

Notice d'information intermédiaire Frais de santé

A Paris, le 1^{er} août 2025

Madame, Monsieur,

En tant que partenaire santé retenu par votre employeur, la MGAS vous adresse le présent courrier visant à préciser les caractéristiques principales de la couverture frais de santé souscrite par le Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités au bénéfice de ses agents actifs et de ses agents retraités, ainsi que des ayants droit de ses agents actifs et de ses agents retraités. Cette couverture complémentaire prendra effet au **1^{er} janvier 2026**.

Le régime comporte :

- des garanties « socle » relatives à la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident,
- qui peuvent être complétées par des garanties optionnelles.

1. Les garanties socle

Quelles garanties ?

Les garanties frais de santé ont pour objet, en cas d'accident, de maladie, ou de maternité, d'assurer le **remboursement de tout ou partie des frais médicaux** engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale ou tout autre régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les garanties socle sont détaillées dans le tableau de prestations figurant dans l'Annexe 1 de la présente lettre, également accessible via [ce lien](#).

Une adhésion obligatoire

L'adhésion au régime frais de santé des garanties socle est **obligatoire** pour tous les agents actifs et assimilés, sous réserve des cas de dispense ci-après.

Obligatoire pour qui ?

Les agents actifs et les agents dits assimilés actifs sont tenus d'adhérer à la couverture complémentaire.

Je serai donc tenu d'adhérer à la couverture si je suis dans l'une des situations suivantes :

- je suis en activité et rémunéré(e) à ce titre ;
- je suis en congé parental ;



- je suis en 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 ;
- je suis en congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- je suis en congé de formation professionnelle ;
- je suis bénéficiaire de l'allocation spécifique de cessation anticipée d'activité.

Puis-je être dispensé ?

Par dérogation au caractère obligatoire du contrat, les agents répondant aux situations mentionnées ci-après peuvent solliciter une dispense :

- les agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS),
- les agents couverts par un contrat individuel en complémentaire santé, jusqu'à la date d'échéance de ce contrat dans la limite de douze mois,
- les agents en contrat à durée déterminée (CDD) s'ils bénéficient d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident,
- les agents bénéficiaires par ailleurs, pour les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, y compris en tant qu'ayant droit :
 - o d'un dispositif de couverture collective à adhésion obligatoire mis en place au profit de salariés, que l'adhésion des ayants droit audit dispositif soit obligatoire ou facultative,
 - o d'une couverture individuelle prévue au I. de l'article L.911-7-1 du Code de la Sécurité sociale,
 - o du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières,
 - o d'une couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière en application de l'article L.827-2 du Code général de la fonction publique,
 - o d'une couverture collective des militaires en application de l'article L.4123-3 du Code de la défense.

Pour faire valoir leur cas de dispense, les agents doivent adresser à la MGAS une attestation sur l'honneur.

Quelles garanties pour les agents retraités et les ayants droit ?

Les agents retraités et les ayants droit des agents actifs et des agents retraités **pourront bénéficier, s'ils le souhaitent, des mêmes garanties socle que celles des agents actifs et assimilés.**

L'adhésion des agents retraités et des ayants droit des agents actifs et des agents retraités est **facultative.**

Qui sont les ayants droit ?

Sont considérés comme ayants droit des agents actifs (ou assimilés) ou retraités les personnes suivantes :

- le conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du Code civil, ou le partenaire (personne liée par un pacte civil de solidarité), ou le concubin dans les conditions prévues à l'article 515-8 du Code civil,
- l'enfant ou le petit-enfant d'un agent actif ou assimilé ou d'un bénéficiaire retraité, ou de leur conjoint ou de leur partenaire de PACS ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge au sens de l'article L.196 du Code général des impôts, et qui est :



- âgé de moins de 21 ans,
- âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L.5411-1 du Code du travail,
- reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 241-5 du Code de l'action sociale et des familles.

Quelle sera la date d'effet ?

Pour les agents actifs et assimilés, l'adhésion prendra effet :

- soit au 1er janvier 2026,
- soit à la date de l'embauche de l'agent ou de sa mutation dans la catégorie des bénéficiaires actifs, si elle est postérieure à la date susvisée,
- soit à compter de la date à laquelle l'agent actif et assimilé ne bénéficie plus d'une dispense d'affiliation ou renonce à cette dispense d'affiliation.

Pour les agents retraités, l'adhésion prendra effet :

- à la date de cessation d'activité, sous réserve que la MGAS ait réceptionné la demande d'adhésion complète au plus tard dans le mois suivant la date de fin d'activité,
- à défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion complète.

Pour les ayants droit des agents actifs et retraités, l'adhésion prendra effet :

- au 1^{er} jour du mois suivant la date de la demande d'adhésion,
- à défaut, à la date mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion.

Quelle est la cotisation ?

Les cotisations des différents bénéficiaires (agent actif, retraité, ayants droit) du contrat sont exprimées en euros.

Pour les agents actifs et assimilés, une part de la cotisation est prise en charge par l'employeur et la fraction de la cotisation acquittée par l'agent est décomposée en une part forfaitaire et une part calculée en fonction de la rémunération mensuelle brute de l'agent.

Pour les agents retraités, les ayants droit des agents actifs et les ayants droit des agents retraités, le montant de la cotisation est encadré par des dispositifs de solidarité.

Un simulateur disponible via le lien suivant permet de déterminer la cotisation applicable : xxx

Comment m'acquitter de la cotisation ?

Les cotisations font l'objet :

- pour les agents actifs et assimilés : d'un précompte mensuel sur le bulletin de paie,
- pour les agents actifs dont la rémunération est suspendue : d'un prélèvement bancaire mensuel (la part financée par l'employeur lui étant par ailleurs remboursée),
- pour les retraités : d'un prélèvement bancaire mensuel,
- pour les ayants droit : d'un prélèvement bancaire mensuel.



Peut-on résilier et comment ?

Compte tenu du caractère obligatoire du régime, les agents actifs et assimilés ne peuvent pas résilier leur adhésion aux garanties socle.

Les bénéficiaires couverts à titre facultatif (agents retraités et ayants droit des agents actifs et des retraités) pourront résilier leur adhésion aux dates suivantes :

- à l'échéance annuelle du contrat, en respectant un délai de prévenance de deux mois avant l'échéance annuelle,
- à tout moment, après expiration d'un délai d'un an de bénéfice des garanties. La résiliation prendra alors effet un mois après la notification par le bénéficiaire auprès de la MGAS,
- lorsque des modifications significatives apportées au contrat changent les droits et obligations des bénéficiaires, dans le délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information.

Cette résiliation entraîne automatiquement la résiliation des garanties optionnelles, dans les mêmes conditions.

La résiliation peut être effectuée :

- soit par lettre simple ou tout autre support durable,
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la MGAS,
- soit par acte extra-judiciaire,
- soit par voie électronique,
- soit, en cas d'adhésion par l'un des modes de communication à distance proposés par la MGAS, par le même mode de communication.

Pour les ayants droit, la demande de résiliation est effectuée par l'agent actif et assimilé ou par l'agent retraité.

2. Les garanties optionnelles

Quelles garanties ?

Les garanties optionnelles frais de santé ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale ou tout autre régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, et en complément des garanties socle.

Les garanties optionnelles sont détaillées dans le tableau de prestations figurant dans l'Annexe 1 de la présente lettre, également accessible via [ce lien](#).

Une adhésion facultative

L'adhésion au régime frais de santé des garanties optionnelles est **facultative**, elle est ouverte uniquement aux bénéficiaires couverts au titre du contrat socle :

- les agents actifs et assimilés,
- les agents retraités,
- les ayants droit des agents actifs et des agents retraités.



Peut-on souscrire des options différentes ?

Le choix d'une option par l'agent (actif et retraité) emporte automatiquement adhésion de l'ensemble de ses ayants droit à cette même option.

Qui sont les ayants droit ?

Il s'agit des mêmes personnes que les ayants droit définis dans le cadre des garanties socle.

Quelle sera la date d'effet ?

L'adhésion prendra effet :

- en cas de demande simultanée, à la même date d'effet que celle des garanties socle,
- par principe, au 1er jour du mois suivant la date de la demande d'adhésion,
- à défaut, à la date mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion.

En tout état de cause, l'adhésion aux garanties optionnelles ne pourra être antérieure à la date de prise d'effet du contrat collectif mettant en œuvre les garanties socle.

Quelle est la cotisation ?

Les cotisations des différents bénéficiaires (agent actif, retraité, ayants droit) sont exprimées en euros. Pour les agents actifs et assimilés, une part de la cotisation est prise en charge par l'employeur et mentionnée sur la feuille de paie de l'agent. Un simulateur disponible via le lien suivant permet de déterminer la cotisation applicable : xxx

Comment m'acquitter de la cotisation ?

La cotisation des garanties optionnelles est acquittée par tous les bénéficiaires directement auprès de la MGAS par prélèvement bancaire mensuel.

Peut-on changer de garanties optionnelles ?

L'agent actif ou retraité aura la possibilité de changer de formule dans la limite d'un changement par an, et devra à ce titre s'acquitter de la cotisation correspondante.

S'il résilie son adhésion à l'option ou s'il décide d'adhérer à une option de plus faible niveau, il devra attendre trois ans avant de pouvoir être admis à adhérer à nouveau à l'option initialement choisie.

Peut-on résilier et comment ?

Compte tenu du caractère facultatif de l'adhésion, tous les bénéficiaires peuvent user de leur faculté de résiliation au contrat collectif relatif aux garanties optionnelles aux mêmes dates et selon les mêmes modalités que pour les garanties socle.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

L'équipe MGAS



Annexe 1 : Tableau des garanties socle et des garanties optionnelles

Tableau de garanties à effet du 1^{er} janvier 2026.

RO : Régime Obligatoire

BR : Base de Remboursement

FR : Frais Réels

HOSPITALISATION	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Honoraires (consultations et actes techniques) ⁽¹⁾				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	180% BR	180% BR	200% BR
Forfaits et Frais de Séjour				
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Frais de séjour	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Forfait patient urgence	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière				
Court séjour et maternité (par nuit)	50€	60€	70€	80€
Soins de suite (par nuit)	40€	40€	50€	60€
Psychiatrie (par nuit)	45€	45€	50€	60€
Ambulatoire (par jour)	25€	25€	25€	25€
Frais d'accompagnant				
Etablissement conventionné (par nuit)	38,5€	38,5€	38,5€	38,5€
Etablissement non conventionné (par nuit)	25€	25€	25€	25€
Autres				
Fécondation in vitro refusée par le RO	-	-	-	50€
AIDES AUDITIVES	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Équipements Panier 100% Santé - dans la limite des prix limites de vente (PLV) ^{(2) (3)}				
Équipements «100% santé» tels que définis réglementairement Remboursement intégral (RO + RC) d'une prothèse auditive par oreille tous les 4 ans, à hauteur des prix limites de vente (PLV)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Équipements Panier Libre ⁽³⁾				
Aide auditive par oreille - 21 ans ou atteints de cécité sans limite d'âge	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€
Aide auditive par oreille 21 ans et +	800€	800€	1 000€	1 000€
Accessoires et piles pris en charge par le RO				
	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

1. Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques. **2.** Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et a débuté depuis le 1^{er} janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. **3.** Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.



 SOINS COURANTS	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Honoraires médicaux				
Honoraires pour les médecins généralistes (consultations, visites et soins)				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	140% BR	160% BR	160% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	120% BR	120% BR	120% BR
Honoraires pour les médecins spécialistes (consultations, visites et soins)				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	160% BR	250% BR	300% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	140% BR	160% BR	200% BR
Actes techniques médicaux				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	150% BR	150% BR	160% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	130% BR	130% BR	140% BR
Imagerie médicale				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	140% BR	160% BR	170% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	120% BR	140% BR	150% BR
Mammographie médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	140% BR	250% BR	250% BR
Mammographie médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	120% BR	200% BR	200% BR
Autres				
Ostéodensitométrie refusée par le RO	80€	100€	100€	100€
Transport				
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux				
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, etc	100% BR	120% BR	120% BR	120% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments				
Médicaments remboursés par le RO à 65 %	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par le RO à 30 %	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par le RO à 15 %	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie prescrite refusée par le RO	70€	70€	70€	70€
Prise en charge de la contraception non remboursée par le RO	-	110€	180€	180€
Matériel médical				
Orthèses	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR
Accessoires, pansements, petit appareillage, orthopédie	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR
Autres prothèses acceptées par le RO	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR
Grand appareillage dont véhicule en cas d'handicap	100% BR	250% BR	300% BR	300% BR

 OPTIQUE (4)	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Équipements 100% Santé - dans la limite des prix limites de vente (PLV) (2)				
Remboursement intégral (RO + RC) d'un équipement optique (verres et montures de classe A) à hauteur des prix limites de vente (PLV). Avec le pack 100% santé Santéclair, je peux bénéficier d'avantages complémentaires : montures Origine France Garantie, choix élargi de montures et verres de marque amincis chez les opticiens du réseau Santéclair	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Équipements Hors 100% Santé - Adulte (16 ans et plus)				
Verre simple (par verre)	60€	60€	80€	100€
Verre complexe unifocal (par verre)	110€	110€	130€	150€
Verre complexe multifocal (par verre)	150€	150€	170€	190€
Verre très complexe (par verre)	200€	200€	240€	350€
Monture	50€	50€	60€	80€
Équipements Hors 100% Santé - Enfant (moins de 16 ans)				
Verre simple (par verre)	60€	60€	70€	80€
Verre complexe unifocal (par verre)	110€	110€	120€	130€
Verre complexe multifocal (par verre)	150€	150€	160€	170€
Verre très complexe (par verre)	200€	200€	240€	300€
Monture	50€	50€	60€	70€
Suppléments optique	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres				
Lentilles prescrites acceptées par le RO	100€	150€	200€	200€
Lentilles prescrites refusées par le RO	100€	150€	200€	200€
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400€	400€	400€	600€

2. Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et a débuté depuis le 1^{er} janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. 4. Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (monture + 2 verres) ne peut intervenir avant une période de 2 ans selon la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article 165-1 du code de la Sécurité Sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

 MÉDECINE DOUCE, PRÉVENTION	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Médecine douce				
Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, étioathe, chiropracteur, podologue-pédicure (par séance)	40€	40€	40€	40€
Nombre par an	2	4	4	5
Psychologue (par séance)	30€	40€	40€	40€
Nombre par an	4	4	8	8
Séances prises en charges par le RO - Dispositif Mon psy	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)				
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif (par acte)	183€	183€	183€	183€
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins prescrits refusés par le RO				
Substituts nicotiniques en complément du RO				
Consultation diététique	80€	80€	80€	80€
Ostéodensitométrie osseuse				
Bilan parodontal				
Contraception / test de grossesse	80€	80€	80€	80€
Caryotype foetal refusé par le RO	-	150€	150€	150€
Équipement anti-asthme	-	150€	150€	150€

2. Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et a débuté depuis le 1^{er} janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. 4. Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (monture + 2 verres) ne peut intervenir avant une période de 2 ans selon la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article 165-1 du code de la Sécurité Sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.



 DENTAIRE	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Soins et prothèses dentaires 100% Santé - dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)⁽²⁾				
Soins et prothèses entrant dans le panier de soin «100% Santé» Remboursement intégral (RO + RC) à hauteur des honoraires limites de facturation (HLF)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Soins dentaires Hors 100% Santé				
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée par le RO)	100% BR	120% BR	150% BR	150% BR
Prothèses dentaires - Panier reste à charge maîtrisé - dans la limite des HLF				
Prothèses fixes	375% BR	375% BR	400% BR	425% BR
Prothèses amovibles	375% BR	375% BR	400% BR	425% BR
Prothèses provisoires	375% BR	375% BR	400% BR	400% BR
Inlay Core	375% BR	375% BR	400% BR	425% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR	200% BR	400% BR	400% BR
Prothèses dentaires - Panier libre				
Prothèses fixes sur dent visible	300% BR	300% BR	325% BR	350% BR
Prothèses fixes sur dent non visible	250% BR	250% BR	275% BR	300% BR
Prothèses amovibles sur dent visible	300% BR	300% BR	325% BR	350% BR
Prothèses amovibles sur dent non visible	250% BR	250% BR	275% BR	300% BR
Prothèses provisoires	300% BR	300% BR	325% BR	350% BR
Inlay Core	200% BR	200% BR	200% BR	225% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR	200% BR	400% BR	400% BR
Implantologie				
Implants	500€	600€	650€	800€
Nombre par an	2	2	2	2
Couronne sur implants	200€	400€	450€	500€
Nombre par an	2	2	2	2
Orthodontie				
Traitement accepté par le RO	250% BR	300% BR	350% BR	400% BR
Contention acceptée par le RO	250% BR	300% BR	350% BR	400% BR
Traitement refusé par le RO	400€	400€	400€	400€
Contention refusée par le RO	400€	400€	400€	400€

 AUTRES PRESTATIONS	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Cures thermales				
Traitement, frais d'hébergement	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Transport	100% BR	100% BR	200% BR	300% BR
Honoraires	100% BR	100% BR	200% BR	300% BR

2. Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et a débuté depuis le 1^{er} janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.

