

## AFFILIATION MGEN: LE SE-UNSA vous accompagne



Le cercle orange vous indique à quel endroit vous devez cliquer



### Réception du mail sur la boîte professionnelle

#### MGEN - Finalisation de votre affiliation



De MGEN

À 

Date Aujourd'hui 07:28

 Résumé  En-têtes  Texte en clair



## 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

1

Je crée mon identifiant sécurisé

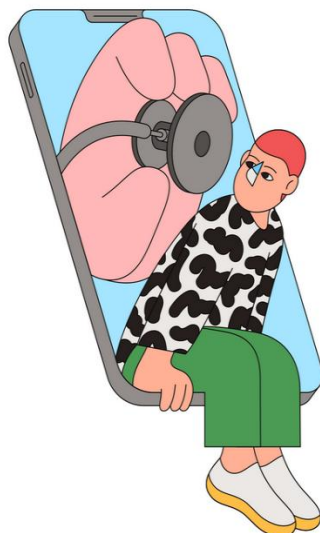
2

J'ajoute mes bénéficiaires conjoint et/ou enfants

3

Je signe mes documents en ligne

Le lien amène sur le site MGEN : il faut vous connecter avec votre identifiant ou le créer si ce n'est pas déjà le cas.



## Me connecter

Vous n'avez pas de compte MGEN ? [Activer un compte](#)

Les champs marqués d'un (\*) sont obligatoires

Email de connexion \*

Ex : exemple@exemple.fr

Mot de passe \*

Ex : Abcd1234'è!



[Mot de passe oublié](#)

Me connecter

Une fois la connexion effectuée :

## 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.

## Vous souhaitez être dispensé ?

Certaines situations permettent de demander une dispense ou de la renouveler

Demander une dispense

Démarrer l'adhésion

Cas 1 : vous adhérez à la mutuelle obligatoire

Cas 2 : vous êtes dispensé

## CAS 1 : Vous adhérez à la mutuelle obligatoire de la MGEN.

### 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



J'enregistre mes informations

Je définis les bénéficiaires de mon contrat santé

Je valide la couverture santé qui me correspond

### 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

Je choisis la formule, je peux faire une estimation selon mes besoins

Je valide la couverture santé qui me correspond

### Ma formule santé

	<b>Socle</b>	<b>Socle + Option 1</b>	<b>Socle + Option 2</b>
<a href="#">Retour</a>	<a href="#">Estimer le coût total</a>	<a href="#">Estimer le coût total</a>	<a href="#">Estimer le coût total</a>
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 €

Je complète mes données personnelles


## Adhérer au contrat

1/7 Votre profil

Je complète et je valide mes informations personnelles

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

Quelle est votre civilité ? \*

Quel est votre nom d'usage ? \*

Quel est votre prénom ? \*

## Bulletin Individuel d'Affiliation



GROUPE vyv

### Contrat frais de santé

☒ ☐ ☐

Champs à compléter en majuscule et en noir

N° Contrat :

N° Gestion :

#### Employeur

Nom de l'employeur : DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX DE L EDUCATION NA

N°SIREN :

Nom de l'établissement : SERVICE DEPARTEMENTAL DE L'EDUCATION NATIONALE

N°SIRET :

#### Affilié(e)

Groupe de population : ACTIF PSC

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

☒ 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.

## CAS 2 : MON CONJOINT ou MA CONJOINTE a une mutuelle d'entreprise OBLIGATOIRE à laquelle j'adhère.

# 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.

**Ce modèle dûment complété est le seul document accepté pour effectuer une demande de dispense.**

↓ **Modèle d'attestation sur l'honneur**

**Demander une dispense**

1) Remplir l'attestation sur l'honneur et bien vérifier les conditions (page 2 du pdf et remise dans ce document suite après)

2) Cliquer sur « Demander une dispense »

**mgen** **Attestation sur l'honneur** **Ministères Éducation Jeunesse Sports Enseignement Supérieur Recherche**  
**Demande de dispense d'affiliation**

Dans le cadre du contrat collectif obligatoire mis en place par votre employeur, vous devez être affilié de celui-ci par défaut. Dans les situations prévues à l'article 3 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, vous pouvez demander une dispense d'affiliation à ce contrat. Pour cela, vous devez compléter cette attestation et la joindre à votre parcours digital de demande de dispense.

**Demandeur de la dispense - à compléter par l'agent**

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**Dates et motif de la dispense - à compléter par l'agent**

Date d'effet de la dispense : 0 1 0 0 2 0 2 0

→ Si vous n'avez jamais été affilié à ce contrat, cette date correspond :  
• à la date de début du contrat collectif,  
• ou à votre date d'embauche,  
• ou à la date de renouvellement de votre dispense.

→ Si vous êtes déjà affilié, cette date correspond :  
• à la date de la situation justifiant la dispense et elle date de moins d'un mois,  
• ou au premier jour du mois suivant la demande.

Cocher la case correspondant à votre motif de dispense et compléter les informations demandées. Vous pouvez vous référer au tableau en page suivante pour connaître les conditions de dispense selon votre situation.

☐ 1 - Couvert par un contrat santé individuel à la mise en place du contrat collectif par votre employeur ou à votre date d'embauche.  
Date d'adhésion au contrat : \_\_\_\_\_

☐ 2 - Bénéficiaire en tant qu'assuré d'un contrat collectif santé obligatoire souscrit par un autre employeur.  
Date de fin de couverture : \_\_\_\_\_

☐ 3 - Bénéficiaire en tant qu'ayant droit, à titre facultatif ou obligatoire, d'un contrat collectif santé obligatoire souscrit par l'employeur de votre conjoint.  
Date de fin de couverture : \_\_\_\_\_

☐ 4 - En CDD et couvert par un contrat santé individuel. Date de fin de CDD : \_\_\_\_\_

☐ 5 - Bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). Date de fin de CSS : \_\_\_\_\_

☐ 6 - Couvert par le régime complémentaire d'Assurance maladie des Industries Électroniques et Gazières (CAMIEG).  
Date de fin de couverture : \_\_\_\_\_

☐ 7 - Bénéficiaire en tant qu'ayant droit d'un contrat santé individuel financé avec un « versement santé » d'un employeur.  
Date de fin de couverture : \_\_\_\_\_

☐ 8 - Couvert par un contrat collectif santé pour les militaires. Date de fin de couverture : \_\_\_\_\_

Vous atteste de l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Vous avez été préalablement informé des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire de santé : en renonçant à l'affiliation au régime de santé, vous renoncez à tout remboursement au titre dudit régime et vous avez des frais de santé ou d'hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d'accident pour les événements survenus à compter de la date de renonciation à l'affiliation. De fait, vous avez connaissance de la perte du bénéfice de la part patronale des cotisations « santé », du bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnité et du bénéfice du maintien des garanties selon les conditions prévues dans le contrat.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

MGEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 633 326, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutuelle, 404 rue des Minimes 93745 Paris Cedex 19. Chef Assureur. Société soumise à contrôle d'opérateur au capital de 555 015 000 euros entièrement libéré. Société régie par le Code des assurances. RCS Nanterre n° 341 737 01, siège à Nanterre Cedex de ville - 92122 Nanterre Cedex. MGEN et CNP Assurances sont soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). © 2022 MGEN et CNP Assurances. Tous droits réservés.

MGEN vous propose pour la gestion de votre dossier. Pour exercer vos droits sur vos données, ou contacter le CNP, vous pouvez envoyer un courrier par e-mail à : [service-client@mgencnp.fr](mailto:service-client@mgencnp.fr) ou par courrier à : MGEN - 404 rue des Minimes - 93745 Paris Cedex 19. Vous pouvez également contacter le CNP par e-mail à : [service-client@cnp.fr](mailto:service-client@cnp.fr) ou par courrier à : CNP - 100 rue de la République - 92122 Nanterre Cedex. La présente attestation est soumise à la loi relative à la protection des données personnelles. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter votre notice d'information, et le Politique de Confidentialité disponible sur [mgencnp.fr](https://www.mgencnp.fr).

## Motifs de dispense (deuxième page après le pdf de l'attestation sur l'honneur)

Motif de dispense	Conditions	Date de fin de dispense à renseigner	Motif renouvelable
1 - Couvert par un contrat santé individuel à la mise en place du contrat collectif par votre employeur ou à votre date d'embauche	Le demandeur doit être couvert par une couverture santé individuelle au moment de la mise en place du contrat collectif par son employeur, ou à sa date d'embauche si celle-ci est postérieure	Échéance annuelle du contrat individuel (31/12 ou date anniversaire), sans pouvoir dépasser 12 mois	Non
2 - Bénéficiaire couvert en tant qu'assuré par un contrat collectif santé obligatoire souscrit par un autre employeur	Le demandeur doit être couvert par un contrat collectif à affiliation obligatoire, en qualité d'assuré principal	Date de fin de couverture, et si elle n'est pas connue, échéance annuelle du contrat	Oui, si les conditions sont remplies
3 - Bénéficiaire couvert en tant qu'ayant droit, à titre facultatif ou obligatoire, par un contrat collectif santé obligatoire souscrit par l'employeur de votre conjoint	Le demandeur doit être couvert par le contrat collectif de son conjoint.  La couverture en tant qu'ayant droit peut être obligatoire ou facultative	Date de fin de couverture, et si elle n'est pas connue, échéance annuelle du contrat	Oui, si les conditions sont remplies
4 - En CDD et couvert par un contrat santé	Le demandeur doit être en Contrat à Durée Déterminée (CDD) et déjà couvert par une couverture santé individuelle	Date de fin du CDD	Non, sauf nouveau CDD
5 - Bénéficiaire de la CSS	Le demandeur peut demander une dispense s'il est bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)	Date de fin de CSS	Non, sauf renouvellement des droits CSS
6 - Couvert par le régime complémentaire d'Assurance Maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG)	Le demandeur doit être couvert par ce dispositif en tant qu'assuré ou ayant droit	Date de fin de couverture et si elle n'est pas connue, échéance annuelle du contrat	Oui, si les conditions sont remplies
7 - Bénéficiaire en tant qu'ayant droit d'un contrat santé individuel financé avec le « versement santé » d'un employeur	Le demandeur doit être couvert par ce dispositif en tant qu'ayant droit	Date de fin de couverture et si elle n'est pas connue, échéance annuelle du contrat	Oui, si les conditions sont remplies
8 - Couvert par une couverture collective pour les militaires	Le demandeur doit être couvert par ce dispositif en tant qu'assuré ou ayant droit	Date de fin de couverture et si elle n'est pas connue, échéance annuelle du contrat	Oui, si les conditions sont remplies

Votre dispense prendra fin à la date d'échéance décrite ci-dessus (au plus tard). Vous devrez alors vous affilier au contrat collectif, sauf si vous remplissez les conditions pour bénéficier d'une nouvelle dispense (pour le même motif si celui-ci est renouvelable ou pour un autre motif).

Vous pouvez à tout moment mettre fin à votre dispense et demander l'affiliation au contrat collectif. Dans ce cas, vous devez formuler la demande auprès de votre employeur.





## LISTE DES DISPENSES

[+ Ouvrir une demande](#)

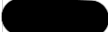
Dossier	Date de demande	Dernière mise à jour	Date de fin de validité	Statut
Vous n'avez aucune demande.				

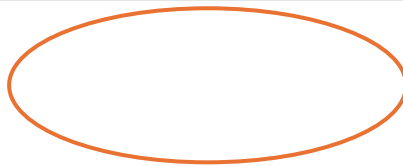
### Choisir le motif de demande de dispense :

Ajouter l'attestation remplie précédemment, la date de fin contrat (31/12/26) car la demande est à renouveler tous les ans...

Votre demande a été soumise. Elle va être traitée dans les plus brefs délais.

## LISTE DES DISPENSES

Dossier	Date de demande	Dernière mise à jour	Date de fin de validité	Statut
	22/11/25	22/11/25	31/12/26	Soumise



## 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 ?
- ☒ Couvert par un contrat collectif santé obligatoire souscrit par l'employeur de votre conjoint ?

Veillez fournir les documents suivants :

Attestation

Ajouter

Date de fin de validité

jj/mm/aaaa



### Conditions

Vous bénéficiez d'un contrat collectif de santé obligatoire souscrit par l'employeur de votre conjoint en tant que ayant droit, à titre obligatoire ou facultatif : - 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

- ☐ En CDD et couvert par un contrat santé individuel ?
- ☐ Bénéficiaire de la Complémentarité Santé Solidaire (CSS) ?
- ☐ Couvert par le régime complémentaire de la CAMIEG ?
- ☐ Couvert par un contrat santé individuel, financé avec le « versement santé » d'un employeur ?
- ☐ Couvert par un contrat collectif santé pour les militaires ?
- ☐ Couvert par un contrat collectif santé obligatoire souscrit par un autre employeur ?

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)

Nous espérons que ce tutoriel vous a été utile.

Pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter par mail à [60@se-unsas.org](mailto:60@se-unsas.org) ou par téléphone au 03 44 48 31 29.

Retrouvez l'ensemble de nos actualités sur notre site <https://www.se-unsas.org/> onglet « Actualités »

- Et sur notre page Facebook SE UNSA OISE
- Et sur notre compte @seunsas60

Le SE UNSA Oise, une équipe de militants, à vos côtés.

03 44 48 31 29 ou [60@se-unsas.org](mailto:60@se-unsas.org)



SE UNSA OISE



seunsas60