

Mise en œuvre de la Protection sociale complémentaire (PSC) – Volet santé

Foire aux questions (Agents)
20 mars 2026

Vous ne trouvez pas la réponse à votre interrogation ? Contactez un conseiller MAEE/MGEN par téléphone au +339 72 72 02 44 (service gratuit + prix d'un appel vers la France).

Table des matières

I. COMPRENDRE LA REFORME.....	9
1. Qu'est-ce qu'une complémentaire santé ?	9
2. Qu'est-ce qu'un contrat collectif obligatoire Santé ?	9
3. Pourquoi est-ce obligatoire ?	9
4. Depuis quand le contrat collectif s'applique-t-il au ministère de l'Europe et des affaires étrangères et à l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger ? ..	9
5. Puis-je refuser de m'affilier au contrat collectif ?	9
6. Quels sont les avantages d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ?	9
7. Qui est concerné par cette réforme ?	10
8. Quel organisme a été sélectionné par le ministère et pour quelle durée ? ..	11
9. Est-ce que la participation actuelle de 15 euros de l'employeur prend fin à la date d'effet du contrat collectif obligatoire Santé ?	11
II. CONTENU DU NOUVEAU DISPOSITIF DE COMPLEMENTAIRE SANTE - AGENTS EN FRANCE.....	11
10. Quelles sont les garanties définies dans ce contrat collectif obligatoire Santé ?	11

11.	Peut-on souscrire à des garanties optionnelles en plus des garanties de base ?.....	11
III.	AGENTS A L'ETRANGER.....	12
12.	Le panier de soins étranger est-il obligatoire pour tous les agents ?.....	12
13.	Puis-je affilier mon conjoint si ce dernier ne bénéficie pas de la Sécurité sociale (Régime obligatoire) en France ?.....	12
14.	Quel est le niveau de remboursement pour les soins réalisés en France par un bénéficiaire du panier de soins « Etranger » ?.....	12
15.	Les bénéficiaires du panier de soins « Etranger » peuvent-ils souscrire à des garanties optionnelles ?.....	12
16.	Mes ayants droit peuvent-ils être couverts s'ils ne résident pas avec moi à l'étranger ?.....	12
17.	Mes ayants droit peuvent-ils être couverts s'ils résident dans un autre pays étranger ?	13
18.	Y a-t-il un plafond de remboursement pour les soins réalisés à l'étranger ? 13	
19.	Que se passe-t-il en cas de retour en France ? Le contrat évolue-t-il automatiquement ?	13
20.	Dois-je avancer les frais pour les soins à l'étranger ?	13
21.	Dois-je transmettre les factures en français ou sont-elles acceptées dans la langue du pays ?.....	13
22.	Les remboursements sont-ils faits en euros ou dans la devise locale ?.....	13
23.	Que se passe-t-il en cas d'affectation à l'étranger ?.....	14
25.	Comment suis-je couvert(e) dans un pays autre que mon pays de résidence ?	14
IV.	MISSIONS TEMPORAIRES ET/OU DE RENFORT A L'ETRANGER	14
26.	Que se passe-t-il en cas de départ en mission de 63 jours ou moins ?.....	14
27.	Que se passe-t-il en cas de départ en mission de plus de 63 jours ?	15
28.	Que se passe-t-il si je ne fais pas appel à MGEN International ?	15
V.	MISE EN PLACE DU CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE SANTE.....	15
30.	Où puis-je retrouver des documents permettant de m'informer sur le contrat (Tableau de garanties, notice d'information, Guide Adhérent, Guide Espace Personnel...)	15
31.	Vais-je être automatiquement affilié(e) au nouveau contrat collectif santé ? 15	
32.	Que se passe-t-il si je ne finalise pas mon parcours d'affiliation ?	16
33.	Quelles démarches dois-je effectuer ?	16

34.	Où puis-je trouver mon code organisme ?	16
35.	Dois-je contacter directement MAEE/MGEN pour m'affilier au contrat collectif obligatoire Santé ?	16
36.	Jusqu'à quand puis-je compléter mon parcours d'affiliation santé ?	16
37.	Je suis déjà couvert(e) par MAEE ou MGEN au titre d'un contrat individuel santé, dois-je effectuer les mêmes démarches qu'un agent non adhérent ?	17
38.	Je relève du régime obligatoire de Sécurité sociale MGEN : y-a-t-il des spécificités pour moi ?	17
39.	Suis-je contraint(e) de conserver mon adresse courriel professionnelle ou puis-je choisir mon adresse courriel personnelle ?	17
40.	Pourquoi dois-je faire des démarches alors que mon affiliation est obligatoire ?	17
41.	A partir de quand puis-je accéder à mon Espace personnel sécurisé ?	18
42.	Puis-je retrouver mon Espace personnel sécurisé dans une application mobile ?	18
43.	Est-ce que je peux aussi couvrir mes ayants droit (conjoint et/ou enfants) ?	18
44.	Puis-je aussi couvrir l'enfant de mon conjoint ?	18
45.	Comment affilier mon enfant en situation de handicap au contrat collectif obligatoire Santé ?	18
46.	Comment affilier mes ayants droit conjoint et/ou enfants ?	18
47.	Quelles sont les pièces justificatives nécessaires à la couverture de mon conjoint et/ou de mes enfants ?	19
48.	Comment estimer les tarifs qui seront applicables au foyer pour faire mon choix ?	19
49.	Comment puis-je souscrire aux options ?	19
51.	Qu'est-il prévu pour les agents qui n'utiliseraient pas d'outils digitaux ?	20
VI.	DISPENSES	20
53.	Y a-t-il des situations particulières qui peuvent me permettre de ne pas m'affilier au contrat collectif ?	20
54.	Quels sont les motifs de dispense ?	20
55.	Quelles sont les démarches à accomplir pour me dispenser ?	21
56.	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 ?	21
57.	Quand puis-je demander une dispense ?	22

58.	Si je fais la demande d'être dispensé(e) du nouveau contrat collectif obligatoire Santé et que je conserve ma mutuelle, aurai-je le droit à une part de prise en charge employeur ?	22
59.	Si je me dispense pour rester dans ma mutuelle jusqu'à la date d'échéance de celle-ci, vais-je payer deux cotisations ?	22
60.	Puis-je m'affilier puis demander une dispense plus tard ?	22
61.	Les agents contractuels ayant des contrats très courts et récurrents sont-ils concernés par le contrat collectif obligatoire ?	22
62.	Lorsque ma dispense arrive à expiration, dois-je faire une nouvelle démarche pour m'affilier ou est-ce à mon employeur de me demander de justifier à nouveau de ma dispense ?	22
63.	Quelle est la démarche à suivre si je souhaite être dispensé(e) du contrat collectif obligatoire Santé une fois le contrat mis en place ?	22
VII.	TRANSITION AVEC LE CONTRAT ACTUEL	23
64.	Comment suis-je couvert(e) avant la mise en place du contrat collectif au 1 ^{er} janvier 2026 ?	23
65.	Je suis déjà adhérent MAEE ou MGEN : dois-je effectuer des démarches de résiliation pour mon contrat santé actuel ?	23
66.	Je suis adhérent(e) au contrat référencé MAEE avec une prévoyance intégrée à mon contrat. La résiliation de mon contrat santé entraîne-t-elle la résiliation du volet prévoyance ou puis-je encore en bénéficier ?	23
67.	Je suis adhérent(e) MGEN en complémentaire santé individuelle avec une prévoyance intégrée. La résiliation de mon contrat santé entraîne-t-elle la résiliation du volet prévoyance ou puis-je encore en bénéficier et dans quelles conditions ?	23
68.	Je ne suis pas adhérent MAEE/MGEN, est-ce-que MAEE/MGEN s'occupe de la résiliation de ma mutuelle actuelle ?	23
69.	Sous quel délai dois-je mettre fin à ma mutuelle actuelle ?	23
70.	Puis-je avoir deux mutuelles à la fois ?	24
VIII.	COTISATIONS	24
71.	Quel est le coût du nouveau contrat collectif obligatoire Santé, pour moi et pour mes bénéficiaires ?	24
72.	Comment est calculée la cotisation d'un agent actif pour le contrat collectif obligatoire Santé socle ?	25
73.	Des augmentations annuelles de la cotisation sont-elles prévues ?	25
74.	Pour les enfants, y-a-t-il une dégressivité ou une gratuité ?	25
75.	Pourquoi dois-je fournir un RIB ?	25

76.	Est-il possible d'avoir un RIB différent pour les remboursements des bénéficiaires conjoint et/ou enfants ?	26
77.	Les cotisations du socle apparaîtront-elles sur la fiche de paie ?	26
78.	Le montant de cotisations prendra-t-il en compte les variations de ma rémunération en cours d'année ?	26
79.	Quelle rémunération est prise en compte pour le calcul de la cotisation ? ..	26
80.	Comment sont calculées les cotisations du socle pour les agents à temps partiel ?.....	26
81.	Comment sont calculées les cotisations du socle pour les agents sans rémunération ?.....	27
82.	En cas de versement d'une prime exceptionnelle ou annuelle de type prime CIA ou tous autres éléments variables, ceux-ci doivent-ils rentrer dans l'assiette de calcul de la cotisation solidaire dans la limite du PMSS ?	27
83.	En cas de versement d'une activité accessoire (ex : jury de concours), celui-ci doit-il rentrer dans l'assiette de calcul de la cotisation solidaire ?	27
84.	Qu'est-ce que le PMSS ? Quel est son montant en 2026 ?.....	27
85.	Quel est le coût des options ?	27
86.	Quelle est la participation de l'employeur au nouveau contrat collectif obligatoire Santé ?	27
87.	Est-ce que toutes les cotisations "individuelles ou familiales", socle, option 1, option 2, option 3 sont précomptées sur le salaire ?.....	28
89.	Comment va s'effectuer le paiement de la cotisation du conjoint et/ou des enfants ?.....	28
90.	Quelle est la cotisation du conjoint et/ou des enfants ?	28
91.	Peut-on résilier le contrat MAEE/MGEN après 12 mois d'engagement ?	28
92.	Pour la part variable de la cotisation de l'agent, faut-il tenir compte uniquement du traitement indiciaire ou également des primes et avantages ?	28
93.	La cotisation est-elle calculée mensuellement en référence à ma paie ?	29
IX.	REMBOURSEMENTS	29
94.	Dans le cadre de ce nouveau contrat collectif obligatoire Santé, dois-je refaire le lien NOEMIE pour la télétransmission des soins avec ma mutuelle ?	29
96.	Le contrat collectif obligatoire Santé inclut-il le dispositif 100% Santé ?.....	29
97.	Qu'est-ce qui est prévu pour les garanties optiques ?	30
98.	Suis-je obligé(e) de passer par des opticiens partenaires MAEE/MGEN ? .	30
99.	Qu'est-ce qui est prévu pour les garanties dentaires ?.....	30
100.	Quelles sont les démarches à effectuer pour être remboursé(e) ?	30

101.	Comment suis-je couvert(e) pour les soins exécutés en 2025 ? Quelles sont les démarches à effectuer pour les soins exécutés en 2025 ?	31
102.	J'ai une hospitalisation prévue durant le changement de couverture santé, quand vais-je recevoir ma nouvelle carte de tiers payant ?.....	32
103.	Quels sont les délais de remboursement à compter de l'acte ou de la transmission de la demande ? Les demandes de remboursement peuvent-elles être réalisées en ligne ?	32
104.	Puis-je bénéficier de la télétransmission ?.....	32
105.	Quelle confidentialité des soins par rapport à l'employeur ?.....	32
106.	Un cabinet médical refuse de pratiquer le tiers payant avec MAEE/MGEN. Que faire ?.....	33
107.	MAEE/MGEN peuvent-elles garantir la protection de mes données personnelles et celles de mes ayants droit ?.....	33
X.	FIN DE LA RELATION DE TRAVAIL	33
108.	Mon contrat de travail se termine, que se passe-t-il pour ma couverture santé ? Puis-je bénéficier de la portabilité ?.....	33
109.	Comment l'employeur va-t-il communiquer à MAEE/MGEN la liste des agents concernés par la portabilité des droits (maintien des garanties) et les suivre ?	34
110.	Comment est gérée la fin de l'affiliation d'un agent ?	34
111.	Un agent ayant un CDD de 5 mois bénéficiera-t-il de la portabilité pendant 5 mois ou pendant 12 mois ?.....	34
112.	Un CDD de trop courte durée peut ne pas ouvrir de droits au chômage. La portabilité est-elle impactée ?	34
113.	Le maintien des options en cas de portabilité est-il également gratuit ? Et pour les ayants droit ?	34
114.	Les bénéficiaires d'un agent décédé bénéficient-ils de la portabilité ?.....	35
115.	Quel est le traitement fiscal de la portabilité ?.....	35
XI.	CAS PARTICULIERS	35
116.	J'ai prévu d'effectuer une mobilité cette année, suis-je obligé(e) d'adhérer au contrat collectif obligatoire Santé du ministère et de l'AEFE ?.....	35
117.	Comment se passe l'affiliation en cas de détachement, Position Normale d'Activité et Mise à Disposition ?.....	35
118.	Je suis actuellement en disponibilité pour raison de santé. Dois-je m'affilier au contrat santé souscrit par le MEAE et l'AEFE ?	35

119.	Si mon conjoint travaille également au ministère de l'Europe et des Affaires étrangères ou à l'AEFE, dois-je m'affilier directement ou bien dois-je me dispenser pour être ayant droit ?	35
120.	Un couple de fonctionnaires peut-il s'affilier à une seule mutuelle ou chaque personne est-elle obligatoirement rattachée au contrat de son employeur ? 36	
121.	Que se passe-t-il en cas de non-renouvellement de détachement ? Est-ce que le rattachement au contrat santé cesse tout de suite, ou existe-t-il un délai pour rejoindre le contrat de la nouvelle administration d'accueil ?.....	36
122.	Les stagiaires, volontaires et apprentis sont-ils concernés par la PSC ? .	36
123.	Les agents en congé parental doivent ils payer la part de cotisation qui incombe à l'employeur ?.....	36
124.	Quelle obligation d'affiliation au contrat collectif obligatoire Santé pour les agents en suspension d'activité avec ou sans maintien de rémunération ?	36
XII.	RETRAITÉS.....	37
125.	Un retraité peut-il bénéficier du nouveau contrat collectif ?	37
126.	Je suis bientôt retraité(e) : suis-je obligé(e) d'adhérer au nouveau contrat collectif ?.....	37
127.	Prochainement à la retraite ; suis-je obligé(e) de mettre fin à mon contrat santé collectif souscrit au MEAE/ à l'AEFE pendant ma période d'activité ? Si non, quelles conditions financières me sont accordées ?	37
128.	Quelle est la cotisation pour les agents retraités ?	37
129.	Est-ce qu'un retraité peut bénéficier du nouveau contrat collectif obligatoire Santé ?	37
130.	Dans le délai d'un an dont dispose un retraité pour faire le choix de s'affilier au contrat collectif Santé, peut-il demander son affiliation à n'importe quel moment ?.....	38
131.	Un retraité exerçant une activité professionnelle peut-il s'affilier au nouveau contrat collectif santé ?.....	38
132.	Est-ce qu'un retraité qui choisirait de ne plus être couvert par le contrat collectif santé pourrait à nouveau solliciter sa demande d'affiliation par la suite ?	38
XIII.	RAPPEL CONCERNANT LE REGIME OBLIGATOIRE	38
133.	MGEN gère-t-elle aussi le régime obligatoire ?.....	38
134.	J'ai reçu un courrier et/ou un courriel évoquant des changements concernant mon Régime obligatoire MGEN. Cela a-t-il un impact sur mon contrat collectif obligatoire Santé ?.....	38
135.	Comment faire parvenir ma demande de remboursement à mon organisme de Sécurité sociale ?	39

136. Quelles sont les démarches à réaliser auprès du Régime obligatoire pour la déclaration d'une naissance à l'étranger ?..... 39

I. COMPRENDRE LA REFORME

1. Qu'est-ce qu'une complémentaire santé ?

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 de ce "reste à charge" lié à des soins et équipements santé. Une complémentaire santé, aussi appelée mutuelle, intervient donc en complément de la Sécurité sociale pour rembourser tout ou partie des frais de santé.

2. Qu'est-ce qu'un contrat collectif obligatoire Santé ?

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

3. Pourquoi est-ce obligatoire ?

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 la santé des agents et d'aligner la couverture santé du secteur public sur le secteur privé pour lequel toutes les entreprises doivent couvrir leurs salariés par un contrat collectif obligatoire Santé.

4. Depuis quand le contrat collectif s'applique-t-il au ministère de l'Europe et des affaires étrangères et à l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger ?

Le nouveau régime de Protection sociale complémentaire, collectif et à adhésion obligatoire, est effectif depuis le 1^{er} janvier 2026. La campagne d'affiliation a débuté le 3 novembre 2025 afin de faciliter la mise en place de la couverture et le traitement des cotisations de janvier 2026 en paie.

5. Puis-je refuser de m'affilier au contrat collectif ?

L'affiliation au contrat collectif santé est obligatoire pour tous 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 à l'article 3. Dans ce cas, vous devez en faire la demande et fournir les justificatifs correspondants à MAEE/MGEN lors du parcours d'affiliation (cf. rubrique *V. Dispenses*). Toutefois, il est à noter qu'en cas de dispense, il ne vous sera plus possible de bénéficier du financement employeur pour la complémentaire santé.

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

Dans le cas d'un contrat individuel de complémentaire santé, l'agent est le souscripteur et paie la totalité de la cotisation.

Avec le nouveau dispositif de Protection sociale complémentaire, l'État démontre son engagement envers ses agents en 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, l'agent doit être affilié au contrat collectif à adhésion obligatoire. S'agissant du panier France II a également la possibilité de souscrire des options avec une participation de l'employeur à l'option à hauteur de 50% du montant de celle-ci dans la limite de 5 €.

- **Un meilleur rapport qualité-prix**

Grâce à une plus forte mutualisation et à une solidarité accrue, l'offre collective et obligatoire est 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 un fonds d'aide aux retraités permettant de prendre en charge une partie de leurs cotisations sous conditions de ressources ; Il y a également la possibilité pour les anciens agents non retraités de conserver gratuitement leur assurance complémentaire santé à l'issue d'une rupture involontaire du contrat de travail. De plus, l'agent est affilié sans condition d'âge ni d'état de santé.

7. Qui est concerné par cette réforme ?

L'article 2 du décret du 22 avril 2022 prévoit que les agents actifs tenus d'adhérer au contrat collectif sont ceux qui sont **employés et rémunérés par** :

- le Ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE)
- l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger (AEFE)

Par ailleurs, le décret prévoit l'affiliation des agents placés dans l'une des situations suivantes :

1. Congé parental ;
2. 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 ;
3. Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
4. Congé de formation professionnelle.
5. Bénéficiaire de l'allocation spécifique de cessation anticipée d'activité

Les agents et retraités du ministère et de l'AEFE ont également la possibilité, s'ils le souhaitent, de souscrire au contrat pour leurs ayants droit (conjoint, pacsé ou concubin du bénéficiaire actif ou retraité / enfants ou petits-enfants du bénéficiaire actif ou retraité à charge au sens de l'article 6 du Code Général des Impôts et répondant à certaines conditions), de manière facultative et sans participation employeur.

Les agents de droit local et les personnels de droit local ne peuvent pas souscrire le panier étranger car ils sont exclus du périmètre de la Protection sociale complémentaire.

Cas particulier des agents détachés au MEAE ou à l'AEFE : les agents détachés réintégrant leur administration d'origine pour prendre leur retraite ne pourront pas souscrire au contrat MEAE AEFE en tant que retraité. Ils pourront souscrire au contrat Santé de leur administration pour eux et leurs bénéficiaires.

8. Quel organisme a été sélectionné par le ministère et pour quelle durée ?

A l'issue d'une procédure avec négociation, le groupement MAEE/MGEN a été retenu pour déployer une couverture santé collective à adhésion obligatoire pour trois ans, avec une reconduction tacite possible pour trois ans.

Le groupement a pris des engagements sur les délais et la qualité de service afin de garantir le bon déroulement du contrat pour les agents du MEAE et de l'AEFE.

9. Est-ce que la participation actuelle de 15 euros de l'employeur prend fin à la date d'effet du contrat collectif obligatoire Santé ?

Oui, car la mise en place du contrat collectif obligatoire Santé s'y substitue.

II. CONTENU DU NOUVEAU DISPOSITIF DE COMPLEMENTAIRE SANTE - AGENTS EN FRANCE

10. Quelles sont les garanties définies dans ce contrat collectif obligatoire Santé ?

Deux paniers de soins sont proposés : le panier « France » pour les agents résidant en France et le panier « Etranger » pour les agents en poste ou en mission à l'étranger (détail dans la partie III).

Le panier de soins de base du panier « France » est commun à l'ensemble des ministères et s'impose à tous les organismes complémentaires santé dans le cadre de la PSC.

Le contrat collectif obligatoire Santé garantit des remboursements performants sur différents domaines de soins (consultations, dentaire, optique, hospitalisation...). Celui-ci peut être complété par des options permettant à l'agent et ses éventuels ayants droit de renforcer leur couverture.

11. Peut-on souscrire à des garanties optionnelles en plus des garanties de base ?

Sur le panier « France », il est possible de souscrire à l'une des trois options disponibles en plus des garanties du socle afin d'améliorer les garanties de santé. Ces options ont été négociées avec les représentants du personnel au niveau ministériel et AEFE.

Quelques points importants sont à noter :

- La souscription à ces options est facultative.
- Le choix de l'option par l'agent exerçant en France emporte automatiquement l'adhésion à cette même option de ses ayants droit.
- L'engagement est de 12 mois minimum. Ensuite, il est possible de changer d'option une fois par an.

Le Ministère et l'AEFE ont aussi prévu, dans le cadre de cette couverture santé, une option "perte d'autonomie" à destination des retraités et des ayants droit bénéficiant du contrat santé.

III. AGENTS A L'ETRANGER

12. Le panier de soins étranger est-il obligatoire pour tous les agents ?

Ce contrat collectif obligatoire Santé comprend un panier « Etranger » avec une prise en charge des prestations d'assistance/ rapatriement adaptée à l'international.

Ce panier est obligatoire pour les agents actifs en poste à l'étranger. Pour les agents du MEAE et de l'AEFE en mission, il est obligatoire à compter du 63ème jour de mission à l'étranger.

13. Puis-je affilier mon conjoint si ce dernier ne bénéficie pas de la Sécurité sociale (Régime obligatoire) en France ?

Non. Pour être affilié au contrat, le bénéficiaire doit être :

- Rattaché à la Sécurité sociale française (en détachement au sens de la Sécurité sociale) ;
- Ou assuré à la Caisse des Français de l'Etranger.

Les « Régimes obligatoires locaux » type CAFAT, CPS de Polynésie française, Caisse européenne en cas d'affiliation unique, assurance privée... ne permettent pas de bénéficier du contrat collectif dans le cadre de la PSC.

14. Quel est le niveau de remboursement pour les soins réalisés en France par un bénéficiaire du panier de soins « Etranger » ?

Il correspond au niveau de prise en charge du socle interministériel du panier de soins France (sans les options).

15. Les bénéficiaires du panier de soins « Etranger » peuvent-ils souscrire à des garanties optionnelles ?

Non, sauf les ayants droit d'un agent en poste à l'étranger s'ils résident en France. L'agent peut demander à renoncer au panier de soins étranger et souscrire au panier de soins France (socle avec options possibles) pour ses ayants droit.

A noter : l'option souscrite est la même pour l'ensemble des ayants droit.

16. Mes ayants droit peuvent-ils être couverts s'ils ne résident pas avec moi à l'étranger ?

Dès lors que vos ayants droit résident en France, vous pouvez faire une demande auprès de MAEE/MGEN pour qu'ils conservent le panier de soins « France » (ainsi que les options).

A noter : l'option souscrite est la même pour l'ensemble des ayants droit.

17. Mes ayants droit peuvent-ils être couverts s'ils résident dans un autre pays étranger ?

Vos ayants droit qui résideraient à l'étranger en dehors de votre pays de résidence peuvent aussi être couverts au titre du panier « Etranger ».

18. Y a-t-il un plafond de remboursement pour les soins réalisés à l'étranger ?

Oui, les remboursements sont limités à 300 000 € par an et par bénéficiaire, hors garantie rapatriement.

19. Que se passe-t-il en cas de retour en France ? Le contrat évolue-t-il automatiquement ?

En cas de retour en France, vous et vos éventuels ayants droit devez basculer sur le panier « France ». Vous devrez réaliser votre parcours d'affiliation dans lequel vous pourrez choisir une option pour renforcer votre couverture si vous le souhaitez.

20. Dois-je avancer les frais pour les soins à l'étranger ?

Grâce à des accords établis avec des établissements hospitaliers partenaires et, selon le pays de résidence, avec un réseau de professionnels de santé de ville (médecins, pharmacies, laboratoires ...), vous et vos ayants droit pouvez bénéficier de la dispense de frais à l'étranger à des tarifs négociés.

Pour en bénéficier, vous devrez vous enregistrer auprès de MGEN International qui, après contrôle des droits, vous délivrera une carte réseau permettant d'être reconnu par les établissements et professionnels de santé partenaires. La liste de ces derniers est disponible sur le site mgeninternational.com.

Avant toute consultation médicale ou hospitalisation à l'étranger, vous devrez prendre contact avec le guichet unique MGEN International pour bénéficier d'une prise en charge rapide et simplifiée.

21. Dois-je transmettre les factures en français ou sont-elles acceptées dans la langue du pays ?

Dans le cas où vous auriez fait l'avance de frais, les factures pourront être transmises dans la langue du pays. La traduction et le remboursement afférent seront opérés par les services de gestion de MAEE/MGEN.

A noter : selon la prestation concernée, vous devrez transmettre votre décompte de remboursement de Sécurité sociale pour obtenir le remboursement de la mutuelle.

22. Les remboursements sont-ils faits en euros ou dans la devise locale ?

Pour la prise en charge des frais de santé, les liquidations se font exclusivement en euros. Lors de la saisie de la demande de remboursement directement sur Ameli, le montant demandé est en euros et implique une conversion par l'assuré à titre indicatif. Le montant de remboursement effectif en euros sera issu de la conversion effectuée par les équipes de gestion au moment de la liquidation, laquelle sera faite à partir du taux de change interbancaire

valable à la date de réalisation des soins. Cette règle émane du cadre juridique du régime obligatoire français.

23. Que se passe-t-il en cas d'affectation à l'étranger ?

En cas d'affectation à l'étranger, votre employeur l'indique à la mutuelle. Vous basculerez sur le panier « Etranger ». Vous devrez vous affilier au panier de soin « Etranger » ainsi que vos éventuels ayants droit, mais s'ils restent en France, vous pourrez contacter MAEE/MGEN pour demander leur maintien sur le panier « France ».

Par ailleurs, vous devrez vous enregistrer via le site mgeninternational.com pour activer votre prise en charge complète à l'étranger.

24. Quelles sont les démarches en cas de changement de pays d'affectation ?

En cas de changement de pays d'affectation (hors France), vous n'aurez aucune démarche à réaliser puisque vous bénéficiez déjà du panier de soins « Etranger » et de l'assistance internationale.

25. Comment suis-je couvert(e) dans un pays autre que mon pays de résidence ?

Lorsque vous vous déplacez à titre privé dans un autre pays que votre pays d'affectation, vous restez couvert(e) par les garanties du panier de soins « Etranger ». En revanche, les règles de remboursement de la Sécurité sociale diffèrent et le remboursement peut être modulé. De manière globale, dès lors que les soins et équipements sont pris en charge par la Sécurité sociale, le remboursement global sera le même.

A titre d'exemple, pour des soins ambulatoires simples, la Sécurité sociale prendra en charge :

- Un montant lié à chaque acte réalisé dans votre pays de résidence ;
- 27% de la dépense engagée, sans référence aux actes, dans un autre pays hors UE-EEE-Suisse.

Au global, pour ces soins, vous serez remboursé(e) par la Sécurité sociale et MAEE/MGEN à hauteur de 90% des frais réels.

Pourquoi dois-je m'enregistrer sur mgeninternational.com si je suis à l'étranger ? Que se passe-t-il si je ne le fais pas ?

Votre enregistrement vous permet de bénéficier de l'ensemble des services lors de votre séjour/résidence à l'étranger, et notamment de la dispense d'avance de frais et de l'accès à un réseau d'établissements et de professionnels de santé conventionnés. A défaut d'enregistrement, vous pourrez toujours bénéficier de ces services, mais vous aurez des démarches supplémentaires à effectuer. Contactez MGEN International au +33 1 89 37 02 00.

IV. MISSIONS TEMPORAIRES ET/OU DE RENFORT A L'ETRANGER

26. Que se passe-t-il en cas de départ en mission de 63 jours ou moins ?

Si la durée de la mission est inférieure ou égale à 63 jours, vous et vos éventuels ayants droit conserverez votre couverture sur le panier « France ».

Par ailleurs, vous bénéficierez des prestations d'assistance dédiées aux agents à l'étranger et devrez vous enregistrer via le site mgeninternational.com pour activer les services d'assistance dédiés aux agents à l'étranger.

Pour les soins urgents et imprévus, sous réserve de sollicitation préalable de MGEN International, la prise en charge se fera, sans surcoût, sur la base des garanties du panier « Etranger ».

27. Que se passe-t-il en cas de départ en mission de plus de 63 jours ?

Si la durée de la mission est supérieure à 63 jours, votre employeur l'indique à la MAEE/MGEN. Vous basculerez sur le panier « Etranger » à compter du 64^{ème} jour de mission. Vos ayants droit éventuels resteront couverts par le panier « France » et ses options le cas échéant, sauf demande contraire.

Par ailleurs, vous devrez vous enregistrer via le site mgeninternational.com pour activer vos services d'assistance et de gestion des frais médicaux à l'étranger.

28. Que se passe-t-il si je ne fais pas appel à MGEN International ?

Vous réglerez directement votre médecin pour la consultation puis adresserez le formulaire de prise en charge des soins à l'étranger (en ligne ou par courrier) à votre caisse de Sécurité sociale pour remboursement de sa part. Ensuite, vous adresserez à MAEE/MGEN via votre Espace personnel sécurisé, le décompte de remboursement et la facture (ou toute autre pièce justificative nécessaire) pour remboursement de la part mutuelle sur la base du panier auquel vous êtes rattaché(e). Contactez MGEN International au +33 1 89 37 02 00.

V. MISE EN PLACE DU CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE SANTE

29. Quels sont les horaires d'ouverture des services MAEE/MGEN ?

Pendant la période d'affiliation au contrat, vous pouvez contacter MAEE/MGEN 24/24h et 7/7j. La ligne dédiée (+339 72 72 02 44) sera ouverte à compter du 27/10/2025 à 8h30, heure de Paris. Vous pourrez retrouver cette information dans les kits de communication mis à votre disposition par votre employeur et sur la page d'accueil dédiée au contrat Santé.

30. Où puis-je retrouver des documents permettant de m'informer sur le contrat (Tableau de garanties, notice d'information, Guide Adhérent, Guide Espace Personnel...)

L'ensemble des documents contractuels et d'information seront disponibles dans votre Espace personnel sécurisé accessible depuis l'adresse <https://maee.monespaceadherent.fr/>.

31. Vais-je être automatiquement affilié(e) au nouveau contrat collectif santé ?

Non. Quelle que soit votre situation, vous devez réaliser un parcours d'affiliation car MAEE/MGEN a besoin au minimum de vos coordonnées bancaires pour effectuer le remboursement des prestations et le prélèvement des cotisations pour les agents en poste à l'étranger. C'est également dans ce parcours que vous pouvez ajouter des options (disponibles sur le panier « France » uniquement) pour compléter votre couverture de base et couvrir votre conjoint(e) et/ou vos enfants.

Si vous ne finalisez pas votre parcours d'affiliation, vous serez affilié(e) de manière automatique à la couverture de base (socle) à la date d'effet du contrat, sans option (disponible sur le panier « France » uniquement) et sans avoir couvert votre conjoint(e) et/ou vos enfants.

32. Que se passe-t-il si je ne finalise pas mon parcours d'affiliation ?

Lorsque le parcours d'affiliation sera fermé, les agents qui ne l'auront pas finalisé seront affiliés d'office au contrat de base et pour eux seuls uniquement.

- Vous êtes agent(e) en France : les cotisations du socle seront prélevées sur votre feuille de paie, mais vous ne pourrez pas bénéficier des prestations tant que MAEE/MGEN n'auront pas connaissance de vos coordonnées bancaires. Vous ne bénéficierez pas non plus des éventuelles options proposées ou de la couverture de votre conjoint et/ou enfants.
- Vous êtes en poste à l'étranger : tant que MAEE/MGEN n'auront pas connaissance de vos coordonnées bancaires, les cotisations ne pourront pas être prélevées. Vous ne pourrez pas non plus bénéficier des prestations. Les cotisations seront mises en recouvrement.

Il est donc nécessaire que vous finalisiez votre parcours d'affiliation ou, le cas échéant demandiez une dispense pour l'un des cas prévus par le [décret n°2022-633 du 22 avril 2022](#).

33. Quelles démarches dois-je effectuer ?

Dans le cadre du parcours d'affiliation au nouveau contrat collectif obligatoire Santé, vous devrez vous munir d'une attestation de droits Sécurité sociale (si votre Sécurité sociale obligatoire n'est pas MGEN) et d'un RIB, pour le remboursement de vos prestations. C'est également dans le parcours d'affiliation que vous pourrez choisir des options pour compléter votre couverture de base (disponible sur le panier « France » uniquement) et couvrir votre conjoint et/ou vos enfants.

34. Où puis-je trouver mon code organisme ?

Ce code est disponible sur votre attestation de droit Sécurité sociale, téléchargeable dans l'Espace personnel de votre Sécurité sociale.

35. Dois-je contacter directement MAEE/MGEN pour m'affilier au contrat collectif obligatoire Santé ?

Vous serez informé(e) individuellement par courriel directement par MAEE/MGEN des actions à accomplir pour :

- Gérer votre affiliation ou demander une dispense ;
- Gérer le cas échéant l'affiliation de vos ayants droit (enfants, conjoint(e)) et le choix de vos options (disponible sur le panier « France » uniquement).

Pour les agents en activité, la première prise de contact avec l'organisme complémentaire se fera via la messagerie professionnelle nominative, sauf cas particuliers. Ensuite, vous aurez la possibilité d'opter pour une autre adresse de courriel que l'adresse professionnelle (adresse personnelle).

Les agents AEFÉ détachés dans le réseau doivent obligatoirement activer leur adresse courriel en @aefe.fr. En cas de difficulté, ils doivent contacter l'assistance AEFÉ <https://assistance.aefe.fr/>.

Si vous êtes déjà adhérent(e) MAEE ou MGEN pour votre complémentaire santé individuelle, la résiliation de votre contrat sera automatique.

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

Chaque agent dispose d'un délai de 21 jours à partir de la réception du courriel contenant le lien au parcours d'affiliation pour finaliser son affiliation au contrat collectif obligatoire Santé,

pour éventuellement affilier ses bénéficiaires (conjoint et/ou enfants) et choisir des options (disponibles sur le panier « France » uniquement).

Passé ce délai, si vous ne finalisez pas votre parcours d'affiliation, vous serez affilié(e) de manière automatique à la couverture de base à la date d'effet du contrat. Vous pourrez encore modifier votre contrat par la suite (ajouter vos ayants droit, choisir vos options si vous êtes couvert(e) par le panier « France ») en contactant MAEE/MGEN via la messagerie de votre Espace personnel sécurisé.

37. Je suis déjà couvert(e) par MAEE ou MGEN au titre d'un contrat individuel santé, dois-je effectuer les mêmes démarches qu'un agent non adhérent ?

Comme il s'agit de la mise en place d'un nouveau contrat collectif obligatoire Santé, MAEE ou MGEN ne peuvent pas utiliser les pièces justificatives communiquées pour un autre contrat. Vous devez donc, même en tant qu'adhérent MAEE ou MGEN, dans le cadre du parcours numérique d'affiliation, vous munir d'une attestation de droits Sécurité sociale (si votre Sécurité sociale obligatoire n'est pas MGEN) et d'un RIB, pour le remboursement de vos prestations.

38. Je relève du régime obligatoire de Sécurité sociale MGEN : y-a-t-il des spécificités pour moi ?

Oui, les agents relevant du régime obligatoire de Sécurité sociale MGEN n'ont pas besoin de leur attestation de droits pour réaliser leur affiliation. Le code organisme sera indiqué dans le parcours d'affiliation.

39. Suis-je contraint(e) de conserver mon adresse courriel professionnelle ou puis-je choisir mon adresse courriel personnelle ?

La première prise de contact et la transmission du lien vers le parcours numérique d'affiliation se fera via votre adresse courriel nominative professionnelle (sauf exceptions). Lors de votre affiliation, vous aurez immédiatement la possibilité de renseigner l'adresse courriel de votre choix.

40. Pourquoi dois-je faire des démarches alors que mon affiliation est obligatoire ?

Réaliser le parcours d'affiliation vous permet d'inscrire immédiatement vos ayants droit (conjoint et enfants), de choisir vos éventuelles options pour renforcer votre couverture (disponibles sur le panier « France » uniquement), de communiquer vos coordonnées bancaires à MAEE/MGEN pour pouvoir bénéficier de vos prestations (remboursements des soins) et de régler vos cotisations (options, ayants droit pour les agents relevant du panier « France » uniquement et l'ensemble de vos cotisations (ayants droit, cotisation complète part agent et employeur) pour les agents en poste à l'étranger). La part employeur vous sera versée avec votre rémunération mensuelle.

Pour les agents éligibles à l'un des cas de dispense prévus par les textes, il permet aussi de formuler une demande de dispense et fournir le justificatif associé

Dans le cas où vous n'auriez pas finalisé le parcours d'affiliation au bout des 21 jours, vous serez affilié(e) de manière automatique à la couverture de base, sans option (disponible sur le panier « France » uniquement) et sans avoir couvert votre conjoint et/ou vos enfants à la date d'effet du contrat (01/01/2026). Dans ce cas, il vous faudra tout de même communiquer vos coordonnées bancaires à MAEE/MGEN afin de pouvoir bénéficier des prestations.

41. A partir de quand puis-je accéder à mon Espace personnel sécurisé ?

L'Espace personnel sécurisé est accessible à partir du lendemain de la finalisation du parcours d'affiliation. Toutefois, ses fonctionnalités seront limitées jusqu'à la date d'effet du contrat, au 1^{er} janvier 2026.

42. Puis-je retrouver mon Espace personnel sécurisé dans une application mobile ?

Oui, vous pouvez accéder à l'Espace personnel sécurisé via l'application mobile « MAEE » à télécharger directement sur votre smartphone.

43. Est-ce que je peux aussi couvrir mes ayants droit (conjoint et/ou enfants) ?

Oui, votre conjoint(e) (marié(e), pacsé(e) ou concubin(e)) et/ou vos **enfants jusqu'à 21 ans*, ou 25 ans* si étudiant, alternant ou apprenti**, et sans limite d'âge si en situation de handicap reconnue par la MDPH**, peuvent être couverts **s'ils sont rattachés à la Sécurité sociale française ou assurés à la Caisse des Français de l'Étranger**.

Ex : un(e) conjoint(e)/un enfant bénéficiant d'une assurance locale ou affilié(e) à une caisse de Sécurité sociale étrangère ne pourra pas être couvert(e) par le contrat.

Néanmoins, la participation financière de l'employeur ne s'étend pas aux ayants droit.

La cotisation pour la couverture de vos enfants a fait l'objet d'une vigilance particulière et se situe parmi les plus faibles du marché, pour permettre de couvrir les enfants. La cotisation est de 45% de la cotisation d'équilibre.

Par défaut, vos ayants droit bénéficieront du même niveau de couverture que vous. Cependant, si vous exercez à l'étranger et si votre conjoint(e) et/ou vos enfants résident en France, vous aurez la possibilité de choisir pour eux le panier « France » (le socle et l'une des trois options si vous le souhaitez).

**Âge à la date d'effet du contrat (01/01/2026)*

**Reconnu handicapé par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.*

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

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

45. Comment affilier mon enfant en situation de handicap au contrat collectif obligatoire Santé ?

Une fois votre affiliation finalisée, rendez-vous dans votre messagerie sécurisée depuis votre Espace personnel MAEE. Vous pourrez alors nous transmettre votre demande, avec toutes les informations relatives à votre enfant (nom de naissance, prénom, sexe, date de naissance, ville de naissance, régime général ou Alsace-Moselle, numéro de sécurité sociale et code organisme de sécurité sociale), accompagnée d'un justificatif de sa situation de handicap (carte mobilité inclusion (CMI) ou justificatif de l'allocation spécifique (allocation d'éducation enfant handicapé (AEEH) ou allocation adulte handicapé (AAH)), d'un IBAN et d'un mandat SEPA si vous ne les avez pas déjà fournis lors votre affiliation.

46. Comment affilier mes ayants droit conjoint et/ou enfants ?

Dans le cadre du parcours d'affiliation, vous aurez 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.

Si vous souhaitez que vos ayants droit bénéficient d'un panier de soins différent du vôtre, vous devrez finaliser votre parcours d'affiliation puis vous rendre sur votre Espace personnel sécurisé. Vous pourrez ensuite déposer votre demande par l'intermédiaire d'un formulaire dédié à transmettre via votre messagerie sécurisée (disponible dans la rubrique « Documents utiles », puis « Bulletin Individuel d’Affiliation – Annexe »).

Par ailleurs, la possibilité d'affilier vos ayants droit est ouverte à tout moment, même après la finalisation du parcours d'affiliation, à partir de votre Espace personnel sécurisé ou en contactant un conseiller MAEE/MGEN.

47. Quelles sont les pièces justificatives nécessaires à la couverture de mon conjoint et/ou de mes enfants ?

Pour couvrir un/des enfant(s) de moins de 25 ans*, aucun justificatif n'est demandé lors de l'affiliation. Cependant, un justificatif pourra être demandé en vie du contrat.

Au-delà de 25 ans*, seul l'enfant en situation de handicap** peut bénéficier du contrat collectif. Dans ce cas, un justificatif sera demandé : la carte mobilité inclusion ou un justificatif de l'allocation spécifique aux personnes handicapées (soit l'allocation d'éducation enfant handicapé (AEEH), soit l'allocation adulte handicapé (AAH)).

Pour couvrir votre conjoint, aucun justificatif n'est demandé.

*Âge à la date d'effet du contrat (01/01/2026)

**Reconnu handicapé par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles.

48. Comment estimer les tarifs qui seront applicables au foyer pour faire mon choix ?

Un simulateur de cotisations vous sera proposé dans le cadre du parcours d'affiliation. Il vous permettra de simuler vos cotisations et celles de vos ayants droit. Cette démarche peut être effectuée par vos soins en toute autonomie ou, si besoin, avec un accompagnement en appelant le numéro dédié qui sera indiqué dans les communications à venir.

49. Comment puis-je souscrire aux options ?

Disponibles sur le panier « France » uniquement, les options sont directement souscrites par les agents auprès de MAEE/MGEN sans passer par l'employeur.

Si vous êtes agent(e) en centrale (MEAE) ou agent(e) du siège (AEFE), vous pourrez choisir vos options lors du parcours d'affiliation. Après l'affiliation, vous pouvez également ajouter une option à tout moment avec prise d'effet au 1^{er} jour du mois suivant, depuis votre Espace personnel. Il est possible de modifier les options une fois par an après une durée initiale de souscription de 12 mois.

Une participation employeur à hauteur de 50% dans la limite de 5 € vous sera versée chaque mois au titre de la souscription d'une option sur votre bulletin de paie.

50. Comment modifier une option ?

Si vous adhérez à une option, vous pourrez la modifier à la hausse ou à la baisse, à effet du 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande complète :

- après une durée minimale d'adhésion de 12 mois dans l'option précédemment souscrite ;

- sans condition de durée d'adhésion, en cas de changement de situation familiale entraînant l'ajout ou la radiation d'un bénéficiaire ayant droit, sous réserve que MAEE/MGEN réceptionne la demande complète (incluant les éventuelles pièces justificatives) dans les 3 mois suivant la survenance de l'événement.

51. Qu'est-il prévu pour les agents qui n'utiliseraient pas d'outils digitaux ?

Un accompagnement téléphonique dédié au numéro +339 72 72 02 44 sera mis en place pour les agents concernés.

52. Les conjoints survivants bénéficiant d'une pension de réversion peuvent-ils adhérer à la couverture santé ?

Oui, ils peuvent y adhérer dans un délai d'un an suivant le décès de l'ouvrant droit.

VI. DISPENSES

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

L'affiliation au contrat collectif santé est obligatoire, mais il existe des cas de dispense prévus par la réglementation ([décret n°2022-633 du 22 avril 2022](#)). Pour bénéficier d'une dispense, vous devez être dans l'une des situations de motifs légaux de dispense et en faire la demande explicite. Si vous êtes concerné, vous pouvez en faire la demande dans votre parcours d'affiliation santé en fournissant les justificatifs correspondants à votre cas de dispense.

54. Quels sont les motifs de dispense ?

Il est possible d'envoyer une demande de dispense dans l'une des situations suivantes :

1- Vous êtes couvert(e) par un contrat santé individuel à la mise en place du contrat collectif ou à la date d'embauche.

Vous êtes déjà couvert(e) par un contrat santé individuel au moment de la mise en place du contrat collectif ou à votre date d'embauche. La dispense temporaire est possible jusqu'à la date d'échéance de votre contrat individuel, dans la limite de 12 mois. Ainsi vous serez tenu(e) d'adhérer au contrat Santé collectif obligatoire à l'échéance de votre contrat individuel, soit au 1^{er} janvier 2027 au plus tard. Cette dispense est non-renouvelable.

2- Vous êtes bénéficiaire en tant qu'assuré(e) d'un contrat collectif santé obligatoire souscrit par un autre employeur.

Vous pouvez faire valoir ce motif de dispense si vous êtes déjà bénéficiaire en tant qu'assuré(e) par un contrat collectif obligatoire Santé souscrit par un autre employeur. Cette dispense est renouvelable annuellement.

3- Vous êtes bénéficiaire en tant qu'ayant droit, à titre facultatif ou obligatoire, d'un contrat collectif obligatoire Santé souscrit par l'employeur de votre conjoint(e).

Vous pouvez faire valoir ce motif de dispense en tant qu'ayant droit, que votre adhésion au contrat collectif de votre conjoint(e) soit obligatoire ou facultative pour elle/lui. Cette dispense est renouvelable annuellement.

4- Vous êtes en CDD et couvert(e) par un contrat santé individuel.

Cette dispense est possible à condition d'être couvert(e) par un autre assureur à titre individuel. Si le CDD est renouvelé, vous devrez faire une nouvelle demande de dispense.

5- Vous êtes bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

Cette dispense est possible jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de cette couverture. Cette dispense est renouvelable annuellement.

6- Vous êtes couvert(e) par le régime complémentaire de la Sécurité sociale des industries électriques et gazières (CAMIEG).

Cette dispense est possible jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de cette couverture. Cette dispense est renouvelable annuellement.

7- Vous êtes bénéficiaire en tant qu'ayant droit d'un contrat santé individuel financé avec un « versement santé » d'un employeur.

Cette dispense est possible jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de cette couverture. Cette dispense est renouvelable annuellement.

8- Vous êtes couvert(e) par un contrat collectif santé pour les militaires.

Cette dispense est possible jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de cette couverture. Cette dispense est renouvelable annuellement.

En tout état de cause, la dispense n'est valable que pour la période pour laquelle vous pouvez justifier d'un des cas de dispense.

55. Quelles sont les démarches à accomplir pour me dispenser ?

Vous devez formuler votre demande et joindre votre justificatif de dispense à MAEE/MGEN lors du parcours numérique d'affiliation. Vous serez bien entendu averti(e) et recevrez toutes les instructions en amont. Pour les justificatifs de dispense avec une date de fin au 31/12/25 ou sans date de fin, vous devrez ajouter directement sur votre justificatif la mention suivante « *J'atteste sur l'honneur que ma couverture est valable jusqu'au 31/12/26* ».

Si vous ne fournissez pas les éléments nécessaires pour être dispensé(e), votre dispense sera refusée. Vous serez alors affilié(e) de manière automatique à la couverture de base.

56. 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 ?

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 bénéficier ni de la participation employeur ni du dispositif des 15€. Par ailleurs, à l'échéance du contrat individuel, il devra rejoindre obligatoirement le contrat santé collectif.

L'agent pourra à tout moment renoncer à sa dispense et demander à adhérer au contrat collectif sans aucune majoration de cotisations.

57. Quand puis-je demander une dispense ?

La dispense peut être présentée au démarrage du nouveau contrat collectif, à votre arrivée au ministère ou à l'AEFE, 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.

58. Si je fais la demande d'être dispensé(e) du nouveau contrat collectif obligatoire Santé et que je conserve ma mutuelle, aurai-je le droit à une part de prise en charge employeur ?

Non. À partir de la mise en place du contrat collectif, la participation forfaitaire de 15€ ne peut plus être versée. La participation financière de l'employeur ne pourra être versée que pour les affiliations au contrat collectif obligatoire Santé MAEE/MGEN retenu par le MEAE et l'AEFE.

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

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

60. Puis-je m'affilier puis demander une dispense plus tard ?

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

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

Les agents contractuels sont tenus d'adhérer au contrat collectif obligatoire dès lors qu'ils sont employés et rémunérés par le MEAE ou l'AEFE.

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 le parcours d'affiliation santé, même en cas de dispense afin que le groupement MAEE/MGEN puisse traiter la dispense et que le MEAE ou l'AEFE soit informé pour éviter une affiliation automatique.

62. Lorsque ma dispense arrive à expiration, dois-je faire une nouvelle démarche pour m'affilier ou est-ce à mon employeur de me demander de justifier à nouveau de ma dispense ?

Vous et votre employeur avez tous les deux des actions à mener : votre employeur devra confirmer à MAEE/MGEN que vous êtes toujours dans ses effectifs et vous devrez faire une nouvelle demande de dispense et joindre le justificatif correspondant.

63. Quelle est la démarche à suivre si je souhaite être dispensé(e) du contrat collectif obligatoire Santé une fois le contrat mis en place ?

Vous pourrez le faire depuis votre Espace personnel sécurisé (rubrique « Mon contrat » puis « Faire évoluer mon offre »). Vous serez redirigé(e) vers le parcours d'affiliation à partir duquel vous pourrez utiliser la fonctionnalité « Je souhaite être dispensé(e) » et joindre votre justificatif de dispense. Pour les justificatifs de dispense avec une date de fin au 31/12/25 ou sans date de fin, vous devrez ajouter directement sur votre justificatif la mention suivante « *J'atteste sur l'honneur que ma couverture est valable jusqu'au 31/12/26* ».

VII. TRANSITION AVEC LE CONTRAT ACTUEL

64. Comment suis-je couvert(e) avant la mise en place du contrat collectif au 1^{er} janvier 2026 ?

D'ici la mise en place du nouveau contrat collectif obligatoire Santé, vous restez couvert(e) par votre contrat santé individuel actuel.

65. Je suis déjà adhérent MAEE ou MGEN : dois-je effectuer des démarches de résiliation pour mon contrat santé actuel ?

En tant qu'adhérent de MAEE ou MGEN, vous n'avez aucune démarche de résiliation à faire.

Pour rappel, dans le cadre de résiliations du contrat individuel, les éventuels bénéficiaires conjoints et/ou enfants sont aussi résiliés.

66. Je suis adhérent(e) au contrat référencé MAEE avec une prévoyance intégrée à mon contrat. La résiliation de mon contrat santé entraîne-t-elle la résiliation du volet prévoyance ou puis-je encore en bénéficier ?

Le contrat référencé MAEE devenant caduque au 31/12/2025, vous ne pourrez plus bénéficier du contrat ni en santé, ni en prévoyance.

67. Je suis adhérent(e) MGEN en complémentaire santé individuelle avec une prévoyance intégrée. La résiliation de mon contrat santé entraîne-t-elle la résiliation du volet prévoyance ou puis-je encore en bénéficier et dans quelles conditions ?

La résiliation de votre complémentaire santé individuelle implique la résiliation du volet Prévoyance également.

68. Je ne suis pas adhérent MAEE/MGEN, est-ce que MAEE/MGEN s'occupe de la résiliation de ma mutuelle actuelle ?

La résiliation pour le compte de l'agent est encadrée de manière très stricte. MAEE/MGEN ne peuvent pas proposer ce service dans le cadre de l'affiliation au contrat collectif car il existe un fort risque d'incompatibilité qui pourrait entraîner des refus ou des doubles couvertures.

Cependant, MAEE/MGEN met à votre disposition un courrier type disponible [ici](#) pour faciliter les démarches.

Vous devez vous rapprocher de votre opérateur actuel pour connaître les modalités et les délais de résiliation de son contrat : elles peuvent différer d'un organisme à l'autre.

Un conseiller MAEE/MGEN peut vous accompagner dans cette démarche.

69. Sous quel délai dois-je mettre fin à ma mutuelle actuelle ?

Pour éviter le chevauchement des contrats et les surcoûts, vous devez vous assurer de soumettre votre demande de résiliation en avance.

- Pour les contrats souscrits il y a plus de 12 mois, l'opérateur actuel doit recevoir sa demande de résiliation au moins **un mois avant la date souhaitée** (ex : pour une résiliation au 31/12/2025, au plus tard le 30/11/2025). Vous devez penser à bien demander à rester couvert jusqu'au 31/12/2025 dans la demande de résiliation.
- Pour les contrats qui n'auront pas encore atteints 12 mois d'existence au 01/01/2026, le contrat est résiliable à sa date d'échéance à condition d'en recevoir la demande au moins 2 mois avant cette date échéance. Si l'échéance du contrat est au 01/01/2026, l'opérateur doit recevoir la demande avant le 31/12/2025.

Vous pouvez aussi demander une dispense d'affiliation jusqu'à l'échéance individuelle de votre contrat (selon conditions).

70. Puis-je avoir deux mutuelles à la fois ?

Oui, vous pouvez cotiser à deux mutuelles à la fois 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 la Sécurité sociale et la mutuelle principale pour les remboursements de soins de santé, sans aucune intervention de votre part.

De plus, le ministère et l'AEFE ne participent qu'à la prise en charge de la mutuelle MAEE/MGEN retenue par le ministère (environ 50% de la couverture santé et à hauteur de 50% dans la limite de 5 € pour les options). Le dispositif des 15€ de participation employeur prend fin au 1^{er} janvier 2026.

Dans le cas d'un cumul de couvertures, bien qu'obligatoire, le contrat socle MAEE/MGEN peut être utilisé comme surcomplémentaire ; dans ce cas, vous pouvez conserver votre mutuelle actuelle pour la télétransmission avec votre organisme de Sécurité sociale.

A noter : En cas de double couverture, les compteurs et plafonds du régime complémentaires définis dans le cadre du contrat responsable sont bien à appréhender par contrat.

Exemple d'un agent doublement couvert qui achète une paire de lunettes

Dépense engagée : 160 € pour la monture et 410 € pour les verres

=> Prise en charge de la monture :

Remboursement « Sécurité sociale + MAEE/MGEN » = 100 € et Remboursement « Autre mutuelle » = 60€

=> Prise en charge des verres :

Remboursement « Sécurité sociale + MAEE /MGEN » = 340 € et Remboursement « Autre mutuelle » = 70€

Dans cet exemple, grâce à l'intervention des deux mutuelles en relais l'une de l'autre, dans la limite des frais engagés, l'agent n'a plus de reste à charge.

VIII. COTISATIONS

71. Quel est le coût du nouveau contrat collectif obligatoire Santé, pour moi et pour mes bénéficiaires ?

Pour aider à comprendre le nouveau contrat santé collectif, le groupement MAEE/MGEN a créé une page dédiée avec un simulateur de cotisations. Cette page sera disponible en amont du parcours d'affiliation, à compter du 27/10/2025 et accessible depuis le lien suivant : <https://www.mgen.fr/meae-aeefe/>.

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

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 :

- 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 d'un 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 hors taxe.
 - La part additionnelle « Fonds d'accompagnement social » est calculée en appliquant un taux de 1,5% à une assiette composée de la part fixe agent et de la part variable solidaire hors taxe.

73. Des augmentations annuelles de la cotisation sont-elles prévues ?

Les cotisations sont maintenues 3 ans et 3 mois, soit jusqu'au 31/03/2029 pour l'intégralité du dispositif, hors évolution légale et réglementaire.

Ensuite, les éventuelles augmentations seront examinées en lien avec la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS), les cotisations pourront évoluer de 3% maximum par an, hors évolution légale et réglementaire.

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

Il n'y a pas de dégressivité dans l'accord mais la gratuité à partir du 3^{ème} enfant sur le panier de soins socle est prévue.

A noter : la cotisation enfants a fait l'objet d'une vigilance particulière et se situe parmi les plus faibles du marché, pour permettre aux agents de couvrir leurs enfants. Elle correspond à 45% de la cotisation d'équilibre.

75. Pourquoi dois-je fournir un RIB ?

Dans le cadre de la mise en place du nouveau contrat collectif obligatoire Santé, MAEE/MGEN ont besoin de vos coordonnées bancaires pour :

- Effectuer le remboursement des prestations ;
- Prélever l'option de l'agent le cas échéant
- Prélever la cotisation et les options le cas échéant des ayants droit ;
- Prélever la cotisation en totalité si vous êtes en poste à l'étranger.

Pour les prélèvements, après transmission du RIB, si vous disposez d'une couverture optionnelle (panier « France » uniquement) et/ou si vous couvrez des ayants droit, nous vous invitons à signer un mandat SEPA pour permettre le prélèvement de cette partie de la cotisation sur votre compte bancaire. Sont également concernés les agents à l'étranger pour la totalité de leur cotisation.

Pour les remboursements, les agents affiliés d'office sont invités à transmettre leur RIB via un bandeau d'alerte sur leur Espace personnel. Si un remboursement est demandé sans IBAN enregistré, un message informe l'adhérent que son remboursement est en attente. A réception

du RIB, les équipes MAEE/MGEN transmettent à l'agent un mandat à retourner signé via la messagerie de son Espace personnel.

76. Est-il possible d'avoir un RIB différent pour les remboursements des bénéficiaires conjoint et/ou enfants ?

Il n'est possible de saisir qu'un seul RIB dans le parcours d'affiliation.

En revanche, une fois l'affiliation terminée, il est possible de fournir un RIB différent pour le versement des prestations des bénéficiaires majeurs via l'Espace Personnel sécurisé. A noter qu'il est possible de fournir un RIB par bénéficiaire majeur pour le remboursement des prestations.

Néanmoins, les cotisations de l'ensemble de la famille seront prélevées sur un seul RIB.

77. Les cotisations du socle apparaîtront-elles sur la fiche de paie ?

Oui, pour le panier « France ». Les cotisations relatives au socle du contrat collectif obligatoire Santé de l'agent exerçant en France seront prélevées sur son salaire et apparaîtront donc sur sa fiche de paie. Par ailleurs, les cotisations au socle des ayants droit seront prélevées sur le compte bancaire de l'agent.

Pour le panier « Etranger », l'intégralité des cotisations sera prélevée sur le compte bancaire de l'agent exerçant à l'étranger.

La participation employeur est versée avec le salaire et apparaît sur le bulletin de paie.

Voir question 85. Quelle sera la participation de l'employeur au nouveau contrat collectif obligatoire Santé ?

78. Le montant de cotisations prendra-t-il en compte les variations de ma rémunération en cours d'année ?

L'assiette de rémunération de la part variable suit les évolutions de la rémunération de l'agent. Elle prend donc en compte les variations de rémunération (ex : CIA, heures supplémentaires etc.). Les parts additionnelles intégrant la part variable dans leur assiette évoluent en conséquence.

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

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 d'un Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

80. Comment sont calculées les cotisations du socle pour les agents à temps partiel ?

Les cotisations sont calculées de la même façon 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 à temps partiel 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.

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

Pour les agents maintenus en cessation temporaire d'activité sans rémunération (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 parental, congé de solidarité familiale, congé de formation professionnelle, et bénéficiaire de l'allocation spécifique de cessation anticipée d'activité) : l'affiliation est obligatoire. La cotisation correspond à la cotisation d'équilibre, à laquelle s'ajoute les cotisations pour le fond des retraités et fond d'action sociale. La cotisation est intégralement payée par l'agent et l'employeur lui reverse sa participation directement.

Pour les agents provisoirement sans rémunération hors cas ci-dessus (disponibilité pour convenance personnelle, congés sans rémunération.) : l'affiliation est facultative. La cotisation correspond à la cotisation d'équilibre, à laquelle s'ajoute les cotisations pour le fond des retraités et fond d'action sociale. La cotisation est intégralement payée par l'agent. L'employeur ne verse aucune participation.

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

Oui, l'ensemble des éléments soumis à CSG/CRDS entre dans l'assiette dans la limite du Plafond mensuel de Sécurité sociale (PMSS).

83. En cas de versement d'une activité accessoire (ex : jury de concours), celui-ci doit-il rentrer dans l'assiette de calcul de la cotisation solidaire ?

Oui, l'ensemble des éléments soumis à CSG/CRDS entre dans l'assiette dans la limite du Plafond mensuel de Sécurité sociale (PMSS).

84. Qu'est-ce que le PMSS ? Quel est son montant en 2026 ?

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 4 005 €/mois pour l'année 2026 et il est revu chaque année au 1^{er} janvier.

85. Quel est le coût des options ?

Pour aider l'agent à comprendre son nouveau contrat santé collectif, le groupement MAEE/MGEN a créé une page dédiée avec un simulateur de cotisations accessible en amont du parcours d'affiliation. Le lien sera accessible depuis l'intranet de votre employeur.

86. Quelle est la participation de l'employeur au nouveau contrat collectif obligatoire Santé ?

Avec le nouveau dispositif de Protection sociale complémentaire, 50% de la cotisation d'équilibre du socle du panier « France » ou du panier « Etranger » est pris en charge par l'employeur, soit :

- Pour le panier « France » : 38,32€ pour les agents du régime général et 30,66€ pour les agents du régime Alsace-Moselle ;
- Pour le panier « Etranger » : 75,14€ pour les agents en poste à l'étranger ou en mission de renfort de plus de 2 mois et 2 jours.

Ainsi, en moyenne, la moitié de la cotisation de l'agent est prise en charge par l'employeur (la part agent peut varier en fonction du traitement de l'agent).

L'employeur participe au financement d'une option facultative à hauteur de 50% et dans la limite de 5€ pour l'agent uniquement.

Sur le bulletin de salaire, sont indiquées une ligne pour la participation de 50% de la cotisation d'équilibre (France et Etranger) et une ligne de participation pour l'option le cas échéant (France seulement). Voir question 76. Les cotisations du socle apparaîtront-elles sur le bulletin de paie ?

A noter : il n'y a pas de participation employeur prévue pour les bénéficiaires conjoint et/ou enfants.

87. Est-ce que toutes les cotisations "individuelles ou familiales", socle, option 1, option 2, option 3 sont précomptées sur le salaire ?

Non, seules les cotisations des agents en France correspondant aux garanties du socle obligatoire sont précomptées sur le salaire, c'est-à-dire la cotisation socle de l'agent.

Seront prélevées sur compte bancaire :

- Les options facultatives,
- Les extensions de couverture au profit des bénéficiaires,
- Les cotisations des agents à l'étranger et de leurs éventuels ayants droit.

88. Des augmentations annuelles de la cotisation sont-elles prévues ?

Les cotisations sont maintenues jusqu'au 31/03/2029 pour l'intégralité du dispositif, hors évolution légale et réglementaire.

89. Comment va s'effectuer le paiement de la cotisation du conjoint et/ou des enfants ?

La cotisation du conjoint et/ou des enfants s'effectuera par prélèvement sur votre compte bancaire.

90. Quelle est la cotisation du conjoint et/ou des enfants ?

Pour vous aider à comprendre votre nouveau contrat santé collectif, le groupement MAEE/MGEN a créé une page dédiée avec un simulateur de cotisations accessible en amont et pendant le parcours d'affiliation.

A noter : le nouveau dispositif comprend des mécanismes de solidarité :

- *Pour le conjoint : cotisation plafonnée à 100% de la cotisation d'équilibre ;*
- *Pour les enfants de - de 21 ans : cotisation plafonnée à 45% de la cotisation d'équilibre ;*
- *Gratuité de la cotisation socle du 3ème enfant de - de 21 ans et des suivants.*

91. Peut-on résilier le contrat MAEE/MGEN après 12 mois d'engagement ?

Le nouveau contrat collectif santé est à adhésion obligatoire. À la différence d'une couverture individuelle, il ne sera pas possible de résilier le contrat dans le cadre de la résiliation infra-annuelle. Le seul cas de résiliation possible est celui lié à une demande de dispense comme l'affiliation à la couverture obligatoire du conjoint, par exemple.

92. Pour la part variable de la cotisation de l'agent, faut-il tenir compte uniquement du traitement indiciaire ou également des primes et avantages ?

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

- 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, incluant donc les primes et indemnités, dans la limite d'un 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 hors taxe.
 - La part additionnelle « Fonds d'accompagnement social » est calculée en appliquant un taux de 0,5% à une assiette composée de la part fixe agent et de la part variable solidaire hors taxe.

93. La cotisation est-elle calculée mensuellement en référence à ma paie ?

La cotisation peut varier de mois en mois en fonction de votre rémunération car vous participez à hauteur de 20% de la cotisation d'équilibre mais aussi à hauteur de 30% pour la participation solidaire qui dépend de votre rémunération.

IX. REMBOURSEMENTS

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

Non, cela relève de la compétence de la Sécurité sociale. Cependant, vous devez indiquer dans votre parcours d'affiliation si vous souhaitez ou non activer cette télétransmission.

Si, au bout d'un mois, vous vous apercevez que la télétransmission n'est toujours pas effective avec MAEE/MGEN, vous devez vous adresser à votre ancienne mutuelle, qui n'a sans doute pas rompu le lien NOEMIE.

Si des soins ont eu lieu sans que la télétransmission ne fonctionne, alors vous devez renvoyer votre décompte de Sécurité sociale via votre Espace personnel sécurisé, et MAEE/MGEN procéderont aux remboursements.

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

Le contrat collectif obligatoire Santé ne prévoit pas de délai de carence pour le bénéfice des garanties.

Sauf mention contraire, MAEE/MGEN rembourseront seulement les soins et équipements pris en charge par la Sécurité sociale. La Caisse des Français de l'Étranger peut appliquer des délais de carence pour ses remboursements ; le cas échéant MAEE/MGEN ne pourra pas intervenir en complément.

96. Le contrat collectif obligatoire Santé inclut-il le dispositif 100% Santé ?

Oui, le contrat inclut le 100% Santé sur les postes optique, dentaire et audiologie. Pour rappel, ce dispositif permet à tous les assurés d'accéder à certains soins essentiels sans reste à charge, grâce à la prise en charge conjointe de l'Assurance maladie et de la complémentaire santé. Il concerne trois domaines : l'optique (lunettes), le dentaire (prothèses) et l'audiologie (appareils auditifs), avec des équipements de qualité proposés à 0 €.

A noter : le dispositif du 100% Santé ne s'applique pas à l'étranger.

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

Pour les achats d'équipements optiques (lunettes, lentilles), MAEE/MGEN mettent à votre disposition le réseau Kalixia qui vous permet, lorsque vous vous rendez chez l'un des 6 000 opticiens partenaires, de bénéficier de la dispense d'avance de frais et de tarifs négociés sur un large choix d'équipements, avec un reste à charge maîtrisé ou nul.

Le socle de garantie a été défini au niveau interministériel et les options (disponibles sur le panier « France » uniquement) résultent des négociations entre l'employeur et les représentants du personnel. Ces garanties permettent un bon niveau de couverture sur ce poste.

A noter : le réseau Kalixia n'est disponible qu'en France.

98. Suis-je obligé(e) de passer par des opticiens partenaires MAEE/MGEN ?

Vous êtes libre de choisir l'opticien de votre choix.

En se rendant chez un opticien partenaire Kalixia ou sur les sites de ventes de lentilles en ligne partenaires Kalixia Contacto 2.0, vous aurez la certitude de bénéficier de la dispense d'avance de frais, de tarifs négociés et de services inclus (garantie casse, filtre UV pour les enfants, traitements amincis...) sur un large choix d'équipements.

A noter : le réseau Kalixia n'est disponible qu'en France.

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

Le socle de garantie a été défini au niveau interministériel et les options (disponibles sur le panier « France » uniquement) résultent des négociations entre l'employeur et les organisations syndicales. Ces garanties permettent un bon niveau de couverture sur ce poste.

MAEE/MGEN mettent par ailleurs à votre disposition le réseau Kalixia qui vous permet, lorsque vous vous rendez chez l'un des 7 250 chirurgiens-dentistes partenaires, de bénéficier de la dispense d'avance de frais et de tarifs négociés sur des prothèses dentaires, de l'orthodontie ou de l'implantologie.

A noter : le réseau Kalixia n'est disponible qu'en France.

100. Quelles sont les démarches à effectuer pour être remboursé(e) ?

Pour les soins exécutés à compter du 01/01/2026, vous êtes couvert(e) par votre nouveau contrat collectif obligatoire Santé.

Pour vos remboursements en France

- Vous utilisez votre carte Vitale et la télétransmission est active ?
En présentant votre carte Vitale (pour le Régime obligatoire) et votre carte de tiers payant (pour le Régime complémentaire), vous pourrez bénéficier d'un remboursement automatique. Le tiers payant vous dispense de l'avance de frais chez les professionnels de santé qui acceptent ce mode de fonctionnement.
- La télétransmission n'est pas active et/ou vous n'avez pas pu bénéficier du tiers payant ?
Pour le Régime obligatoire : transmettez la facture à votre caisse de Sécurité sociale.
Pour le Régime complémentaire : une fois le décompte reçu, déposez-le accompagné de la facture du soin concerné dans votre Espace personnel sécurisé MAEE/MGEN. D'éventuelles pièces justificatives pourront vous être demandées selon le type de soins.

Pour vos remboursements à l'étranger

- Pour le Régime obligatoire :
 - Vous avez mis à jour votre carte Vitale et créé votre compte ameli ?
Complétez le formulaire Cerfa S3125 « Soins reçus à l'étranger » directement sur votre espace ameli.fr. Les comptes ameli limitent le nombre de demandes à deux tous les 15 jours. Pour autant, chaque demande peut comporter plusieurs soins, à plusieurs dates, effectués chez plusieurs spécialistes. Les demandes peuvent également porter sur des soins reçus par vos ayants-droits.
 - Votre organisme de Sécurité sociale est MGEN et votre compte ameli n'est pas actif ?
A titre dérogatoire, vous pouvez utiliser l'ancien Espace mgen.fr pour déposer vos demandes de remboursement.
- Pour le Régime complémentaire : transmettez le décompte de votre caisse de Sécurité sociale et la facture du soin concerné via votre Espace personnel sécurisé MAEE/MGEN.

101. Comment suis-je couvert(e) pour les soins exécutés en 2025 ? Quelles sont les démarches à effectuer pour les soins exécutés en 2025 ?

Pour les soins exécutés en 2025, vous êtes couvert(e) par votre ancienne couverture Santé.

Pour les demandes de remboursement n'ayant pas encore été transmises

- Pour le Régime obligatoire :
Les soins faisant l'objet d'une prise en charge par le Régime obligatoire doivent d'abord être envoyés à votre caisse de Sécurité sociale au titre de l'année 2025.
Si votre organisme de Sécurité sociale était MGEN (ou ex-Centre 533) :
 - Si vous avez créé votre compte ameli, déposez-les sur ameli.fr ;
 - Sinon, vous pouvez utiliser l'ancien Espace mgen.fr
- Pour le Régime complémentaire :
 - Pour les agent(e)s qui étaient couvert(e)s sur l'offre référencée MAEE : les demandes de remboursement doivent être envoyées à MAEE (par téléphone au +33 1 43 17 54 00 ou par courriel à bgd@maee.fr).
 - Pour les agent(e)s qui étaient couvert(e)s par MGEN : les demandes pourront être adressées via votre ancien Espace personnel sécurisé MGEN.
 - Pour les agent(e)s qui étaient couvert(e)s par une autre couverture complémentaire : veuillez vous rapprocher de cette dernière.

Pour les demandes de remboursement transmises à MAEE / MGEN depuis le 1^{er} janvier

- Pour le Régime obligatoire :
Les soins faisant l'objet d'une prise en charge par le Régime obligatoire doivent d'abord être envoyés à votre caisse de Sécurité sociale au titre de l'année 2025.
Si votre organisme de Sécurité sociale était MGEN (ou ex-Centre 533) :
 - Si vous avez créé votre compte ameli, déposez-les sur ameli.fr ;
 - Sinon, vous pouvez utiliser l'ancien Espace mgen.fr
- Pour le Régime complémentaire :

- Pour les agent(e)s qui étaient couvert(e)s sur l'offre référencée MAEE : les demandes de remboursement déjà transmises à MGEN devront être renvoyées à MAEE (par téléphone +33 1 43 17 54 00 ou par courriel à bgd@maee.fr).
- Pour les agent(e)s qui étaient couvert(e)s par MGEN : les demandes déjà transmises à MGEN pourront être directement traitées.
- Pour les agent(e)s qui étaient couvert(e)s par une autre couverture complémentaire : veuillez vous rapprocher de cette dernière.

102. J'ai une hospitalisation prévue durant le changement de couverture santé, quand vais-je recevoir ma nouvelle carte de tiers payant ?

La carte de tiers payant sera mise à disposition sur l'Espace personnel sécurisé 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(e) par le nouveau contrat pour cette hospitalisation à partir du moment où elle aura débuté, après le 31 décembre 2025 ou après sa date d'entrée dans le contrat.

103. Quels sont les délais de remboursement à compter de l'acte ou de la transmission de la demande ? Les demandes de remboursement peuvent-elles être réalisées en ligne ?

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

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

Il faut compter 8 jours ouvrés à réception du dossier complet pour toutes pièces adressées en parallèle.

A noter : le délai de 48h ne s'applique pas aux soins réalisés à l'étranger.

104. Puis-je bénéficier de la télétransmission ?

Oui. Si vous souhaitez bénéficier de la télétransmission, vous devrez saisir manuellement votre code organisme sur l'écran « Adhérer au contrat » du parcours d'affiliation santé. Ce code est disponible sur l'attestation de droit, téléchargeable depuis l'Espace personnel de la Sécurité sociale de l'agent, ou directement dans le parcours pour les agents rattachés à la Sécurité sociale MGEN.

Puis, vous devez résilier votre complémentaire santé actuelle pour permettre au Régime obligatoire (MGEN, CPAM ou autre) de mettre en place le lien NOEMIE.

A noter : lorsque les soins sont effectués à l'étranger, la télétransmission n'est pas suffisante. Vous devrez transmettre à MAEE/MGEN via votre espace personnel sécurisé vos factures et vos éventuels décomptes de remboursements de la Sécurité sociale pour obtenir le remboursement de vos soins.

105. Quelle confidentialité des soins par rapport à l'employeur ?

MAEE et MGEN garantissent la confidentialité des données médicales qu'elles seraient amenées à traiter dans le cadre de votre couverture santé, dans le respect de la réglementation en vigueur.

L'employeur n'aura jamais accès aux données médicales individuelles.

106. Un cabinet médical refuse de pratiquer le tiers payant avec MAEE/MGEN. Que faire ?

Bien que le tiers payant soit pratiqué par la majorité des professionnels de santé, ces derniers demeurent libres de l'appliquer ou non.

Nous vous invitons à bien présenter votre carte de tiers payant MAEE/MGEN sur laquelle figure l'opérateur de tiers payant Viamedis.

MAEE/MGEN soutiennent la généralisation du tiers payant auprès de tous les professionnels de santé.

107. MAEE/MGEN peuvent-elles garantir la protection de mes données personnelles et celles de mes ayants droit ?

MAEE, par le biais de MGEN, a mis en place des procédures au travers d'une gouvernance et de mesures organisationnelles et techniques assurant le traitement des données personnelles aux fins d'affiliation et de gestion du contrat collectif des agents du ministère de la culture dans le respect du RGPD.

MGEN s'inscrit dans la performance, la robustesse et l'évolutivité de son SI, configuré et éprouvé pour gérer des volumétries de plusieurs millions d'adhérents. Il intègre toutes les exigences réglementaires liées à la protection des données personnelles (RGPD/CNIL).

- MGEN a rédigé des procédures afin de documenter sa conformité au RGPD : Une politique de confidentialité est disponible sur son site public mgen.fr
- Un registre des traitements décrivant l'ensemble des traitements des données personnelles réalisés par la mutuelle et répondant aux exigences de l'article 30 du RGPD.
- Une procédure de gestion des violations des données existe : en cas de violation de données, MGEN dispose d'un dispositif permettant l'évaluation des impacts sur les personnes concernées et la notification le cas échéant à la CNIL et aux personnes concernées.
- Une procédure décrit également le circuit de gestion des exercices de droits : les adhérents peuvent exercer leurs droits prévus au RGPD via différents canaux.

Les collaborateurs sont tenus à une stricte confidentialité des données qu'ils traitent dans le cadre de leur activité. Cette obligation est présente dans les contrats de travail et dans le Règlement Intérieur. Les collaborateurs sont également formés aux enjeux de la protection des données et des obligations prévues par le RGPD via des e-learning obligatoires et des formations pratiques régulièrement dispensées par l'équipe du DPO.

X. FIN DE LA RELATION DE TRAVAIL

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

En cas de fin de contrat, vous pouvez conserver votre couverture santé collective, pendant un temps limité, mais elle sera subordonnée à la décision d'indemnisation de France Travail. 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 du 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 pas due à une faute lourde ou un départ à la retraite.
- Vous devez être inscrit(e) comme demandeur(euse) d'emploi et être indemnisable à ce titre par votre régime d'Assurance chômage.
- Vous devez avoir adhéré au contrat de santé collectif avant votre départ du ministère ou de l'AEFE.

Vous serez maintenu(e) sur le même niveau de couverture. Vos ayants droit seront également maintenus s'ils étaient rattachés au contrat. Aucune cotisation ne sera réclamée. Vous devrez régulièrement justifier auprès de MAEE/MGEN de votre situation en lien avec France Travail, y compris si votre employeur est en auto-assurance et vous indemnise directement selon les règles de l'Assurance chômage.

109. Comment l'employeur va-t-il communiquer à MAEE/MGEN la liste des agents concernés par la portabilité des droits (maintien des garanties) et les suivre ?

L'employeur déclare à MAEE/MGEN la sortie de l'agent des effectifs avec le motif correspondant. Si ce motif ouvre droit à la portabilité, alors elle sera mise en place automatiquement pour l'agent, sans démarche de sa part, en fonction des informations transmises par l'employeur à MAEE/MGEN.

Pour bénéficier de la portabilité, l'agent doit transmettre tous les 3 mois son justificatif France Travail. A défaut de réception, les droits seront suspendus.

Si la situation professionnelle change, soit si les conditions liées à France Travail ne sont plus remplies ou si l'agent ne souhaite plus bénéficier du dispositif, l'agent peut à tout moment demander la fin de la portabilité.

110. Comment est gérée la fin de l'affiliation d'un agent ?

La fin d'affiliation d'un agent est adressée par l'employeur à MAEE/MGEN par la paie et la Déclaration Sociale Nominative mensuelle (DSN).

111. Un agent ayant un CDD de 5 mois bénéficiera-t-il de la portabilité pendant 5 mois ou pendant 12 mois ?

La portabilité s'effectue au prorata de son activité passée donc dans ce cas, il pourra en bénéficier pendant 5 mois.

112. Un CDD de trop courte durée peut ne pas ouvrir de droits au chômage. La portabilité est-elle impactée ?

La portabilité exige le respect des conditions d'ouverture de droit à prise en charge de l'assurance chômage. La décision de France Travail sur le caractère indemnisable au titre du chômage est une des conditions de maintien des droits à la complémentaire santé.

113. Le maintien des options en cas de portabilité est-il également gratuit ? Et pour les ayants droit ?

Oui, le maintien des options en cas de portabilité est également gratuit, pour l'agent et pour les ayants droit.

A noter : l'agent ne pourra pas changer son niveau de couverture en portabilité ou ajouter de nouveaux ayants droit.

114. Les bénéficiaires d'un agent décédé bénéficient-ils de la portabilité ?

Les bénéficiaires d'un agent décédé pourront demander à s'affilier à titre facultatif au contrat collectif en tant que veuf ou orphelin. Ils pourront effectuer leur demande d'affiliation dans les 12 mois suivants la date du décès de l'agent. Ils seront redevables d'une cotisation.

115. Quel est le traitement fiscal de la portabilité ?

Il n'y a pas de cotisation dans le cadre de la portabilité, donc pas d'incidence fiscale.

XI. CAS PARTICULIERS

116. J'ai prévu d'effectuer une mobilité cette année, suis-je obligé(e) d'adhérer au contrat collectif obligatoire Santé du ministère et de l'AEFE ?

Oui, votre adhésion est obligatoire même si vous envisagez une mobilité (sauf cas de dispense). Il est donc important que vous réalisiez votre parcours d'affiliation.

117. Comment se passe l'affiliation en cas de détachement, Position Normale d'Activité et Mise à Disposition ?

Le principe est celui de la prise en charge de la Protection sociale complémentaire (PSC) par l'employeur qui rémunère l'agent. Ci-dessous un tableau récapitulatif des différentes situations :

Position de l'agent	Organisme payeur	Régime PSC applicable
Agent d'autres administrations en détachement entrant (dont détachements sur contrat)	MEAE ou AEFE	Affiliation à la PSC MEAE AEFE
Agent du MEAE ou de l'AEFE en détachement sortant (dont détachements sur contrat)	Administration d'accueil	Affiliation à la PSC de l'administration d'accueil
Agent d'autres administrations en PNA entrant	MEAE ou AEFE	Affiliation à la PSC MEAE AEFE
Agent du MEAE ou de l'AEFE en PNA sortant	Administration d'accueil	Affiliation à la PSC de l'administration d'accueil
Agent d'autres administrations en MAD entrant	Administration d'origine	Affiliation à la PSC de l'administration d'origine
Agent du MEAE ou de l'AEFE en MAD sortant	MEAE ou AEFE	Affiliation à la PSC MEAE AEFE

118. Je suis actuellement en disponibilité pour raison de santé. Dois-je m'affilier au contrat santé souscrit par le MEAE et l'AEFE ?

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

Les agents se trouvant dans l'une de ces positions doivent s'affilier au contrat collectif obligatoire Santé comme les agents actifs, sauf s'ils ont un motif de dispense.

119. Si mon conjoint travaille également au ministère de l'Europe et des Affaires étrangères ou à l'AEFE, dois-je m'affilier directement ou bien dois-je me dispenser pour être ayant droit ?

Si vous et votre conjoint(e) travaillez au MEAE ou à l'AEFE, vous devez tous les deux vous affilier sur le contrat MAEE/MGEN. Chacun recevra ainsi une participation de l'employeur à hauteur de 50 % de la cotisation d'équilibre.

120. Un couple de fonctionnaires peut-il s'affilier à une seule mutuelle ou chaque personne est-elle obligatoirement rattachée au contrat de son employeur ?

D'ici le 1^{er} janvier 2027, chaque membre d'un couple de fonctionnaires se verra proposer par son administration un contrat de Protection sociale complémentaire à adhésion obligatoire, avec une participation employeur à hauteur de 50 % de la cotisation d'équilibre.

Pour que chaque membre du couple bénéficie de la participation employeur, ils ont un intérêt financier à s'affilier tous deux en tant qu'agents actifs sur le contrat de leur employeur.

121. Que se passe-t-il en cas de non-renouvellement de détachement ? Est-ce que le rattachement au contrat santé cesse tout de suite, ou existe-t-il un délai pour rejoindre le contrat de la nouvelle administration d'accueil ?

A la fin du détachement, comme pour toute mobilité, vous serez rattaché(e) à la mutuelle de votre employeur d'origine ou de votre nouvel employeur (dans le cadre d'un nouveau détachement) et pourrez bénéficier de la prise en charge de 50% de la cotisation d'équilibre, ou faire valoir un cas de dispense le cas échéant.

122. Les stagiaires, volontaires et apprentis sont-ils concernés par la PSC ?

Cas du stagiaire : Les fonctionnaires stagiaires rémunérés par le MEAE ou l'AEFE intègrent la PSC. Ce n'est pas le cas des stagiaires IRA avant intégration ni des stagiaires étudiants (avec ou sans gratification).

Cas du volontaire international : les volontaires internationaux ne sont pas concernés par le dispositif PSC. Ils ne peuvent pas être couverts par le contrat collectif obligatoire.

Cas de l'apprenti : comme tous les contractuels, il y a une obligation de couverture pour l'employeur, il doit donc rejoindre le dispositif. Cependant il peut demander une dispense du fait que son contrat est à durée déterminée et le justifie dûment.

123. Les agents en congé parental doivent ils payer la part de cotisation qui incombe à l'employeur ?

La cotisation d'un bénéficiaire actif en position de congé parental est fixée à 50% de la cotisation d'équilibre d'un bénéficiaire actif (arrêté du 30 mai 2022). L'agent placé dans l'une de ces situations conserve la qualité de bénéficiaire actif. Il devra s'acquitter de la cotisation totale, par agent et employeur. La part fixe employeur lui sera remboursé par la paie.

124. Quelle obligation d'affiliation au contrat collectif obligatoire Santé pour les agents en suspension d'activité avec ou sans maintien de rémunération ?

L'affiliation des contractuels est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail (détention provisoire, congé pour création d'entreprise, disponibilité hors cas prévus par le décret du 22 avril 2022...), qu'elle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur. Le montant des cotisations est identique à celui d'un actif.

S'il n'y a ni maintien de salaire, ni revenu de remplacement, le contractuel dont le contrat de travail est suspendu peut demander à continuer de bénéficier du contrat collectif santé dans les mêmes conditions que celles des agents actifs, sous réserve du paiement de la totalité des cotisations par prélèvement sur compte bancaire.

XII. RETRAITÉS

125. Un retraité peut-il bénéficier du nouveau contrat collectif ?

L'agent retraité a le choix de basculer sur le nouveau contrat collectif Santé, sans participation de l'employeur, ou de rester sur son contrat individuel actuel. Cependant, il ne peut souscrire qu'au panier « France » du contrat collectif santé.

126. Je suis bientôt retraité(e) : suis-je obligé(e) d'adhérer au nouveau contrat collectif ?

Sauf cas de dispense et tant que vous êtes en activité, vous devez obligatoirement souscrire au contrat collectif mis en place par l'employeur. Au moment du départ à la retraite, vous pourrez souscrire à l'offre prévue pour les retraités, si vous étiez bénéficiaire actif(ve) de ce contrat, ou prévoir une autre solution d'assurance en souscrivant à une complémentaire santé individuelle. Les conseillers MAEE/MGEN seront à votre disposition pour vous informer et vous accompagner.

Pour rappel, les agents en détachement à l'AEFE ou au MEAE réintègrent leur administration d'origine pour être mis à la retraite. Ils pourront souscrire au contrat collectif de celle-ci.

127. Prochainement à la retraite ; suis-je obligé(e) de mettre fin à mon contrat santé collectif souscrit au MEAE/ à l'AEFE pendant ma période d'activité ? Si non, quelles conditions financières me sont accordées ?

Les retraités initialement bénéficiaires du contrat collectif Santé en tant qu'actifs doivent formuler auprès de MAEE/MGEN leur demande de poursuite de couverture dans un délai d'un an suivant leur cessation d'activité. MAEE/MGEN prendront alors en compte leur demande d'affiliation.

Les retraités avant le 1^{er} janvier 2026 doivent formuler leur demande d'affiliation dans un délai de deux ans suivant la date à laquelle ils ont été informés de la mise en place de la garantie santé.

Les garanties des retraités sont identiques à celles des actifs sans limite dues à l'âge. Cependant, un retraité du MEAE ou de l'AEFE peut souscrire au panier « France » uniquement, même s'il exerçait à l'étranger et bénéficiait du panier « Etranger » auparavant.

Cette possibilité ne concerne pas les agents en détachement qui rejoignent obligatoirement leur administration d'origine.

128. Quelle est la cotisation pour les agents retraités ?

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.

129. Est-ce qu'un retraité peut bénéficier du nouveau contrat collectif obligatoire Santé ?

Les agents déjà retraités à la date de prise d'effet du nouveau contrat collectif santé pourront s'y affilier dans un délai de 24 mois.

Après la date d'effet du contrat collectif Santé, les nouveaux retraités disposeront de 12 mois à compter de leur date de départ en retraite pour s'y affilier.

130. Dans le délai d'un an dont dispose un retraité pour faire le choix de s'affilier au contrat collectif Santé, peut-il demander son affiliation à n'importe quel moment ?

Le nouveau retraité dispose d'un an, à compter de son départ en retraite, pour faire le choix de s'affilier au nouveau contrat collectif Santé, conformément à la réglementation PSC FPE. Il doit donc résilier son contrat individuel avant cette échéance.

Après l'expiration du délai d'un an, la résiliation pourra être demandée à tout moment, et prendra effet un mois après la notification par le bénéficiaire.

131. Un retraité exerçant une activité professionnelle peut-il s'affilier au nouveau contrat collectif santé ?

Un retraité exerçant une activité professionnelle ne peut pas s'affilier au nouveau contrat collectif Santé.

132. Est-ce qu'un retraité qui choisirait de ne plus être couvert par le contrat collectif santé pourrait à nouveau solliciter sa demande d'affiliation par la suite ?

Les agents retraités qui choisiraient de ne plus être couverts par le contrat collectif Santé ne pourront plus demander leur affiliation par la suite.

XIII. RAPPEL CONCERNANT LE REGIME OBLIGATOIRE

133. MGEN gère-t-elle aussi le régime obligatoire ?

Agent titulaire ou titulaire-stagiaire :

Oui, c'est MGEN (Mutuelle générale de l'éducation nationale) qui gère la Sécurité sociale des personnels titulaires ou titulaires-stagiaires du MEAE et de certains agents de l'AEFE. Ces agents dépendent donc de la section MGEN dont relève leur lieu de travail.

Les personnels doivent, dès leur titularisation, faire la demande de transfert de leur dossier de Sécurité sociale de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dont ils dépendent vers MGEN. MGEN prend en charge ce transfert, à condition d'avoir été saisie par l'agent de sa demande de transfert.

Agent non titulaire (contractuel(e), apprenti(e)...) :

Non, ce n'est pas MGEN qui gère leur régime obligatoire. Ces agents restent affiliés à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM, MSA, CNMSS...) dont dépend leur domicile. Ils n'ont aucune démarche à effectuer.

Dans les deux cas, MAEE/MGEN mettront en place les flux permettant des remboursements automatiques, sous réserve d'y avoir consenti lors de l'affiliation.

134. J'ai reçu un courrier et/ou un courriel évoquant des changements concernant mon Régime obligatoire MGEN. Cela a-t-il un impact sur mon contrat collectif obligatoire Santé ?

Non. Le message que vous avez reçu concerne uniquement la gestion de votre Régime obligatoire (Sécurité sociale). Le contrat collectif obligatoire Santé mis en place par votre employeur, le MEAE ou l'AEFE, est totalement indépendant. Lors de votre parcours d'affiliation au contrat collectif Santé, vous serez guidé(e) pour indiquer le code organisme de votre Sécurité sociale.

135. Comment faire parvenir ma demande de remboursement à mon organisme de Sécurité sociale ?

Pour toute demande de remboursement de soins à l'étranger, vous devez compléter directement dans l'espace ameli le formulaire S3125. Le formulaire n'a pas besoin d'être joint, l'ensemble de ses informations étant déjà saisies dans la demande.

Les comptes Ameli limitent le nombre de demandes à deux tous les 15 jours. Pour autant, chaque demande peut comporter plusieurs soins, à plusieurs dates, effectués chez plusieurs spécialistes. Les demandes peuvent également porter sur des soins reçus par ses ayants-droits.

136. Quelles sont les démarches à réaliser auprès du Régime obligatoire pour la déclaration d'une naissance à l'étranger ?

Le mode opératoire de la CNAM est d'envoyer par courrier (papier) le formulaire S3705 disponible dans Ameli. Il doit être complété et accompagné d'un justificatif de naissance (acte de naissance ou pièce authentifiée). Les agents ont également la possibilité d'utiliser leur Espace Personnel MGEN Régime obligatoire pour déposer ces documents ou de l'envoyer par voie postale à l'adresse suivante :

MGEN Régime obligatoire
TSA 81514
53106 MAYENNE CEDEX

Après transmission de ces documents, le délai d'immatriculation dépend de la CNAM.