

# PSC Santé, affiliation

Les affiliations ont débuté le 8 octobre dernier selon le calendrier prévisionnel suivant :

- du 8 octobre à fin novembre 2025 : zone A : Besançon, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Limoges, Lyon, Poitiers
- **de fin novembre 2025 à mi-janvier 2026** : zone B : Aix-Marseille, Amiens, Caen, Lille, Nancy-Metz, Nantes, Nice, **Orléans-Tours**, Reims, Rennes, Rouen, Strasbourg
- de mi-janvier à fin février 2026 : zone C : Créteil, Montpellier, Paris, Toulouse, Versailles, académie de Corse, départements et régions d'outre-mer

Voici des captures d'écran afin de mieux comprendre le déroulé de la procédure d'affiliation.

## Bienvenue

Votre employeur a **souscrit pour vous une mutuelle santé collective à affiliation obligatoire**.

Il est essentiel d'**effectuer dès maintenant les démarches indispensables** pour réaliser votre affiliation au nouveau contrat et ainsi être remboursé de vos frais de santé.

Vous pouvez également faire une demande de dispense selon les conditions prévues par votre employeur et la réglementation.

Finalisez votre affiliation ou votre demande de dispense dès maintenant.

[Réaliser mes démarches](#)

## Les grandes étapes

Une fois la démarche terminée, vous disposerez d'une **complémentaire santé** et pourrez ainsi **être remboursé(e)** de vos **frais de santé**.

1

Je crée mon identifiant sécurisé

2

J'ajoute mes  
bénéficiaires conjoint  
et/ou enfants

3

Je signe mes documents  
en ligne

## Mon affiliation santé

Mon contrat santé

**Éducation Jeunesse Sports Enseignement Supérieur Recherche**

Bonjour

Bienvenue chez MGEN !

Votre employeur a souscrit un contrat santé collectif dont vous bénéficiez automatiquement au même titre que tous les agents relevant de votre Ministère.

### Astuce

Dès cette étape, les données sont enregistrées à chaque étape et vous pouvez reprendre plus tard, sans que les données ne soient perdues.

Vous disposez aussi de la possibilité d'enregistrer et de reprendre plus tard, là où vous vous êtes arrêté.

[Démarrer l'adhésion](#)

## Vous souhaitez être dispensé ?

Certaines situations permettent de demander une dispense ou de la renouveler

[Demander une dispense](#)

Avant d'effectuer votre demande :


- Vérifier si vous êtes éligible à la dispense.
- Préparer l'attestation à fournir.

Important :

- Pour chacun des motifs ci-dessous, il vous sera demandé de fournir un justificatif (attestation de couverture ou de droits).
- La dispense doit être renouvelée chaque année. Sinon la couverture santé de votre entreprise prendra effet.
- Vous pourrez à tout moment renoncer à votre dispense et demander une adhésion au contrat collectif santé mis en place par votre employeur, sans aucune majoration de cotisation.
- En l'absence de validation de votre demande de dispense, vous serez affilié au contrat de votre employeur.

Vous pouvez demander une dispense si vous êtes :

- Couvert par un **contrat santé individuel auprès de MGEN ou d'un autre assureur** à la mise en place du contrat de votre employeur ou à votre date d'embauche
- Bénéficiaire en tant qu'assuré d'un **contrat collectif santé obligatoire** souscrit par un **autre employeur**
- Bénéficiaire d'un **contrat collectif santé obligatoire** souscrit par l'employeur de **votre conjoint**
- En **CDD** et vous bénéficiez d'un contrat santé individuel
- Bénéficiaire de la **CSS (Complémentaire santé solidaire)**
- Couvert par le **régime complémentaire de la CAMIEG**
- Couvert par un contrat santé individuel financé avec un « **versement santé** »
- Bénéficiaires de la couverture **collective des militaires**

 Pour finaliser votre demande de dispense, une attestation sur l'honneur vous sera demandée à l'étape suivante. Vous pouvez télécharger le modèle dès maintenant pour la préparer.

 [Modèle d'attestation sur l'honneur](#)

En l'absence de dispense, il faut aller sur l'onglet « Démarrer l'affiliation » pour accéder à une présentation de la couverture santé en fonction des besoins de chacun et à une estimation de la cotisation.

## Découverte de vos besoins Santé

### J'indique de quel régime de Sécurité sociale je dépends

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

Quel est votre régime d'affiliation ? \*

Si vous dépendez de la Caisse Française des Etrangers (CFE), veuillez choisir le Régime Général.

Régime Général



Régime Général

Alsace Moselle

Je définis les bénéficiaires de mon contrat santé

Je valide la couverture santé qui me correspond

# Découverte de vos besoins Santé

J'indique de quel régime de Sécurité sociale je dépends

Je définis les bénéficiaires de mon contrat santé

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

Souhaitez-vous couvrir votre conjoint(e) ? \*

Oui	Non
-----	-----

Souhaitez-vous couvrir votre(vos) enfant(s) ? \*

Oui	Non
-----	-----

J'enregistre mes informations

Je valide la couverture santé qui me correspond



# Ma formule santé

J'indique de quel régime de Sécurité sociale je dépends

Je définis les bénéficiaires de mon contrat santé

Je valide la couverture santé qui me correspond

## Ma formule santé

	Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2
<div>Retour</div>	<div>Estimer le coût total</div>	<div>Estimer le coût total</div>	<div>Estimer le coût total</div>
Soins courants Consultations Généraliste (Conventionné secteur 2)	100%	100%	100%
Soins courants Consultations Spécialiste (Conventionné secteur 2)	150%	175%	200%
Optique Montures	50 €	50 €	50 €
Optique Verres Simples	Cf. Tableau des garanties	Cf. Tableau des garanties	Cf. Tableau des garanties
Hospitalisation Honoraires conventionnés	100%	100%	100%
Hospitalisation Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Soins dentaires Soins courants	100%	100%	100%
Médecine alternative (Ostéopathie, Acupuncture, Homéopathie non remboursée par la Sécurité sociale, Consultation diététicien, Chiropraxie, Psychomotricité, Ergothérapie)	2 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 40 € / séance)
Médecine douce Psychologue	4 séances / an (limite 30 € / séance)	8 séances / an (limite 40 € / séance)	10 séances / an (limite 40 € / séance)
	<div>Je choisis</div>	<div>Je choisis</div>	<div>Je choisis</div>

## Mes Documents

- Tableau de garanties
- Notice d'information santé
- Annexe cotisations à la notice d'informations actif et ayants droit
- Notice d'information assistance France
- Fiche d'information sur le produit d'assurance santé france
- Statuts MGEN

En cliquant sur « Estimer le coût total », on accède au simulateur de cotisation (aussi accessible ici : <https://www.estimer-ma-cotisation-psc-sante.mgen.fr/simulateur?m=m666rt9y> )

## Education Jeunesse Sports Enseignement Supérieur Recherche

Cet outil **estime** votre cotisation pour vous aider à choisir une couverture santé.

### Renseigner vos informations pour estimer votre cotisation

Rémunération brute mensuelle \*

Si votre rémunération brute globale varie, prenez votre rémunération annuelle divisée par 12

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

Votre situation \*

Régime général (France) ▼

Suis-je éligible au panier de soins étranger ▼

☐ Souhaitez-vous couvrir un conjoint(e) / partenaire de pacs / concubin(e) ?

Désactivé

Nombre d'enfant(s) de moins de 21 ans à couvrir

Le 3ème enfant et les suivants sont gratuits

Ex: 1

☐ Vous avez un ou des enfants de 21 ans à 25 ans ?

Désactivé

Estimer ma cotisation

Dans le cadre de votre contrat collectif votre employeur prend en charge 37,69 € sur le montant de votre complémentaire santé socle.

<b>Socle</b>	<b>Socle + Option 1</b>	<b>Socle + Option 2</b>
Cotisation adhérent 42,42 €	Cotisation adhérent 49,65 €	Cotisation adhérent 72,75 €
<div>Prélevé sur fiche de paie 42,42 € <small>(Après déduction de la participation employeur)</small></div> <div>Prélevé sur compte bancaire 0,00 €</div> <div><b>Coût / mois</b> <small>(Après participation employeur sur le socle et sur votre option)</small> <b>42,42 €</b></div>	<div>Prélevé sur fiche de paie 42,42 € <small>(Après déduction de la participation employeur)</small></div> <div>Prélevé sur compte bancaire 7,23 € <small>(Participation employeur sur l'option (3,62 €))</small></div> <div><b>Coût / mois</b> <small>(Après participation employeur sur le socle et sur votre option)</small> <b>46,04 €</b></div>	<div>Prélevé sur fiche de paie 42,42 € <small>(Après déduction de la participation employeur)</small></div> <div>Prélevé sur compte bancaire 30,33 € <small>(Participation employeur sur l'option (5,00 €))</small></div> <div><b>Coût / mois</b> <small>(Après participation employeur sur le socle et sur votre option)</small> <b>67,75 €</b></div>

Attention :

- Le précompte (c'est-à-dire le prélèvement de la cotisation de la complémentaire santé directement sur le bulletin de salaire) sera maintenu mais seulement sur la cotisation du socle pour l'agent-e.
- En cas de choix d'option et d'ajout d'ayants droit : les cotisations seront prélevées sur le compte bancaire indiqué par l'agent-e.
- Par ailleurs en cas d'option, c'est bien le montant total qui sera prélevé pour l'agent-e (7,23€ et 30,33€ dans l'exemple ci-dessus), la participation employeur étant versée sur le bulletin de salaire.

Une fois le choix de la couverture santé effectué, on passe à l'adhésion : informations personnelles, informations de Sécurité sociale, informations sur les éventuel·les ayants droit, coordonnées personnelles, coordonnées bancaires, le consentement et enfin les documents contractuels et le mandat SEPA.

## Adhérer au contrat

Votre profil

Je complète et je valide mes informations personnelles

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

Quelle est votre civilité ? \*

MME

Quel est votre nom d'usage ? \*

Quel est votre prénom ? \*

Quel est votre nom de naissance ? \*

I

Quelle est votre date de naissance ? \*

Quelle est votre pays de naissance ? \*

FRANCE

Quelle est votre ville de naissance ? \*

BESANCON

Je valide les informations renseignées

Je communique mes informations de Sécurité sociale

← Etape précédente

Valider et continuer

## Adhérer au contrat

Votre profil

Je complète et je valide mes informations personnelles

Je communique mes informations de Sécurité sociale

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

Quel est votre régime d'affiliation ? \*

Si vous dépendez de la Caisse Française des Etrangers (CFE), veuillez choisir le Régime Général.

Régime Général

Quel est votre numéro de Sécurité sociale ? \*

Souhaitez-vous utiliser la télétransmission de vos données, entre la Sécurité sociale et la Mutuelle, pour un remboursement automatique de vos prestations ? \*

☒ Oui ☐ Non

Quel est le code de votre organisme de rattachement Sécurité sociale ? \*

Ce code permet la transmission automatique des informations entre votre caisse de Sécurité sociale et votre mutuelle. En le renseignant, vous recevrez directement vos remboursements complémentaires versés par votre mutuelle.

Vous pouvez retrouver ce code au niveau de l'attestation de droits, ou dans votre espace Ameli.fr

91 919 0000

Si vous êtes géré(e) en sécurité sociale par MGEN :

- Soit le code organisme est prérempli ci-dessus : vous n'avez rien à faire !
- Soit le champ est vide : saisissez les informations suivantes : 91 919 0000

Trouver votre code organisme

← Etape précédente

Valider et continuer

Enregistrer et reprendre plus tard

## Adhérer au contrat

Votre foyer

### Je renseigne les informations de mon(ma) bénéficiaire conjoint(e)

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

Vous n'avez pas souhaité enregistrer de bénéficiaire conjoint.

Je valide les informations renseignées

### Je complète les informations de mes bénéficiaires enfants

← Etape précédente

Valider et continuer

Enregistrer et reprendre plus tard

## Adhérer au contrat

Vos coordonnées de contacts

### Je saisis mes coordonnées

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

Quel est votre pays de résidence ? \*

☒ France métropolitaine ou DROM

☐ Etranger ou COM

Numéro et nom de voirie \*

Complément d'adresse

Ex: Apt 105B

Code postal \*

Commune \*

Quel est votre numéro de téléphone mobile ? \*

+33

▼

Quelle est votre adresse email ?

**i** Merci de bien vérifier cette adresse mail et la modifier le cas échéant, cette adresse mail devient l'adresse utilisée pour l'ensemble de vos contrats avec MGEN (toutes les offres d'assurances, services et d'assurance maladie)

← Etape précédente

Valider et continuer

Enregistrer et reprendre plus tard



## Adhérer au contrat

Vos coordonnées bancaires

### Je renseigne mes informations bancaires



Ces coordonnées bancaires seront utilisées pour le prélèvement de vos cotisations et/ou le remboursement de vos prestations. Si votre montant de cotisation est à zéro, il n'y aura pas de prélèvement. Vos coordonnées bancaires seront uniquement utilisées pour le remboursement de vos prestations.

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

Quel est le nom du ou des titulaire(s) du compte ? \*

Quel est le numéro de l'IBAN ? \*



Si votre IBAN indique que votre banque est située en dehors de la France ou de Monaco, l'ajout de votre code BIC/SWIFT est requis. Pour les IBAN commençant par FR ou MC, l'ajout du BIC/SWIFT est facultatif.

Quel est le numéro BIC/Swift ?

← Etape précédente

Valider et continuer

Enregistrer et reprendre plus tard

## Adhérer au contrat

Consentements

### Je renseigne mes consentements



Pour nous permettre de vous tenir informé de l'évolution de votre contrat, de l'actualité et des nouveautés, veuillez préciser vos choix :

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

☐

En tant qu'adhérent, je souhaite bénéficier des communications MGEN sur les services inclus dans mon contrat ainsi que sur des promotions sur les offres et services MGEN

← Etape précédente

Valider et continuer

Enregistrer et reprendre plus tard

## Adhérer au contrat

### Vos documents contractuels

Montant de cotisation \* : € / mois

Prise d'effet : 01/05/2026

\* Montant de la cotisation prélevé sur votre compte bancaire, en complément de la part prélevée sur la fiche de paie.

[Je lis mes documents](#)

### Bulletin Individuel d'Affiliation

Contrat frais de santé  
Éducation Jeunesse Sports Enseignement  
Supérieur Recherche

Champs à compléter en majuscule et en noir

N° Contrat : 2604-06BS N° Gestion : C90000080

Employeur  
Nom de l'employeur : DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L'ÉDUCATION NA N° SIREN : 1 7 2 5 0 4 3 1 8  
Nom de l'établissement : SERVICE DEPARTEMENTAL DE L'ÉDUCATION NATIONALE N° SIRET : 1 7 2 5 0 4 3 1 8 0 0 1 2

Affilié(e)  
Groupe de population : ACTIF PCS  
Date d'entrée chez l'employeur : 0 1 0 5 2 0 2 6 Date d'entrée dans l'établissement : 0 1 0 5 2 0 2 6  
N° matricule/NUMEN : 25G9905280QOK  
N° de Sécurité Sociale : 2 7 5 1 1 2 5 0 5 6 0 4 9 1 1 Civilité : X M. M. N° d'affilié(e) :  
Nom de naissance : DEMASSUE Nom d'usage : LAURENT

☐ Je valide la demande liée à mon adhésion au contrat collectif et atteste de l'exhaustivité et de l'exactitude des données renseignées dans ce document. Vous certifiez l'exactitude de la présente déclaration et vous vous engagez à informer la mutuelle de toute modification de situation. Vous déclarez avoir pris connaissance des statuts de la mutuelle et de la notice d'information du contrat qui vous ont été remis avant la signature du présent document. Vous reconnaissez que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle est sanctionnée par la nullité de votre adhésion, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par vous a été sans influence sur la réalisation du risque.

La somme indiquée ici est celle qui sera prélevée sur le compte bancaire de l'agent-e (pour les options et les ayants droit). Ce n'est pas le montant total de sa cotisation (le socle pour l'agent-e sera précomptée directement sur son bulletin de salaire).

### Mandat SEPA

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :  
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,  
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Toutes les zones doivent être complétées.  
(Titulaire(s) du compte)  
Nom / prénom ou raison sociale :

☐ Je valide ma demande de prélèvement sur compte bancaire et atteste de l'exhaustivité et de l'exactitude des données renseignées dans le mandat SEPA.

### Notice d'information

MGEN. Première mutuelle des agents du service public

CNP ASSURANCES

MGEN GROUPE VVY

☐ Je certifie avoir pris connaissance de la notice d'information

[Étape précédente](#)

[J'accepte les conditions et souscris](#)

[Enregistrer et reprendre plus tard](#)

## Confirmation d'adhésion

Vous recevrez prochainement un email d'accès à votre contrat collectif santé obligatoire vous permettant de consulter le détail de votre affiliation.

### Assurance obsèques : pensez-y maintenant

Préparer vos obsèques aujourd'hui pour libérer vos proches des démarches administratives et financières

- ✓ Soulager vos proches au moment de votre décès
- ✓ Anticiper le financement de vos obsèques
- ✓ Assurer l'organisation de vos obsèques selon vos volontés

👉 Votre employeur vous propose de souscrire à une assurance obsèques en complément de votre couverture santé.

Obtenir mon tarif

Pourquoi anticiper maintenant ?

### Prévoyance

Votre contrat collectif prévoyance est en cours de sélection par votre employeur. Celui-ci vous informera prochainement de l'opérateur retenu et des modalités d'affiliation détaillées.

### Perte d'autonomie : et si on anticipait ensemble ?

Protéger les personnes en perte d'autonomie et soulager ceux qui les soutiennent grâce à l'assurance dépendance.

- ✓ Une rente dépendance jusqu'à 850€ par mois
- ✓ Un capital jusqu'à 2000€
- ✓ Un bouquet de services exclusifs pour soutenir aidants et aidés

👉 Votre employeur vous propose de souscrire à une assurance dépendance en complément de votre couverture santé.

Obtenir mon tarif

Et si votre autonomie se fragilisait ?

Passer et accéder à mon espace personnel →

L'opérateur propose une garantie obsèques et une garantie perte d'autonomie (prévues dans l'accord).

Il n'y a pas de participation employeur pour ces assurances.

Il n'y a aucun délai pour souscrire à ces assurances ce qui laisse le temps de comparer la proposition faite par la MGEN-CNP assurances et les autres opérateurs du marché.



## Merci pour votre confiance !

Bonjour

Nous avons bien pris en compte l'affiliation au **contrat collectif santé obligatoire** de votre employeur et nous vous en remercions.

Vous êtes déjà couvert par un contrat santé ?

Vous avez la possibilité de [résilier votre autre contrat en cours](#).

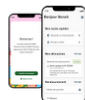


### Espace personnel

Retrouvez toutes vos informations et données personnelles à compter de la date de début d'effet de votre contrat.

Se connecter →

### Application mobile



Téléchargez l'application "MGEN" :



### Votre avis compte

Merci de prendre quelques instants pour donner votre avis.

Participer →

Si vous n'êtes pas à l'origine de cette demande, veuillez prendre contact avec MGEN.

MGEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité. Sise 3, square Max Hymans 75748 Paris cedex 15.

@illustrations : Camilo Huinca

MGEN traite vos données pour la gestion de votre dossier. Pour exercer vos droits sur vos données ou contacter le DPO, vous pouvez envoyer un courrier postal à : MGEN - Centre de services de La Verrière - Protection des Données - CS 10601 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex ou vous rendre sur le site : [mgen.fr/mes-donnees/](https://mgen.fr/mes-donnees/). Pour en savoir plus, vous pouvez consulter votre Règlement Mutualiste ou votre Notice d'Information, et la Politique de Confidentialité disponible sur [mgen.fr](https://mgen.fr)