



Mise en œuvre de la
protection sociale
complémentaire

Comprendre la réforme

Le ministère de la Culture met en place une nouvelle complémentaire santé **obligatoire** pour **tous ses agents** à partir du **1er octobre 2025**.

L'objectif est de mieux couvrir les frais de santé en complément de la Sécurité sociale. La mutuelle sélectionnée est la **MGEN**.

Comprendre la réforme

Ce nouveau dispositif permet **d'alléger les dépenses** des agents en offrant une participation de l'employeur au financement, à hauteur de **50%** de la cotisation des garanties de base.

Les négociations entre les organisations syndicales et le ministère ont donné lieu à une **cotisation individuelle relativement abordable et compétitive.**

Le caractère collectif et obligatoire garantit une **dimension solidaire** prenant en charge les retraités par exemple, bénéficiant d'une tarification réduite.

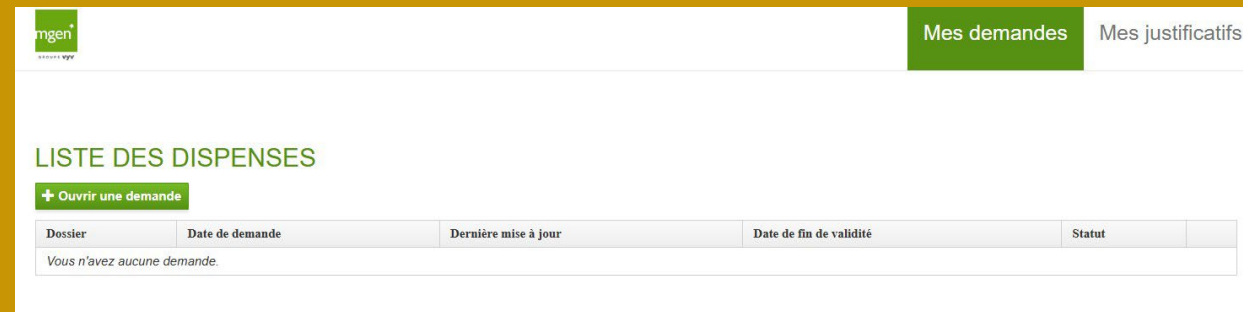
Les motifs de dispense

- Couvert par une mutuelle obligatoire en tant qu'ayant-droit ou d'assuré principal à titre obligatoire ou facultatif*
- Couvert à titre individuel
 - ☞ Vous devrez adhérer au contrat collectif soit à l'issue de votre contrat, soit au 1er octobre 2026 au plus tard.
- Couvert par la Complémentaire Santé Solidaire*
- En CDD et couvert à titre personnel
- Bénéficiaire du versement santé*
- Bénéficiaire d'une couverture dans la fonction publique territoriale ou hospitalière*
- Couvert par le régime des industries électriques et gazières*

*Dispense renouvelable annuellement.

Les motifs de dispense

Si vous êtes éligible à un des cas de dispense, vous avez la possibilité de faire une demande et devrez fournir un justificatif.



Mes demandes Mes justificatifs

LISTE DES DISPENSES

[+ Ouvrir une demande](#)

Dossier	Date de demande	Dernière mise à jour	Date de fin de validité	Statut
Vous n'avez aucune demande.				

Les conditions vous seront explicitées ainsi que le type de justificatif valable.

OUVERTURE D'UNE DEMANDE DE DISPENSE

Indiquez le motif de votre demande de dispense et fournissez les pièces justificatives nécessaires.
Toute demande non finalisée ou incomplète avant la date limite ne sera pas traitée.

Motif

- Couvert par un contrat santé individuel auprès de MGEN ou d'un autre assureur
- Bénéficiaire d'un contrat collectif santé obligatoire souscrit par un autre employeur ou celui de votre conjoint

Veillez fournir les documents suivants :

Attestation de couverture

[Ajouter](#)

Date de fin de validité

Conditions

Vous bénéficiez d'un contrat collectif de santé obligatoire souscrit par un autre employeur ou celui de votre conjoint. - Afin de justifier votre demande de dispense, une attestation de couverture de ce contrat collectif (y compris en tant qu'ayant-droit) est nécessaire. Cette dispense est valable 1 an à compter de la prise d'effet de celle-ci (à renouveler chaque année) - la date de fin de validité de votre dispense est inscrite automatiquement ci-contre

A noter : les cartes de tiers-payant ne sont pas acceptées comme pièce justificative

OUVERTURE D'UNE DEMANDE DE DISPENSE

Indiquez le motif de votre demande de dispense et fournissez les pièces justificatives nécessaires.
Toute demande non finalisée ou incomplète avant la date limite ne sera pas traitée.

Motif

- 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

Veillez fournir les documents suivants :

Attestation de couverture

[Ajouter](#)

Date de fin de validité

Conditions

Vous êtes couvert par un contrat de santé individuel auprès de la MGEN ou d'un autre assureur au moment de la mise en place du contrat collectif de votre employeur ou lors de votre embauche si postérieur à la mise en place du contrat : - La validité de votre dispense prendra fin à la date d'échéance de votre contrat individuel, dans la limite de 12 mois maximum à compter de la date de mise en place du contrat collectif ou date d'embauche. - Il est nécessaire de saisir manuellement la date de fin de validité de votre dispense ci-contre. - Afin de justifier votre demande de dispense, une attestation de couverture de ce contrat individuel est nécessaire (même s'il s'agit d'un contrat MGEN)

A noter : les cartes de tiers-payant ne sont pas acceptées comme pièce justificative

Le fonction- nement

Qui est concerné ?

- Tous les agents actifs
- Pour les futurs retraités :
 - Contrat spécifique avec adhésion **facultative**, sans participation de l'employeur
 - Echelonnement des hausses et plafonnement de la cotisation au delà de la 6^e année de retraite

Année de retraite	1 ^e année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	6 ^e année et plus
Cotisation mensuelle retraité	69€	86€	103€	103€	103€	120€

Le fonctionnement

Le contrat collectif santé

4 niveaux progressifs de couverture au choix sont proposés :

- Un contrat socle obligatoire
- Des options facultatives, renforçant la protection (prise en charge de 5€ pour l'agent uniquement)

Une possibilité de couvrir son conjoint et/ou ses enfants sans participation employeur.

The screenshot shows a web interface for enrolling in a health insurance plan. The main heading is "Je renseigne les informations de mon(ma) bénéficiaire conjoint(e)". Below this, there is a note: "Les champs marqués d'un * sont obligatoires." and a message: "Vous n'avez pas souhaité enregistrer de bénéficiaire conjoint." A green button labeled "Je valide les informations renseignées" is present. Below the main heading, there are two dropdown menus: "Je complète les informations de mes bénéficiaires enfants" and "Je choisis la couverture de mes bénéficiaires". At the bottom, there are three buttons: "← Etape précédente", "Valider et continuer", and "Enregistrer et reprendre plus tard" with a download icon.

Le fonctionnement

Quel niveau de participation ?

- Une part **fixe employeur** correspondant à **50 %** de la cotisation sociale.
- Une part **fixe agent** correspondant à **20 %** de la cotisation sociale.
- Une part **variable** correspondant à **30 %** de la cotisation sociale (calculée en appliquant un taux de 0,70 % à la rémunération des agents dans la limite d'un plafond mensuel de la Sécurité Sociale).*
- Des **cotisations additionnelles** pour le financement du fonds d'aide aux retraités (3%) et du fonds d'action sociale (0,5%) (calculées sur une assiette composée de la part fixe agent et de la part variable solidaire).



* (PMSS, 3 925 € pour 2025).

Le fonctionnement

Des exemples de cotisation selon votre traitement brut

	2 000 €	2 500 €	3 000 €	3 925 €
La part fixe employeur correspond à 50% de la cotisation d'équilibre de 67,02 €	33,51 €	33,51 €	33,51 €	33,51 €
La part fixe agent correspond à 20% de la cotisation d'équilibre de 67,02 €	13,40 €	13,40 €	13,40 €	13,40 €
La part variable solidaire correspond à 30% de la cotisation d'équilibre et est calculée en appliquant un taux à l'assiette de rémunération soumise à CSG-CRDS dans la limite d'un plafond mensuel de Sécurité sociale (PMSS), soit 3 925 € en 2025	14,00 €	17,50 €	21,00 €	27,48 €
La part additionnelle « Aide aux retraités » est calculée en appliquant un taux à une base composée de la part fixe de l'agent et de la part variable solidaire, représentant 3% de la cotisation HT.	0,73 €	0,82 €	0,91 €	1,08 €
La part additionnelle « Accompagnement social » est calculée en appliquant un taux à une base composée de la part fixe de l'agent et de la part variable solidaire, représentant 0,5% de la cotisation HT.	0,12 €	0,14 €	0,15 €	0,18 €
TOTAL	61,76 €	65,37 €	68,97 €	75,65 €
Reste à charge pour l'agent	28,25 €	31,86 €	35,46 €	42,14 €

Le fonctionnement

Le montant total

Il varie selon votre **rémunération brute globale**, le **nombre d'ayants-droit** et les **options** choisies.

 N'hésitez pas à utiliser le **simulateur de cotisation** sur le site de la MGEN.

Le prélèvement

- Directement sur votre **fiche de paie pour la cotisation sociale** ;
- Sur votre **compte bancaire** en cas de souscription aux options ou d'ajout d'ayants-droit.

Le fonctionnement

La couverture de soins

La PSC couvre une large gamme de soins.

Le degré de remboursement est lié au niveau d'option souscrit.

	Socle	Socle + Option 1	Socle + Option 2	Socle + Option 3
Soins courants Consultations Généraliste (Conventionné secteur 2)	100% BR	130% BR	150% BR	250% BR
Soins courants Consultations Spécialiste (Conventionné secteur 2)	150% BR	150% BR	220% BR	250% BR
Optique Montures	50 €	100 €	100 €	100 €
Optique Verres Simplex	50 à 110 € par verre	100 à 175 € par verre	160 à 225 € par verre	160 à 225 € par verre
Hospitalisation Honoraires conventionnés	100% BR	100% BR	150% BR	150% BR
Hospitalisation Forfait journalier	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Soins dentaires Soins courants	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médecine alternative (Ostéopathie, Acupuncture, Homeopathie non remboursée par la Sécurité sociale, Consultation diététicien, Chiropraxie, Psychomotricité, Ergothérapie)	40 € par séance (max. 2 séances par an)	40 à par séance (max. 6 séances par an)	50 à par séance (max. 6 séances par an)	50 € par séance (max. 6 séances par an)
Médecine douce Psychologue	30 € par séance (max. 4 séances par an)	40 à par séance (max. 6 séances par an)	50 € par séance (max. 6 séances par an)	50 € par séance (max. 6 séances par an)

👉 Vous pourrez retrouver les tableaux de garanties sur l'intranet.

Le fonctionnement

Comment déchiffrer les tableaux de garanties ?

Vous retrouvez ici le type de soins et les actes concernés.

Pour chaque acte médical, la Sécurité sociale détermine un tarif conventionné (30 € par exemple pour une consultation de médecin généraliste). Elle applique ensuite un taux de remboursement sur ce tarif que vous retrouvez ici.

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE ⁽¹⁾	PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Honoraires médicaux					
Consultations/Visites de Généralistes, adhérent à l'OPTAM	70 % BR	100 % BR	130 % BR	150 % BR	250 % BR
Consultations/Visites de Généralistes, non adhérent à l'OPTAM	70 % BR	100 % BR	110 % BR	130 % BR	200 % BR
Consultations/Visites de Spécialistes, adhérent à l'OPTAM/OPTAM-ACO	70 % BR	150 % BR	150 % BR	220 % BR	250 % BR
Consultations/Visites de Spécialistes, non adhérent à l'OPTAM/OPTAM-ACO	70 % BR	130 % BR	130 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes Techniques Médicaux, adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	70 % BR	150 % BR	150 % BR	180 % BR	250 % BR
Actes Techniques Médicaux, non adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	70 % BR	130 % BR	130 % BR	150 % BR	200 % BR

En complément de la Sécurité sociale, vous retrouvez ici le pourcentage de prise en charge prévu dans votre offre et qui comprend les parts de la Sécurité sociale et de MGEN. Le montant peut parfois être supérieur à 100 %, cela indique une prise en charge renforcée, pour les dépassements d'honoraires par exemple.

Pour votre information, la qualification de spécialistes **OPTAM** désigne un remboursement avantageux des dépassements d'honoraires.

Place aux démarches

S'affilier


Vous avez reçu un mail d'affiliation.

Vous disposez de **21 jours** à partir de la réception du courriel pour compléter votre **affiliation** ou demander une **dispense**. Des **pièces justificatives** vous seront demandées.

Résilier

Si vous êtes déjà **adhérent MGEN**, la résiliation de votre contrat actuel sera **automatique**.

Si vous êtes adhérent d'une autre mutuelle, vous devrez envoyer une **lettre de résiliation** à votre assureur actuel au moins **un mois avant le début du contrat collectif santé**.

 Si vous ne faites rien, vous serez **automatiquement affilié** à la formule de base **et les cotisations seront prélevées sur votre paye**.

Cas particuliers

Vous êtes en détachement :

- Détachement simple : affiliation à la MGEN, sauf si vous êtes dans un cas de dispense ;
- Détachement sur contrat : vous êtes dispensé(e) en tant que contractuel à durée déterminée.

Vous avez plusieurs employeurs :

Vous devez vous affilier à l'organisme complémentaire de votre employeur public principal où **la quotité de travail est la plus importante.**

En cas de quotité de temps de travail **équivalente**, vous **choisissez où vous affiliez.**

Vous devrez ensuite en informer vos employeurs.

Et la prévoyance ?

Un contrat collectif **facultatif** a été établi avec la MGEN également et prendra effet le 1^{er} octobre.

Vous avez donc le choix entre **conserver** votre prévoyance actuelle ou **souscrire à cette offre** proposée par le ministère.

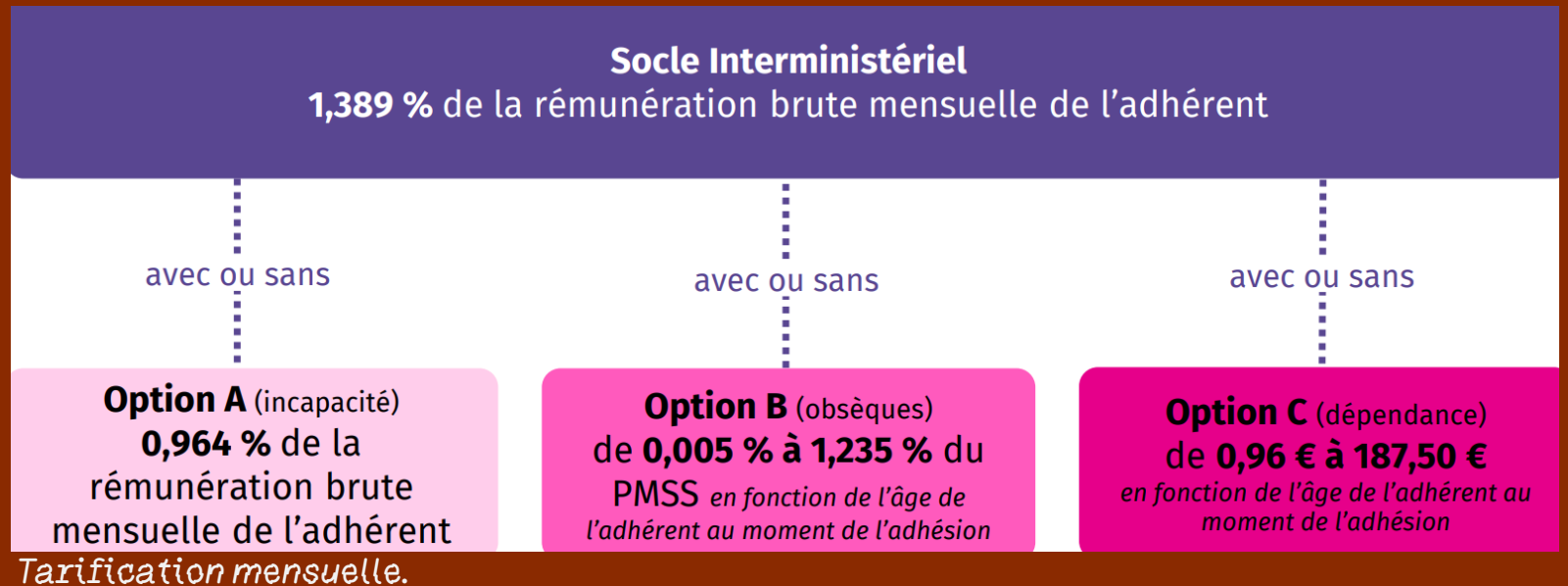
Pour votre information, la prévoyance permet de **protéger votre situation financière** ainsi que celle de votre famille face aux aléas de la vie.

Elle **compense partiellement ou intégralement** la perte de salaire subie suite à une incapacité de travailler et garantit un **soutien financier** des proches en cas de **décès**.

Et la prévoyance ?

Comment cela s'articule ?

- Un contrat socle avec des garanties de base
- Des options additionnelles :
 - une option A couvrant le congé de maladie ordinaire (CMO) et le congé de longue durée.
 - une option B couvrant les frais d'obsèques.
 - une option C couvrant la perte d'autonomie.



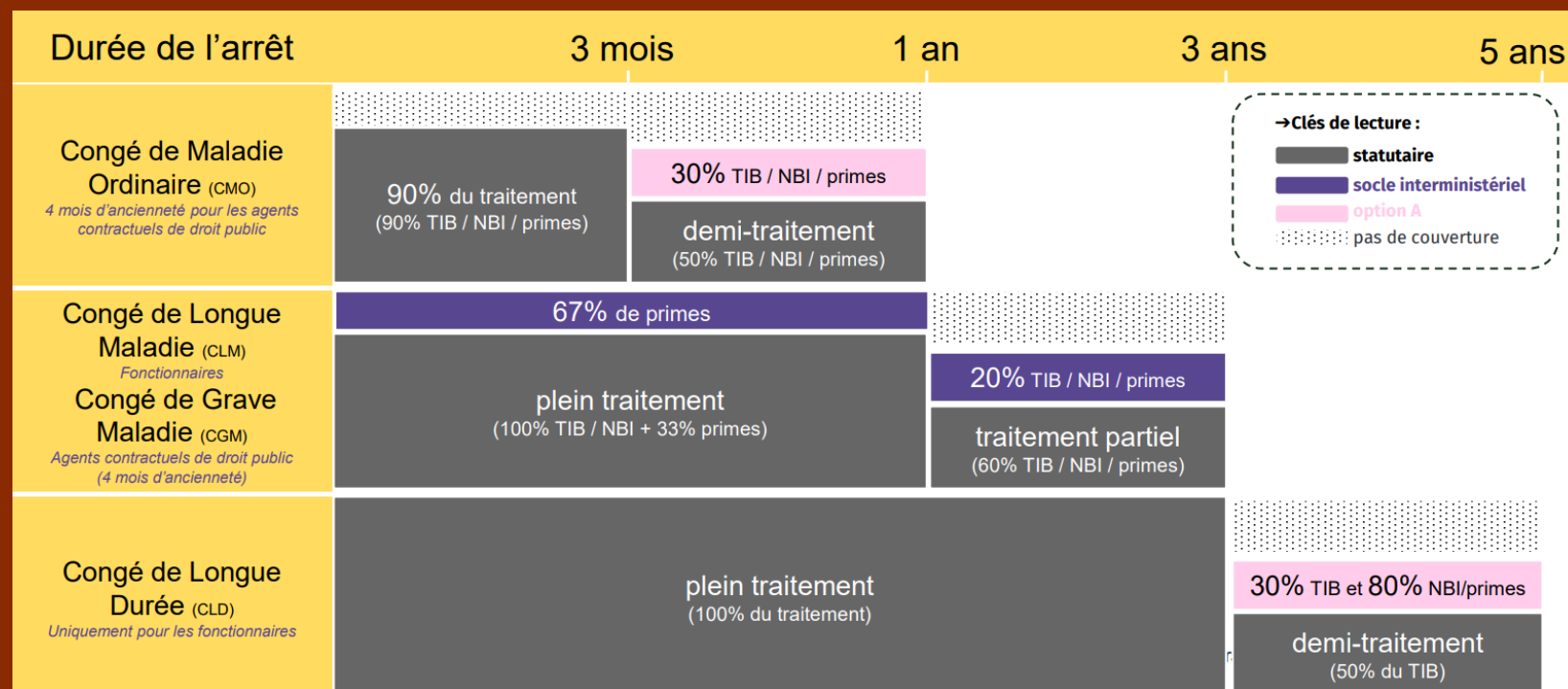
Et la prévoyance ?

Comment cela s'articule ?

- Une participation employeur à hauteur de **7€** **concernant le contrat socle** uniquement et pour les agents actifs ; les retraités ne bénéficient pas d'une participation employeur.
- Les garanties en option sont à la charge exclusive des adhérents, qu'ils soient agents actifs, ayants droit ou retraités.
- Une possibilité de couvrir son conjoint et/ou ses enfants sans participation employeur.

Zoom sur la garantie d'incapacité

Et la prévoyance ?



Sans couverture complémentaire, un agent en congé maladie ordinaire (CMO) ne touchera que la moitié de sa rémunération après 3 mois d'arrêt de travail.

La prévoyance complémentaire lui permet de compléter son revenu pour diminuer voire couvrir totalement la perte de salaire.

Infos pratiques

En cas de questions spécifiques,
n'hésitez pas à :

- Consulter l'**intranet** (une FAQ y est incluse)
- **Appeler** la MGEN au 09 72 72 02 41
- Ou vous rendre à l'**agence** située au
65 Rue Claude Bernard, 75005 Paris



Merci de votre écoute.