

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@example.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 [REDACTED]

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.



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](#)

Cas 1 : vous adhérer à la mutuelle obligatoire

Vous souhaitez être dispensé ?

Certaines situations permettent de demander une dispense ou de la renouveler

[Demander une dispense](#)

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

| | Socle | Socle + Option 1 | Socle + Option 2 |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Retour  | Estimer le coût total | Estimer le coût total | Estimer le coût total |
| 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



Contrat frais de santé

mgen
GROUPE vyv

Champs à compléter en majuscule et en noir

N° Contrat : [REDACTED]

N° Gestion : [REDACTED]

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 reconnaisez 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 **vos conjoints**
 - 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 »

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 ?

Veuillez fournir les documents suivants :

Attestation

Ajouter

Date de fin de validité



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/. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter votre Règlement Mutualiste ou votre Notice d'Information, et la Politique de Confidentialité disponible sur 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-unsafe.org ou par téléphone au 03 44 48 31 29.

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

- Et sur notre page Facebook SE UNSA OISE
- Et sur notre compte @seunsafe60

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

03 44 48 31 29 ou 60@se-unsafe.org

SE UNSA OISE

seunsafe60