

La mutuelle de demain...

Mutuelle des personnels de droit public

A partir du 1^{er} mai 2026

Un peu d'histoire

2014 Loi de sécurisation de l'emploi : Obligation est faite à toute les entreprises privées de proposer une mutuelle à leurs salariés avec participation employeur au moins à 50% du tarif socle.

2015 Accord interbranche de l'enseignement privé pour la mise en place d'un régime de complémentaire santé avec le regroupement de plusieurs mutuelles qui proposeront toutes les mêmes couvertures aux même tarifs.

Un peu d'histoire

2018 : Les organisations syndicales demandent à l'état ce qu'il fait pour ses salariés sur ce sujet. Il faut le temps de faire des appels d'offres et donc en attendant mise en place de la participation de l'état de 15€/mois si l'on prouve que l'on a une mutuelle.

2020 : 3 groupes répondent à l'appel d'offre de l'état pour proposer une couverture aux agents de l'éducation nationale. Pour des raisons que l'on ignore, 2 d'entre eux vont par la suite renoncer. Il ne restera donc que la MGEN

Un peu d'histoire

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

LES O.S. DU PRIVÉ N'ONT PAS ÉTÉ CONVIÉES AUTOUR DE LA TABLE

Qui est concerné ?

Les maitres

- en activité,
 - en congé parental,
 - en disponibilité pour raison de santé,
 - en congé non rémunéré pour raison de santé,
 - en congé de présence parentale,
 - en congé de proche aidant,
 - en congé de solidarité familiale,
 - en congé de formation professionnelle.
-
- Sont exclus : disponibilité pour convenance personnelle

La mutuelle obligatoire, est-elle obligatoire ?

L'adhésion au contrat collectif de complémentaire santé est obligatoire (sauf cas de dispense) à compter du 1/5/26.

Il n'y a pas de condition d'âge et l'agent bénéficie d'une prise en charge à hauteur de

50 % de la cotisation socle

et 50% du coût de l'option souscrite, **dans la limite de 5 €.**

Les cas de dispense

- Si l'agent est bénéficiaire d'un contrat individuel à la date d'entrée en vigueur du nouveau régime : il pourra être dispensé jusqu'à la date d'échéance de son contrat individuel dans la limite de 12 mois ; l'agent doit se rapprocher de son opérateur actuel pour connaître les modalités et les délais de résiliation de son contrat : elles peuvent différer d'un organisme à l'autre

Par exemple :

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

- Si l'agent est bénéficiaire d'un contrat collectif à adhésion obligatoire en qualité d'assuré principal ou en qualité d'ayant droit. Pour ce dernier, le contrat collectif peut-être à adhésion obligatoire ou facultative ;

Par exemple :

- Je suis enseignant et salarié OGEC. Je bénéficie déjà de la mutuelle obligatoire de l'établissement.
- Mon conjoint a la mutuelle obligatoire de son employeur et je suis rattaché en tant qu'ayant droit.

Les cas de dispense

- Si l'agent est titulaire d'un contrat à durée déterminée **et** bénéficiaire d'un contrat individuel de protection sociale complémentaire en santé ;
- Si l'agent est bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS anciennement CMU).

Un agent dispensé de l'obligation d'adhérer peut, à tout moment, renoncer à sa dispense et demander à adhérer au contrat. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne peut lui être appliquée.

Tarifs

La cotisation socle de l'ordre de **75 €** est constituée de 3 parts :

- Une part forfaitaire égale à 50% de la cotisation d'équilibre prise en charge par l'employeur public et versée directement par l'employeur MGEN ;
 - Une part forfaitaire égale à 20% de la cotisation d'équilibre prélevée sur la rémunération de l'agent ;
 - Une part solidaire variable prélevée sur la rémunération de l'agent, calculée en appliquant un coefficient à la rémunération mensuelle brute de l'agent, prise en compte dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale.
-
- Cette cotisation socle est appelée à augmenter !
 - S'y ajoute une cotisation de respectivement 3 et 2% au bénéfice des fonds de solidarité (fonds d'aide aux retraités, fonds social)

Et pour les ayants droits ?

La cotisation est fixée à **45 % de la cotisation adulte**, pour les deux premiers enfants.

À partir du 3^e enfant, l'affiliation devient gratuite

NB : enfant à charge jusqu'à 21 ans ou jusqu'à 25 ans en cas de poursuite d'études, sans limite si handicap.

Cotisations pour les conjoints : La cotisation est fixée à **110 % du tarif adulte**.

Garanties optionnelles

- Option A : **7€/mois** :
 - renforce les remboursements pour les consultations de spécialistes, la médecine douce et la psychologie.
 - Améliore la couverture pour l'hospitalisation, les actes techniques et d'imagerie, le paramédical et la pharmacie hors Sécurité sociale.
- Option B : **30€/mois** :
 - comprend tous les renforcements de l'option A + apporte des remboursements plus élevés sur les soins dentaires, optiques et auditifs.

L'État prendra en charge 50 % du montant de l'option choisie, **dans la limite de 5 € par mois.**

Pour les enfants, les options coûteront : **50 % du montant de l'option pour le 1er enfant, 25 % pour le 2eme , Gratuit à partir du 3^e**

Pour les conjoints ayant droit, le tarif est fixé à **100 % du montant de l'option choisie.**

Après la date d'effet, il sera possible de modifier son niveau d'options après une durée minimale d'adhésion de 12 mois à cette option.

Garanties additionnelles

- Obsèques : selon le contrat souscrit, l'agent soulagera ses proches du coût total ou partiel de ses obsèques et/ou de son organisation.
- Dépendance (Complément Autonomie MGEN) : elles garantissent à l'agent une rente dépendance et propose un ensemble de services pour accompagner à la fois les personnes en perte d'autonomie et les personnes aidantes.

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

- Bien que cela concerne un contrat collectif à adhésion obligatoire, **MGEN n'est pas réglementairement habilitée à effectuer la résiliation** pour le compte de l'agent.
- L'agent doit se rapprocher de son opérateur actuel pour connaître les modalités et les délais de résiliation de son contrat : elles peuvent différer d'un organisme à l'autre.
- MGEN mettra à disposition des agents :
 - Un outil d'aide à la résiliation qui les orientera dans les démarches à effectuer. Cet outil sera dans la page d'accueil dont le lien sera transmis par un courriel en amont du courriel d'affiliation.
 - Un courrier type pour faciliter leurs démarches.

Retraités ou futurs retraités

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

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

- Un agent futur retraité est-il obligé d'adhérer au nouveau contrat collectif ?

Tant que l'agent est actif, il doit obligatoirement souscrire au contrat collectif mis en place par l'employeur ou se dispenser.

Lorsque l'agent actif part à la retraite, il pourra souscrire à l'offre prévue pour les retraités, dans un délai d'un an, ou prévoir une autre solution d'assurance en souscrivant à une complémentaire santé individuelle.

Tarifs retraités

Pour les retraités, la cotisation augmente progressivement à compter de la retraite :

100 % de la cotisation d'équilibre la 1ère année ;

125 % de la cotisation d'équilibre la 2ème année ;

150 % de la cotisation d'équilibre la 3ème, 4ème et 5ème année ;

175 % de la cotisation d'équilibre les années suivantes.

Les cotisations ne peuvent plus augmenter après l'âge de 75 ans.

NB : Si, après l'admission à la retraite, le maître exerce une activité rémunérée qui leur permet d'obtenir une nouvelle pension de retraite, impossibilité de bénéficier du contrat collectif

Parcours d'affiliation

Chaque agent recevra, entre mi-novembre 2025 et janvier 2026, un courriel de la MGEN sur sa messagerie professionnelle pour son affiliation.

L'agent devra **réaliser un parcours digital individualisé d'affiliation, dans un délai de 21 jours après réception du courriel d'affiliation.**

Ce parcours permettra à l'agent de souscrire à l'une des options, couvrir son conjoint et / ou ses enfants ou solliciter, le cas échéant, une dispense.

Les agents n'effectuant pas ou ne finalisant pas leur parcours d'affiliation dans le délai de 21 jours après réception du courriel d'affiliation, seront affiliés d'office au nouveau régime, sans option, au 1^{er} mai 2026.

Ils ne bénéficieront pas des éventuelles options proposées ou de la couverture de leur conjoint et / ou de leurs enfants.

Les ayants droit disposeront obligatoirement du même niveau de couverture que l'agent. Par exemple, si l'agent choisit la formule « socle + option 1 », tous ses ayants droit disposeront de ce niveau de couverture.

Garanties

Le contrat collectif de complémentaire santé prend au minimum en charge les garanties suivantes :

- Intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie.
- Totalité du forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation
- Frais dentaires (prothèses y compris sur les implants dentaires et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif conventionnel
- Frais d'optique de manière forfaitaire par période de 2 ans (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) avec un minimum de prise en charge fixé à 100 € pour une correction simple, 150 € (voire 200 €) pour une correction complexe.
- Prise en charge d'une partie du reste à charge sur les actes les plus onéreux : En cas d'hospitalisation sur d'éventuels dépassements d'honoraires; dépassements d'honoraires sur les spécialistes et les actes médicaux d'imagerie ou d'auxiliaires médicaux ; forfait pour des médicaments non remboursés ; forfaits pour prendre en charge des consultations de médecines douces et de psychologues ainsi que des actes de prévention.

Ces garanties doivent s'appliquer de manière identique aux différentes catégories de bénéficiaires (actifs, retraités, ayants droit).

Quid de la participation à 15€ ?

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

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

- Les deux parts de la cotisation d'équilibre relative aux garanties socle à la charge de l'agent seront prélevées **sur sa rémunération et apparaîtront donc sur son bulletin de paie** (part forfaitaire égale à 20% de la cotisation et part solidaire).
- La participation de l'employeur équivalent à 50% de la cotisation apparaîtra également **sur son bulletin de paie**.
- Les cotisations relatives aux options seront prélevées **sur le compte bancaire de l'agent** et n'apparaîtront donc pas sur le bulletin de paie. Toutefois, la participation de l'employeur à hauteur de la moitié du coût de l'option dans la limite de 5 € sera versée à l'agent et figurera sur son bulletin de paie.
- Les cotisations des ayants droit seront prélevées par MGEN **sur le compte bancaire de l'agent** et n'apparaîtront donc pas sur son bulletin de paie. Elles ne donnent pas lieu à une participation de l'employeur.

Garanties socle et options

Pour le socle, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie.

Pour les options, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie et par le socle complémentaire (panier de soins interministériel).

Poste de soins	Socle	Option A	Option B
Catégorie Hospitalisation et Soins courants			
<i>Hospitalisation</i>			
<i>Honoraires</i>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150%	200% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130%	175% BR	175% BR
<i>Forfaits et frais de séjours</i>			
Forfait journalier hospitalier	100% FR	-	-
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	100% FR	-	-
Frais de séjour	100% BR	-	-
<i>Chambre particulière (sans limitation de durée)</i>			
Court séjour et maternité	50 € / nuit	60 € / nuit	60 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit	50 € / nuit	50 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit	55 € / nuit	55 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour	-	-
<i>Frais d'accompagnant</i>			
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit	-	-
Etablissement non conventionné	25 € / nuit	-	-
Soins courants			
<i>Honoraires médicaux</i>			
<i>Consultations / Visites de médecins généralistes</i>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	-	-
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	-	-
<i>Consultations / Visites de médecins spécialistes</i>			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	175% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	175% BR

Poste de soins	Socle	Option A	Option B
Actes techniques médicaux			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150% BR	175% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	150% BR	175% BR
Actes d'imagerie médicale			
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	175% BR	200% BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	150% BR	175% BR
Mammographie praticien OPTAM/OPTAM-CO	130% BR	250% BR	250% BR
Mammographie praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100% BR	200% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100% BR	150% BR	150% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130% BR	150% BR	150% BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	-	-
Médicaments			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100% BR	-	-
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100% BR	-	-
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	100% BR	-	-
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 € / an	150 € / an	150 € / an
Matériel médical			
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique) : semelles orthopédiques et autres prothèses acceptées par le RO	200% BR	-	250% BR
Frais de transport en véhicule sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100% BR	-	-
Catégorie Dentaire			
Dentaire			
Soins et prothèses 100% Santé			
Soins (hors 100% Santé)			
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100% BR	-	-
Prothèses (hors 100% Santé)			
Panier Maitrisé			
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375% BR	-	400% BR
Prothèses amovibles	375% BR	-	400% BR
Prothèses provisoires	375% BR	-	400% BR

Poste de soins	Socle	Option A	Option B
Inlay Core	375% BR	-	400% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR	-	400% BR
Panier Libre			
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent visible	300% BR	-	350% BR
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent non visible	250% BR	-	350% BR
Prothèses amovibles sur dent visible	300% BR	-	350% BR
Prothèses amovibles sur dent non visible	250% BR	-	350% BR
Prothèses provisoires	300% BR	-	350% BR
Inlay Core	200% BR	-	350% BR
Implantologie			
Couronne sur implant	200 € / couronne (max. 2/an)	-	-
Implants	500 € / implant (max. 2/an)	-	650 € / implant (max. 2/an)
Orthodontie			
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250% BR	-	300% BR
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre	-	500 € / semestre
Catégorie Aides auditives			
Aides auditives			
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-	-
Equipements à tarif libre pour un bénéficiaire (< ou > 20 ans)	800 €	-	1.000 €
Catégorie Optique			
Optique			
Equipements 100% Santé	Remboursement total de la dépense engagée	-	-
<i>Equipements à tarif libre</i>			
Monture	50 €	-	-
Verres	Cf. grille optique	-	-
<i>Autres prestations optique</i>			
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	100 € / an	-	150 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an	-	-
Grille optique			
<i>Verre unifocal, sphérique</i>			

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