

A ce stade, vous avez deux possibilités :

- 1 Vous faites partie de ceux qui peuvent prétendre :
- 2 Vous démarrer votre adhésion, taper ici

Mon affiliation santé

Mon contrat santé

Éducation Jeunesse Sports Enseignement Supérieur Recherche

Bonjour Didier Gatouillat

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

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 Étrangers (CFE), veuillez choisir le Régime Général.

Régime Général

Autres Régimes

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 Étrangers (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

Valider les informations en cliquant ici

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

X

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

Oui

Non

X

J'enregistre mes informations

Répondre aux questions oui, non et valider en cliquant ici

Je valide la couverture santé qui me correspond

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
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 €
Optique Verres Simplex	cf. Tableau des garanties	cf. Tableau des garanties	cf. Tableau des garanties
Hospitalisation Régimes conventionnés	100%	100%	100%
Hospitalisation	Frais réels	Frais réels	Frais réels

Choisissez votre option en cliquant sur un des trois socles
Pour vous aider, vous pouvez accéder au simulateur avant de choisir votre option :

Indécis ?

Accédez à notre simulateur de remboursements et découvrez en quelques clics ce qu'il vous restera à payer pour chaque formule.

L'exemple de Jeanne

Jeanne a obtenu un devis de son dentiste à 500€ pour un couronne céramo-métallique. En choisissant l'offre Socle + option 1, il lui restera à payer : 200€.

[Accéder au simulateur](#)

Ce bouton ouvre un nouvel onglet

Pour valider votre option, aller en bas du document et cliquer sur Poursuivre

Vous pouvez aussi consulter tous ces documents et nous vous conseillons de les télécharger :

Mes Documents

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

Poursuivre

Pour valider votre option, cliquer sur Poursuivre

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 ? *

M. ▼

Quel est votre nom d'usage ? *

Quel est votre prénom ? *

Quel est votre nom de naissance ? *

Quelle est votre date de naissance ? *

09 11

Quel est votre pays de naissance ? *

FRANCE ▼

Quelle est votre ville de naissance ? *

Je valide les informations renseignées

Remplir vos informations et valider en cliquant ici

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 recevez 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

00 000 0000

Vous ne trouvez pas votre code organisme ? [?](#)

! Si vous êtes géré(e) en sécurité sociale par MGEN, votre code organisme est le suivant : 91 919 0000. Si vous êtes géré(e) par un autre régime, retrouvez le code organisme sur votre attestation de droits.

← Etape précédente

Valider et continuer

Remplir vos informations et valider en cliquant ici

Adhérer au contrat

2/7 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

Remplir vos informations et valider en cliquant ici
Et n'oubliez pas de valider ensuite en cliquant ici

Je saisis mes coordonnées

Les champs marqués d'un * sont obligatoires.

Quel est votre pays de résidence ? *

- ☒ France dont départements ultramarins
☐ Etranger ou COM

Numéro et nom de voirie *

Complément d'adresse

Code postal *

Commune *

Quel est votre numéro de téléphone mobile ?

Quelle est votre adresse email ?

! 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 (toutes les offres d'assurances, services et d'assurance maladie)

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 domiciliée hors France ou Monaco. Vous devez aussi ajouter votre code BIC/Swift.

Quel est le numéro BIC/Swift ?

← Etape précédente

Valider et continuer

Enregistrer et reprendre plus tard

Remplir vos informations et valider en cliquant ici

Adhérer au contrat

5/7 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

Remplir vos consentements et valider

Adhérer au contrat

6/7 Vos documents contractuels

Montant de cotisation * : **30,33 €** / 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

mgen* **Contrat frais de santé**
Éducation Jeunesse Sports Enseignement Supérieur Recherche

Champs à compléter en majuscule et en noir

N° Contrat : N° Gestion : C800000113

Employeur

Nom de l'employeur : RECTORAT DE L'ACADEMIE DE REIMS N°SREN : 175104306
Nom de l'établissement : RECTORAT DE L'ACADEMIE DE REIMS N°SRET : 1751043060014

Bulletin Individuel d'Affiliation

Signature de l'affilié(e) :

X Je valide la demande liée à mon affiliation au contrat collectif et atteste de l'exhaustivité et de l'exactitude des données renseignées dans ce document.

Contrat collectif souscrit par le Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, sis Hôtel de Rochecrouart - 110 rue de Grenelle - 75007 PARIS et le Ministère des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative, sis 95 avenue de France - 75013 PARIS, et entités publiques rattachées, coassuré par MOÏEN, immatriculée sous le numéro SIREN 775 555 396, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, sis 3, square Max Hymans 75745 Paris cedex 15, et CNP Assurances, Société Anonyme à conseil d'administration au capital de 505 515 477 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, RCS Nanterre n° 341 737 06, sis 4 Promenade Cour de Ville - 92150 Issy-les-Moulineaux. Assureur : Rasseurances Mutuelles Assistance (RMA) Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, sis 40 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou CEDEX, immatriculée sous le numéro SIREN 444 209 692. MOÏEN, CNP Assurances et RMA sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459 - 75435 Paris CEDEX 09.

MOÏEN 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 : MOÏEN - Centre de services de La Verrière - Protection des Données - CS 10031 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78221 Le Mans Saint Denis Cedex ou vous rendre sur le site : mgen.fr/mesdonnees. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter votre Notice d'Information, et la Politique de Confidentialité disponible sur mgen.fr.

☒ 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.

Mandat SEPA

SIGNEZ ET VALIDEZ VOTRE DEMANDE D'ADHESION