résiliation de votre contrat individuel.

Vous êtes ayant droit de la complémentaire santé de votre conjoint ou de vos parents : votre conjoint ou vos parents doivent demander que vous soyez retiré de leur contrat de santé actuel en qualité d'ayant droit au motif que le ministère a mis en place un contrat collectif obligatoire à compter du 1er janvier 2026 et en joignant l'attestation fournie par le ministère. Il est important de bien appliquer les modalités de retrait prévues au contrat (notamment préavis).

PARTIE V.COTISATIONS

Question :

Quel est le montant de la cotisation de la MGAS ?

Réponse :

Le montant de la cotisation à la MGAS pour le panier de soins socle se décompose en quatre éléments :

1. La participation du ministère, qui correspond à 50 % de la cotisation d'équilibre et qui est la même pour tous les agents : 34,52 € par mois ;
2. Une part fixe, qui correspond à 20 % de la cotisation d'équilibre et qui est la même pour tous les agents : 13,81 € par mois ;
3. Une part individuelle solidaire, qui dépend du niveau de rémunération des agents.
4. Les cotisations additionnelles pour le fonds d'aide aux retraités et le fonds d'accompagnement social.

Exemples de cotisations TTC pour différents niveaux de rémunération :

Rémunération agent	Part ministère	Part fixe agent	Part variable agent	Cotisations additionnelles	Total cotisation	dont acquitté par le ministère	dont acquitté par l'agent
1 800 €	34,52	13,81	10,98	0,55	59,85	34,52	25,34
2 500 €	34,52	13,81	15,25	0,64	64,21	34,52	29,70
3 900 €	34,52	13,81	23,79	0,83	72,94	34,52	38,43

Vous pourrez évaluer le montant de votre cotisation à partir de début juin, sur un simulateur qui sera fourni par la MGAS.

La cotisation des agents à la MGAS sera prélevée directement sur le salaire et apparaîtra sur les bulletins de salaire à partir du mois de janvier 2026.

Question :

Quelle est la prise en charge financière de l'employeur ?

Réponse :

Pour le panier de soins de base des agents actifs, la prise en charge employeur correspond à 50% de ce qu'on appelle la cotisation d'équilibre du contrat soit 34,52 € par mois.

Par ailleurs, si un agent choisit une option en supplément du panier de soins socle, l'employeur participe à 50 % du coût de l'option, dans la limite de 5 € TTC par mois.

Il n'y a pas de prise en charge financière pour les ayants droit ni pour les agents retraités.

Question :

Qu'est ce qui rentre dans l'assiette de cotisations ?

Question :

La rémunération à prendre en compte pour le calcul de la part indexée sur le salaire dans la cotisation santé est la rémunération brute de l'agent, incluant le traitement indiciaire brut et les primes et indemnités de fonction. Tous les éléments de rémunération soumis à CSG-CRDS entrent dans l'assiette pour le calcul de la cotisation.

Voici une liste non exhaustive des éléments de rémunération à prendre en compte dans le calcul de la cotisation :

- Rémunération brute de l'agent ;
- Indemnité de résidence ;
- Supplément familial de traitement ;
- Indemnisation CET ;
- Indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise (IFSE) ;
- Complément indemnitaire annuel (CIA) ;
- Indemnité d'administration et de technicité (IAT) ;
- Indemnité horaire pour travaux supplémentaires (IHTS) ;
- Prime de fidélisation territoriale ;
- Nouvelle bonification indemnitaire ;
- Indemnité de sujétion particulière (ISP) ;
- Complément de rémunération pour les contractuels.

Question :

Comment seront payées les cotisations à la mutuelle ?

🔗 Réponse :

Pour le panier de soins socle obligatoire :

La cotisation mensuelle des agents sera prélevée directement sur leur bulletin de paye et réglée par leur employeur à la MGAS. La cotisation apparaîtra sur les bulletins de paye à partir de janvier 2026. La participation du ministère de 34,52 € sera versée directement à la MGAS et apparaîtra aussi sur les bulletins de paye des agents.

Dans le cas où un agent choisit une option :

L'agent paiera directement à la MGAS la cotisation correspondant à l'option.

La participation de l'employeur à l'option sera remboursée directement à l'agent sur son bulletin de paye, dans la limite de 5 € par mois.

Les agents qui choisiront d'ajouter des ayants droit (conjoint ou enfant) paieront la cotisation correspondante directement à la MGAS.

Question :

Quel est le coût de la cotisation pour les ayants droit ?

🔗 Réponse :

Le coût mensuel de la cotisation de l'agent pour ses ayants droit au régime général est le suivant :

- Enfant de moins de 21 ans : 35.28€
- Enfant entre 21 et 25 ans : 65.91 €
- 3^{ème} enfant : l'affiliation est gratuite (jusqu'à 21 ans).
- Conjoint : 77.62 €

Question :

Pourquoi avez-vous besoin de mon RIB ?

🔗 Réponse :

Dans le cadre de la mise en place du nouveau contrat collectif santé, nous avons besoin de vos coordonnées

bancaires pour effectuer le remboursement de vos prestations et le prélèvement des cotisations si vous choisissez des options et/ou de couvrir votre famille.

Question :

Quel est le coût du nouveau contrat collectif santé, pour moi et pour mes bénéficiaires ?

🔗Réponse :

Pour vous aider à comprendre votre nouveau contrat santé collectif, la MGAS met à votre disposition une page dédiée avec un simulateur de cotisations. Cette page sera disponible en amont de votre parcours d'affiliation.

Question :

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

🔗Réponse :

La cotisation mensuelle de l'agent actif pour les garanties de base est composée de 5 parts déterminées en référence à une cotisation d'équilibre fixée dans le cadre du marché liant votre employeur et la MGAS :

- Part employeur : la part fixe employeur correspond à 50 % de la cotisation d'équilibre ;
- Parts agent : La part fixe agent correspond à 20 % de la cotisation d'équilibre.
- La part variable solidaire agent est calculée pour chaque agent en appliquant un taux à l'assiette de sa rémunération soumise à CSG-CRDS dans la limite du Plafond Mensuel de Sécurité Sociale (PMSS) ;
- La part additionnelle « Fonds d'aide aux retraités » est calculée en appliquant un taux de 2 % à une assiette composée de la part fixe agent et de la part variable solidaire ;
- La part additionnelle « Fonds d'accompagnement solidaire » est calculée en appliquant un taux de 0,5 % à une assiette composée de la part fixe agent et de la part variable solidaire.

Question :

Des augmentations annuelles de la cotisation sont-elles prévues ?

🔗Réponse :

Les éventuelles augmentations seront examinées en lien avec la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS), les cotisations pourront évoluer de 10 % maximum par an, hors évolution légale et réglementaire. Les indexations tarifaires annuelles ont pour objectif de maintenir le régime à l'équilibre.

Question :

Pour les enfants, y-a-t-il une dégressivité ou une gratuité ?

🔗Réponse :

La dégressivité n'est pas prévue dans l'accord : uniquement la gratuité à partir du 3ème enfant sur le panier de soins socle.

Question :

Ces cotisations du socle apparaîtront-elles sur ma fiche de paie ?

🔗Réponse :

Oui. Les cotisations relatives au contrat collectif obligatoire des garanties de base seront prélevées sur votre salaire et apparaîtront donc sur votre fiche de paie.

Question :

Le montant des cotisations prendra-t-il en compte les variations de rémunération des agents en cours d'année ?

🔗 Réponse :

L'assiette de rémunération de la part variable prend en compte les variations de rémunération (ex : CIA, part variable, heures supplémentaires etc.). Les parts additionnelles incluant la part variable dans leur assiette peuvent également varier.

Question :

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

🔗 Réponse :

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).

Question :

Comment sont calculées les cotisations du socle pour les agents en rémunération partielle ?

🔗 Réponse :

Les cotisations sont calculées de la même manière que pour les agents à temps plein et une partie des cotisations sera fonction de la rémunération perçue par l'agent.

La cotisation socle des agents bénéficiaires actifs en rémunération partielle est composée des 5 parts classiques du régime (1 part employeur et 4 parts agents), la part solidaire tenant compte de la rémunération de l'agent. Ces cotisations sont prélevées en paie sur la rémunération effectivement versée.

Question :

Comment sont calculées les cotisations du socle pour les agents sans rémunération ?

🔗 Réponse :

Le décret du 22 avril 2022 prévoit que conservent la qualité de bénéficiaire actif les agents placés dans l'une des situations suivantes :

- Congé parental ;
- Disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ;
- Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- Congé de formation professionnelle.

Si vous êtes dans l'une de ces situations, la participation employeur est toujours de 50 % de la cotisation d'équilibre. Votre cotisation agent sera de 50 % de la cotisation d'équilibre, la part solidaire ne pouvant être calculée en raison de l'absence de rémunération. Vous devrez également vous acquitter des cotisations additionnelles (de la même manière que les agents avec rémunération).

Question : En cas de versements d'une prime exceptionnelle ou annuelle ou tous autres éléments variables, ceux-ci doivent-ils rentrer dans l'assiette de calcul de la cotisation solidaire dans la limite du PMSS ?

🔗 Réponse :

Oui tout à fait, rentrent dans l'assiette l'ensemble des éléments soumis à CSG/CRDS dans la limite du Plafond Mensuel de Sécurité sociale.

Question :

En cas de versement d'une activité accessoire celui-ci doit-il rentrer dans l'assiette de calcul de la cotisation solidaire ?

🔗 Réponse :

Oui tout à fait, rentrent dans l'assiette l'ensemble des éléments soumis à CSG/CRDS dans la limite du plafond mensuel de Sécurité sociale.

Question :

La gestion des options complémentaires est-elle faite par l'employeur ou directement par l'agent avec la MGAS ?

🔗 Réponse :

Les options sont directement souscrites par l'agent auprès de la MGAS. Cela ne passe pas par l'employeur, ni par la paie. L'agent pourra choisir les options lors du parcours d'affiliation et pourra les modifier depuis son espace personnel jusqu'au 30 septembre 2025.

À compter du 1^{er} janvier 2026, il est possible de modifier ses options une fois par an à tout moment et dans la limite d'un changement par an.

L'option peut aussi être résiliée à l'échéance du contrat avec un délai de préavis de 2 mois ou à tout moment après un an de bénéfice de la garantie. En cas de résiliation, l'agent doit attendre 3 ans avant de la souscrire à nouveau.

Question :

Qu'est-ce que le PMSS ? Quel est son montant en 2025 ?

🔗 Réponse :

C'est le Plafond Mensuel de Sécurité sociale. C'est un montant de référence qui permet notamment le calcul de certaines cotisations et/ou prestations. Il est de 3 925 €/mois pour l'année 2025 et est revu chaque année au 1^{er} janvier.

Question :

Quel est le coût des options ?

🔗 Réponse :

Pour vous aider à comprendre votre nouveau contrat santé collectif, la MGAS a créé une page dédiée avec un simulateur de cotisations accessible en amont du parcours d'affiliation.

Question :

Est-ce que toutes les cotisations, "individuelle ou familiale", "socle, option 1, option 2, option 3" sont précomptées sur le salaire ?

🔗 Réponse :

Non, seule la part des cotisations des agents correspondant aux garanties du socle obligatoire est précomptée sur le traitement. Les options facultatives et les extensions de couverture au profit de vos bénéficiaires seront prélevées sur votre compte bancaire (option et bénéficiaires).

Question :

Comment va s'effectuer le paiement de la cotisation de mon conjoint et/ou mes enfants ?

🔗 Réponse :

La cotisation de votre conjoint et / ou vos enfants s'effectuera par prélèvement bancaire.

Question :

Quelle est la cotisation de mon conjoint et/ou mes enfants ?

🔗 Réponse :

Pour vous aider à comprendre votre nouveau contrat santé collectif, la MGAS a créé une page dédiée avec un simulateur de cotisations accessible en amont du parcours d'affiliation.

Cotisations des apprentis - vacataires

Question :

Quelle est la cotisation acquittée par les apprentis ?

🔗 Réponse :

L'article 22 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 prévoit que la rémunération des apprentis au-delà de 50 % du SMIC est assujettie à la CSG à compter du premier jour du mois suivant la publication de la présente loi et s'applique aux contrats d'apprentissage conclus à compter de la même date.

Question :

Les vacataires sont-ils concernés par le dispositif de PSC ?

🔗 Réponse :

Les vacataires ne sont pas éligibles à la PSC (article 2 du décret de 2022).

Mécanismes de solidarité et calcul de la cotisation d'équilibre

Question :

Les mécanismes de solidarité pour les ayants droit et les retraités pourraient-ils avoir un impact sur l'équilibre du régime ?

🔗 Réponse :

Oui, le coût des mécanismes de solidarité a un effet sur le montant de la cotisation d'équilibre. L'article 14 du décret du 22 avril 2022 précise que le coût de ces dispositifs de solidarités est intégré dans le calcul de cette cotisation. Il fait par ailleurs l'objet d'un suivi par la CPPS en vertu de l'article 23 du même décret et par référence à un plafond (10 % de la cotisation d'équilibre) fixé par arrêté⁷. Lorsque ce plafond est dépassé, le plafonnement applicable à la cotisation des retraités peut être adapté.

Cotisations des « retraités du stock »

Question :

Conformément à l'article 7.1.2, la cotisation des agents déjà retraités dit « retraités du stock » est plafonnée à 175 % de la cotisation d'équilibre du contrat collectif. En application de l'article 7.1.3, et par dérogation au paragraphe 7.1.2, les bénéficiaires actifs qui demandent le maintien de leur adhésion dit « retraités du flux » ont la qualité de bénéficiaires retraités et bénéficieront d'une augmentation progressive du montant de leur cotisation sur une période de 5 ans à compter de leur date d'adhésion au contrat collectif souscrit pour les « bénéficiaires retraités ». La progressivité des cotisations est-elle applicable aux retraités du stock ?

🔗 Réponse :

La progressivité de la cotisation est applicable au cours des six années suivant la cessation définitive d'activité et s'applique de manière indifférenciée aux bénéficiaires retraités admis à la retraite avant (« les retraités du stock ») et après (« les retraités du flux ») l'entrée en vigueur du contrat de PSC.

Cotisations additionnelles relatives au fonds d'aide des retraités et au fonds d'accompagnement social

Question :

Qui s'acquitte des cotisations venant abonder le fonds d'aide aux retraités et le fonds d'accompagnement social ?

🔗Réponse :

Ces cotisations additionnelles pèsent uniquement sur les bénéficiaires (toutes catégories confondues). L'employeur ne les acquitte pas.

Portabilité des droits

Question :

Concernant les anciens agents demandeurs d'emplois visés à l'article 26 du décret du 22 avril 2022 :

Quel est le régime de cotisation applicable ?

Pouvons-nous préciser la nécessaire continuité de la couverture santé dans le cahier des charges du marché, pour éviter, notamment en raison des délais inhérents au traitement des dossiers, toute rupture de droits ?

🔗Réponse :

Selon l'article 14 du décret du 22 avril 2022 la cotisation d'équilibre inclut le « coût mensuel des dispositifs de solidarités prévus aux articles 22, 25 et 26 ». L'article 26 visant le dispositif applicable aux anciens agents demandeurs d'emploi, le coût du maintien des garanties pour cette population est inclus dans la cotisation d'équilibre. Ces anciens agents demandeurs d'emploi n'acquittent donc pas de cotisations et l'employeur n'en acquitte pas non plus pour eux.

L'employeur informe l'agent de son droit à « portabilité ». Ce dernier transmet à la MGAS le formulaire de portabilité. Il doit justifier trimestriellement auprès de la mutuelle qu'il perçoit les allocations chômage. Ce maintien de droit intervient à compter de la date de cessation de la relation de travail entre l'agent et l'employeur. Il convient donc de prévoir un différé pour la présentation du document justifiant le bénéfice de l'assurance chômage.

Cotisations des ayants-droits handicapés

Question :

Quelle est la cotisation pour un ayant-droit handicapé ?

🔗Réponse :

Les tarifs pour les enfants handicapés selon leur âge :

- Moins de 21 ans : tarif moins de 21 ans des enfants valides, soit 35.28€ TTC pour le régime général ;
- Plus de 21 ans (sans limite d'âge) : tarif des enfants valides de 21 ans à 25 ans, soit 65.91€ TTC pour le régime général.

PARTIE VI. GARANTIES

Question :

Quels sont les frais de santé remboursés par la MGAS et à quelle hauteur ?

🔗 Réponse :

L'offre de remboursement des frais de santé de la MGAS se compose d'un panier de soins socle et de trois options supplémentaires.

Le panier de soins socle est le même pour tous les agents de la Fonction publique d'État. C'est ce panier de soins de base qui fait partie de l'adhésion obligatoire des agents, hors cas de dispense.

Les trois options de remboursements supplémentaires sont facultatives. Vous pourrez choisir individuellement si vous souhaitez ou non prendre une option. Dans le cas où un agent choisit une option et qu'il affine aussi des ayants droit à la MGAS, alors ses ayants droit devront aussi prendre l'option.

Il est à noter que le ministère participe mensuellement à la cotisation de l'agent pour une option à hauteur de 50 % du prix de l'option, dans la limite de 5 €. La participation mensuelle du ministère à l'option s'ajoute à la participation mensuelle de 39,52 €.

Vous trouverez l'ensemble de l'offre de la MGAS sur la page dédiée <https://mgas.fr/collectif-sante-mso>
Cette page vous permet de simuler vos remboursements.

Garanties complémentaires, supplémentaires et optionnelles

Question : Dans le cadre de ce nouveau contrat collectif, dois-je refaire le lien NOEMIE pour la télétransmission des soins avec ma mutuelle ?

🔗 Réponse :

Non, cela relève de la compétence de la Sécurité sociale. Toutefois, si au bout d'un mois vous vous apercevez, à la consultation de votre compte AMELI, que cela n'a pas été fait, vous devrez vous adresser à votre ancienne mutuelle, qui n'a pas rompu le lien NOEMIE.

Question :

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

🔗 Réponse :

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

Question :

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

🔗 Réponse :

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

Question :

Qu'est-ce qui est prévu pour les garanties optiques ?

🔗 Réponse :

Pour vos achats d'équipements optiques (lunettes, lentilles), la MGAS met à votre disposition le réseau Santéclair qui vous permet, lorsque vous vous rendez chez l'un des professionnels de santé, de bénéficier de la dispense d'avance de frais et de tarifs négociés sur un large choix d'équipements, vous permettant un reste à charge maîtrisé ou nul..

Question :

Qu'est-ce qui est prévu pour les garanties dentaires ?

🔗Réponse :

Le socle de garantie a été défini au niveau interministériel et les options résultent des négociations entre votre employeur et les organisations syndicales. Ces garanties vous permettent un bon niveau de couverture sur ce poste.

Question :

Quelles seront les démarches à effectuer pour être remboursé ?

🔗Réponse :

Pour être remboursé des soins effectués à compter du 1^{er} janvier 2026, il est indispensable de finaliser votre parcours d'affiliation car nous avons besoin au minimum de vos coordonnées bancaires pour effectuer le remboursement de vos prestations. C'est également dans ce parcours que vous pouvez ajouter des options pour compléter votre couverture de base et couvrir votre conjoint et / ou vos enfants.

Question :

Comment savoir si la MGAS continuera de rembourser mes soins commencés avant le 1^{er} janvier 2026 ?

🔗Réponse :

La MGAS va se référer à la date des soins déclarée à la Sécurité sociale pour effectuer le remboursement. Si la date des soins est antérieure au 1^{er} janvier 2026 (avant le début de votre contrat avec la MGAS), c'est votre assureur précédent qui prendra en charge le remboursement.

Si la date des soins est postérieure au 1^{er} janvier 2026 et que vous n'êtes pas dispensé, c'est alors la MGAS qui procédera au remboursement.

Question :

Mon hospitalisation est prévue durant le changement de couverture santé. Quand vais-je recevoir ma nouvelle carte de tiers payant ?

🔗Réponse :

La nouvelle carte de tiers payant arrivera avant le 1^{er} janvier 2026 (date effective de mise en place de la nouvelle mutuelle). Toutefois, le droit à prestation est apprécié à la date de début de séjour. Vous serez couvert par le nouveau contrat si votre hospitalisation débute après le 1^{er} janvier 2026 ou après votre date d'entrée dans le contrat.

Question :

Quels sont les délais de remboursement à compter de l'acte ou de la transmission de la demande ? Peuvent-ils être vérifiés en ligne ?

Réponse :

Les demandes de remboursement peuvent être faites en ligne à partir de l'espace personnel de chaque agent à partir du 1er janvier 2026 ou à partir de votre date d'entrée dans le contrat. Les délais de remboursement sont encadrés par une convention de service.

Si vos frais de santé font l'objet d'une télétransmission, le remboursement est effectué en moins de 48H.

Dans votre espace personnel sur mgas.fr, vous pouvez prendre connaissance du délai prévisible de traitement de votre demande de remboursement de votre facture dans la rubrique « Transmettre une demande de remboursement / Voir les délais de traitement ».

Fin de la relation de travail

Question :

Mon contrat de travail se termine. Que se passe-t-il pour ma couverture santé ?
Puis-je bénéficier de la portabilité ?

Réponse :

En cas de fin de contrat, vous pouvez conserver votre couverture santé collective, pendant un temps limité. Mais elle sera subordonnée à l'indemnisation de France Travail ou de la structure qui vous verse des allocations de chômage. Il s'agit de la portabilité des droits. Les garanties sont maintenues à titre gratuit pour tout agent non retraité pendant 12 mois maximum et dans la limite de la durée de son dernier contrat de travail.

Pour en bénéficier, trois conditions doivent être remplies :

- La fin du contrat de travail doit résulter d'une rupture qui n'est ni due à une faute lourde ni à une démission.
- L'agent doit être inscrit comme demandeur d'emploi et être indemnisé à ce titre par son régime d'assurance chômage.
- L'agent doit avoir adhéré au contrat de santé collectif avant son départ du ministère.

Pour que les ayants droit soient également éligibles, deux conditions supplémentaires doivent être remplies :

- Les ayants droit doivent bénéficier de la complémentaire santé de l'agent au moment de la fin du contrat.
- L'agent doit remplir les conditions ouvrant droit à la portabilité.

PARTIE VII.RETRAITÉS

Question :

En tant que retraité, est-ce que je peux bénéficier du nouveau contrat collectif ?

🔗 Réponse :

En tant que retraité, vous aurez le choix de basculer sur le nouveau contrat collectif santé, sans participation de l'employeur ou de conserver votre contrat individuel actuel.

Question :

En tant que futur retraité, suis-je obligé d'adhérer au nouveau contrat collectif ?

🔗 Réponse :

Sauf cas de dispense et tant que vous êtes agent actif, vous devez obligatoirement souscrire au contrat collectif mis en place par votre employeur. Au moment de votre départ à la retraite, vous pourrez souscrire à l'offre prévue pour les retraités ou prévoir une autre alternative en souscrivant à une complémentaire santé individuelle. Votre conseiller MGAS sera disponible pour vous informer.

Question :

Je suis prochainement à la retraite. Suis-je obligé de mettre fin à mon contrat santé collectif souscrit pendant ma période d'activité ? Si non, quelles conditions financières me sont accordées ?

🔗 Réponse :

Les agents retraités initialement bénéficiaires du contrat collectif santé en tant qu'actifs doivent formuler auprès de la MGAS leur demande de poursuite de couverture dans un délai d'un an suivant leur cessation d'activité. La MGAS fera droit à leur demande d'affiliation.

Les agents retraités n'ayant pas été bénéficiaires actifs du contrat collectif santé doivent formuler leur demande d'affiliation dans un délai d'un an suivant la date à laquelle ils ont été informés de la mise en place de la garantie santé.

Question :

Les garanties des retraités sont-elles identiques à celles des actifs sans limite d'âge ?
Quelles sont les cotisations pour les agents retraités ?

🔗 Réponse :

La cotisation des retraités est établie comme suit :

- 1^{ère} année (de retraite) : cotisation égale à 100% de la cotisation d'équilibre ;
- 2^{ème} année : cotisation plafonnée à 125% de la cotisation d'équilibre ;
- 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} année : cotisation plafonnée à 150% de la cotisation d'équilibre.
- Au-delà : cotisation plafonnée à 175% de la cotisation d'équilibre. La cotisation ne peut augmenter quand le retraité atteint l'âge de 75 ans.

Question :

Les agents retraités peuvent-ils bénéficier de la mutuelle du ministère ?

 Réponse :

Oui, les agents retraités du ministère peuvent adhérer de manière facultative à la mutuelle du ministère. Il est à noter que la participation financière du ministère ne s'étend pas aux retraités.

PARTIE VIII.AGENTS A L'ÉTRANGER

Rappel des démarches éventuelles avant le départ à l'étranger

En cas de détachement en UE/EEE/Suisse : L'agent reste affilié à sa caisse d'assurance maladie habituelle en France pendant toute la durée de son détachement. S'il habite dans le pays dans lequel il est détaché, ses dépenses de santé peuvent aussi être remboursées par l'organisme local (celui-ci récupérera les sommes auprès de l'Assurance Maladie française). Pour cela, il devra compléter le formulaire S1 (à demander à sa caisse d'assurance maladie habituelle en France, avant le départ).

En cas de détachement dans un pays hors UE/EEE/Suisse : Pendant toute la durée du détachement, l'agent reste affilié à sa caisse d'Assurance Maladie en France qui reste aussi son interlocuteur en cas d'arrêt de travail ou d'accident du travail/trajet en France.

Articulation MGAS/MGEN

La MGAS réalise les actions associées à la vie du contrat (affiliation, cotisations, etc.) ainsi que la gestion des soins en France.

La MGEN assure la gestion des soins à l'étranger.

À ce titre, les adhérents du panier international auront deux espaces adhérents : un espace MGAS pour les soins en France et un espace MGEN pour les soins à l'étranger.

Question :

Les options du contrat santé sont-elles ouvertes en cas de résidence à l'étranger ?

🔗 Réponse :

Pour les agents en mission à l'étranger, la couverture par le panier de soins à l'étranger est obligatoire. Les options étant liées au panier de soins interministériel dont les garanties s'appliquent en France, il n'est pas possible pour les agents en mission à l'étranger d'y souscrire.

Question :

S'il n'y a pas de remboursement d'un soin ou médicament au titre du régime de base (0€) dans le pays de résidence, la complémentaire santé intervient-elle quand même ?

🔗 Réponse :

Le bénéfice de la PSC et a fortiori du panier de soins à l'étranger est subordonné à une couverture par le régime obligatoire français ou par la Caisse des Français de l'étranger. La complémentaire santé interviendra exclusivement en complément du remboursement effectué par cette couverture de premier niveau, sauf pour les prestations normalement non remboursées par le régime obligatoire (implant dentaire, ostéopathie, chambre particulière ...).

Les règles de remboursement au titre du régime obligatoire diffèrent selon le pays de résidence :

- UE-EEE-Suisse : choix de la caisse pour le remboursement des prestations (RO français ou caisse locale)
- Hors UE-EEE-Suisse :
 - o Pays disposant d'une convention bilatérale de Sécurité sociale avec la France : couverture selon les règles du RO français ou choix d'une caisse locale selon le pays ;
 - o Pays sans convention bilatérale : couverture selon les règles du RO français.

Question :

La PSC couvre-t-elle les actes de prévention en santé (dépistages, etc.) ?

🔗Réponse :

Certains actes de prévention sont couverts par le panier de soins à l'étranger.

Il s'agit notamment :

- Des actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale ;
- Des vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ;
- Des séances de psychothérapie réalisées par un psychologue ; Du dépistage prénatal non invasif ;
- Du sevrage tabagique.

Question :

Pour un CAS résident à l'étranger quelle sera la procédure pour obtenir le remboursement des soins ?

🔗Réponse :

Deux cas sont à distinguer :

- Vous avez fait l'avance des frais auprès du professionnel de santé / de l'établissement de santé : vous pouvez adresser vos factures et autres pièces justificatives (décompte de remboursement du régime obligatoire notamment) via l'espace personnel qui vous sera mis à disposition. Cela vous permettra de soumettre vos demandes de remboursement n'importe quand, sans avoir à supporter les délais et les coûts postaux. Vous pourrez ensuite suivre vos remboursements sur votre espace personnel.
- Vous avez bénéficié de la dispense d'avance de frais en vous rendant chez un professionnel de santé / un établissement de santé du réseau MGEN International : vous n'avez rien à faire pour obtenir le remboursement, MGEN International s'occupe de tout. Vous pourrez ensuite suivre les remboursements effectués sur votre espace personnel.

Question :

En cas de difficultés ou de questions à qui s'adresser ?

🔗Réponse :

Pour toute question ou réclamation, nous vous invitons à nous contacter via la messagerie de votre espace personnel MGEN. Pour toutes vos demandes concernant le tiers payant ou votre assistance à l'étranger, nous vous invitons à contacter le 01 89 37 02 00 où les équipes MGEN International aiguilleront votre demande vers les interlocuteurs idoines et prendront en compte le degré d'urgence pour son traitement.

Question :

En cas de changement de situation (retour en France, maintien dans le pays, etc.), quelles sont les démarches ?

🔗Réponse :

La vie du contrat (affiliation, extension de couverture et changement d'offre) est gérée par la MGAS, qui se rapprochera ensuite de MGEN pour l'informer des évolutions de votre contrat.

N'hésitez pas à contacter la MGAS :



0 805 951 741



mso.contact@mgas.fr

