

Mieux comprendre la protection sociale



www.cnrs.fr

Direction des ressources humaines
Service du développement social

Septembre 2010

Premier volet : ma protection sociale en quelques lignes

1 - En préambule

Le **régime obligatoire de la sécurité sociale** correspond au régime de sécurité sociale auquel vous êtes obligatoirement rattaché en fonction de votre situation professionnelle.

Aperçu des principaux régimes obligatoires de la sécurité sociale



Ainsi,

- ◆ Vous êtes **fonctionnaire** (titulaire ou stagiaire) ► vous êtes rattaché au **régime spécial** de sécurité sociale des fonctionnaires ;
- ◆ Vous êtes **contractuel** ► vous êtes rattaché au **régime général** de sécurité sociale.

2 - Je viens d'être recruté au CNRS ► Que dois-je faire ?

- ◆ Je suis **fonctionnaire** (titulaire ou stagiaire), je dois m'affilier au **régime spécial** de sécurité sociale des fonctionnaires.



Il vous appartient d'accomplir les démarches nécessaires à cette affiliation, qui est obligatoire.

Au CNRS, la prise en charge du régime obligatoire de la sécurité sociale a été confiée à la MGEN (section locale mutualiste 506). Aussi, pour accomplir les formalités nécessaires à votre affiliation, adressez-vous directement au centre MGEN du département de votre lieu de travail en vous aidant du site www.mgen.fr.

Sachez également qu'à Paris (département 75), la MAGE (section locale mutualiste 505) peut aussi remplir ce rôle de centre de sécurité sociale. Vous trouverez les coordonnées de l'agence MAGE Paris / Ile-de-France en vous rendant sur le site www.mage.fr (rubrique « Agences »).

Si des interrogations d'ordre général subsistent concernant votre affiliation (pièces justificatives à fournir, possibilités d'extension de vos droits aux membres de votre famille,...), n'hésitez pas à consulter l'assistant de service social de votre délégation régionale.



Cette affiliation, pour la gestion du régime obligatoire de la sécurité sociale, n'a pas de lien direct avec votre choix de complémentaire santé.

Ainsi, si vous dépendez de la MGEN pour le régime obligatoire, rien ne fait obstacle à ce que vous optiez, dans le choix de votre complémentaire santé, pour un autre organisme.

◆ Je suis **contractuel**, je reste affilié au **régime général** de la sécurité sociale.

Le centre de sécurité sociale dont vous dépendez est celui de votre domicile (vous pouvez directement le trouver en vous reportant sur le site www.ameli.fr, à la rubrique « vous êtes assuré » / « votre caisse »).

Pour en savoir plus, consultez directement l'assistant de service social de votre délégation régionale.



N'oubliez pas :

En cas de changement de votre situation professionnelle (fin de vos études, changement de secteur d'activité), vous devez impérativement tenir informé le nouveau centre de sécurité sociale dont vous dépendez au moyen du formulaire n°S1104 « Déclaration de changement de situation entraînant un changement d'affiliation », que vous pouvez télécharger directement à l'adresse suivante : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S1104.pdf

Deuxième volet : un point sur mes soins et leur remboursement

1 - En préambule

Le coût de vos consultations médicales varie selon que vous respectez ou non le parcours de soins coordonnés. Ainsi, si vous ne vous y conformez pas, vous risquez de payer vos consultations plus chères et surtout, depuis le 31 janvier 2009, le montant de vos remboursements « sécurité sociale » est diminué.

Voici un exemple d'application	Consultation d'un médecin généraliste du secteur 1	
Parcours de soins coordonnés	Vous payez	La sécurité sociale vous rembourse
	22 €	14,40 €
Hors parcours de soins coordonnés	Vous payez	La sécurité sociale vous rembourse
	22 €	5,60 €

Afin d'éviter ce désagrément, vous devez choisir et déclarer votre médecin traitant via le formulaire n° S3704 « Déclaration de choix du médecin traitant » directement téléchargeable à l'adresse suivante : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3704.pdf

Une fois cette démarche effectuée vous pourrez ensuite, tout en bénéficiant des mêmes remboursements que ceux applicables au parcours de soins coordonnés, consulter directement (sans passer par votre médecin traitant) certains spécialistes (ophtalmologue, gynécologue, psychiatre ou neuropsychiatre, stomatologue) et, si vous êtes loin de chez vous, vous rendre chez un autre médecin que votre médecin traitant.

2 - Les principaux remboursements de la sécurité sociale ► Comment ça fonctionne ?

Consultation chez un médecin généraliste, soins dentaires, achat de lunettes ou de médicaments Pour chaque prestation de santé réalisée sur prescription médicale, la sécurité sociale peut prendre en charge une partie des frais que vous avez engagés en appliquant à une « base de remboursement » fixée au préalable un « taux de remboursement ».

Le tableau réalisé ci-après permet d'illustrer cette opération.

Quelques exemples de prestations de santé	Objets	Base de remboursement de la sécurité sociale	Taux de remboursement de la sécurité sociale
Consultations	Médecin généraliste	22€ (secteur 1 et 2)*	70% dans le cadre du parcours de soins coordonnés et 30% hors parcours de soins coordonnés
	Spécialiste	25€ (secteur 1) et 23€ (secteur 2)	
	Psychiatre	37€ (secteur 1) et 34,30€ (secteur 2)	
	Chirurgien dentiste	21€	
Soins dentaires**	Détartrage	28,92€	70%
	Traitement d'une carie 3 faces et plus	40,97€	
	Extraction d'une dent de lait	16,72€	
Frais d'optique***	Personne âgée de moins de 18 ans	30,49€ pour la monture et 43,30€ pour des verres blancs multifocaux ou progressifs (sphère hors zone de -4,00 à +4,00)	65% (taux à appliquer conjointement à la base de remboursement « monture » et à la base de remboursement « verres »)
	Personne âgée de plus de 18 ans	2,84€ pour la monture et 2,29€ pour des verres blancs simple foyer (sphère de -6,00 à +6,00)	

*Pour en savoir plus sur les secteurs 1 et 2, reportez-vous sur le tableau de la page 6.

**Pour les enfants de moins de 13 ans, les valeurs des bases de remboursement peuvent être différentes de celles exposées ci-dessus. Pour en savoir plus, allez directement sur le site www.ameli.fr.

***Si votre enfant a moins de 6 ans, une ou plusieurs paires de lunettes par an peuvent vous être remboursées par la sécurité sociale (si son affection évolue).

Si votre enfant a entre 6 et 18 ans, une seule paire de lunettes par an peut vous être remboursée par la sécurité sociale.

Pour les personnes âgées de plus de 18 ans, une ou plusieurs paires de lunettes par an peuvent vous être remboursées par la sécurité sociale (si votre affection évolue).

En outre, pour vos **achats de médicaments**, sachez que le taux de remboursement « sécurité sociale » (appliqué directement sur le prix de vente du produit ou sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité) varie en fonction de la couleur de la vignette collée sur la boîte du médicament : 100% pour les vignettes blanches barrées, 65% pour les vignettes blanches « simples », 35% pour les vignettes bleues et 15% (à compter du 17 avril 2010) pour les vignettes oranges.

Concernant vos **vaccins**, peuvent être pris en charge par la sécurité sociale à la fois l'achat du produit (uniquement via prescription médicale et à hauteur de 65% sur la base du prix indiqué sur la vignette) et son injection (à hauteur de 70% si celle-ci est effectuée par votre médecin traitant).

Enfin, si vous êtes **hospitalisé** dans un établissement public ou une clinique privée conventionnée, la sécurité sociale rembourse vos frais d'hospitalisation à 80%, sauf cas particuliers (suppléments pour confort personnel, dépassements d'honoraires,...). Les 20% restant peuvent être pris en charge par votre complémentaire santé.

Aussi il vous est conseillé, avant l'hospitalisation, de contacter votre mutuelle afin de connaître le montant total de votre prise en charge (sécurité sociale + mutuelle). Vous pouvez également, par l'intermédiaire de celle-ci, anticiper l'ouverture des dossiers de soins afin de minimiser l'avance des frais et/ou les dépassements d'honoraires susceptibles de vous être appliqués.

Sachez également que si vous recevez des soins avant ou après votre hospitalisation et que ceux-ci sont liés à cette dernière, vous pouvez bénéficier d'un remboursement de la sécurité sociale (70% pour une consultation chez un anesthésiste avant opération,...).

Quoiqu'il en soit, le forfait hospitalier (cf tableau ci-dessous) reste à votre charge, sauf si vous remplissez les conditions d'exonération prévues (hospitalisation due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, soins prodigués dans le cadre d'une hospitalisation à domicile,...).

Par ailleurs, dans certains cas, vos frais d'hospitalisation (hors « forfait hospitalier » et frais de « confort personnel » : télévision,...) peuvent être intégralement remboursés par la sécurité sociale (100%) : hospitalisation en raison d'une affection de longue durée, hospitalisation due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, titulaire d'une pension d'invalidité.

3 - Quelques définitions et explications utiles

Tiers payant	Il consiste à ne pas faire l'avance des sommes laissées à la charge de la sécurité sociale lors d'une consultation ou de l'achat de médicaments. Pour en bénéficier, vous devez nécessairement présenter votre carte vitale.
Participation forfaitaire de 1€	Depuis le 1 ^{er} janvier 2005, une participation forfaitaire de 1€ est déduite automatiquement du montant des remboursements dont vous bénéficiez pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin ainsi que sur vos examens radiologiques ou analyses. Cette participation, qui ne peut être prise en charge par votre complémentaire santé, est limitée à 50€ par an et par personne.
Participation forfaitaire de 18€	Depuis le 1 ^{er} septembre 2006, une participation forfaitaire de 18€, à votre charge, s'applique (sauf cas particuliers) sur les actes d'un montant supérieur ou égal à 91€, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 50 (actes cliniques et certains actes techniques).
Forfait hospitalier	Le forfait hospitalier représente votre participation financière aux frais d'hébergement entraînés par votre hospitalisation. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement de santé (public ou privé). Depuis le 1 ^{er} janvier 2010, il est passé à 18 € par jour en hôpital ou en clinique et à 13,50 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

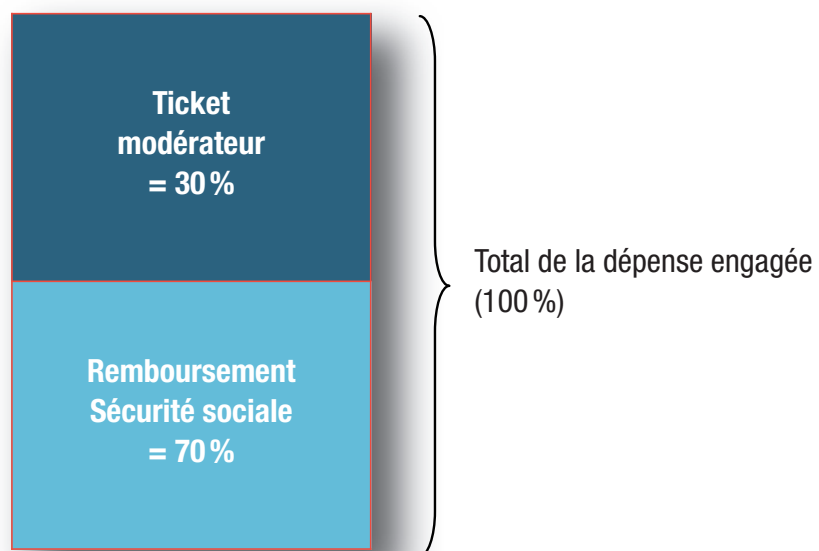
Secteur 1 et secteur 2	Le médecin conventionné de secteur 1 applique le « tarif conventionnel » alors que le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Quant au « tarif conventionnel », il est fixé selon la nature de chaque acte médical et par convention bipartite (sécurité sociale / syndicats des praticiens).
Ticket modérateur	Il correspond, pour vos dépenses de santé, au montant que vous devez effectivement payer après remboursement de la sécurité sociale.

Troisième volet : une complémentaire santé, pourquoi est-ce important ?

1- En préambule

La sécurité sociale ne rembourse que partiellement vos divers frais de santé (consultation chez un médecin généraliste, soins dentaires, optique, hospitalisation, ...), laissant ainsi à votre charge, comme évoqué dans le dernier tableau (page 6), le paiement du « [ticket modérateur](#) ».

Prenons pour exemple d'illustration le cas du remboursement d'une consultation chez un médecin généraliste, sur présentation de la carte vitale :



Ce ticket modérateur peut être pris en charge par une complémentaire santé, pour partie ou en totalité, selon la formule proposée par l'organisme auquel vous avez choisi d'adhérer.

C'est pourquoi, bien que non obligatoire, l'adhésion à une complémentaire santé vous est fortement conseillée.

D'autres informations concernant vos droits en cas de maladie sont disponibles dans le volet 5 de ce livret (page 12).

2 - Je suis agent CNRS (titulaire ou contractuel) ► Que dois-je faire ?

Que vous soyez fonctionnaire ou agent contractuel, vous pouvez librement adhérer à une complémentaire santé.



N'oubliez pas :

Le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a choisi, depuis le 1^{er} juillet 2009, suite à une procédure de mise en concurrence et pour une durée de 7 ans, la MGEN comme organisme de référence pour les personnels relevant de sa tutelle (dont font partie les agents CNRS, actifs et retraités). Toutefois, sachez que l'adhésion à la MGEN comme complémentaire santé reste facultative. Pour en savoir plus, consultez directement l'assistant de service social de votre délégation régionale.

3 - Comment choisir ma complémentaire santé ?

En premier lieu, vous devez accorder une attention toute particulière aux principaux postes de dépenses qui grèvent lourdement votre budget « santé » : soins dentaires (orthodontie,..), achat de lunettes,

Ensuite, pour connaître les frais qui seront à votre charge sur chacun de ces postes de dépenses, vous pouvez les croiser directement avec les remboursements prévus par la sécurité sociale (voir volet 2, page 4).

Enfin, pensez à examiner les taux ou montants de remboursements complémentaires que vous proposent les organismes envisagés (prestation par prestation) ainsi que la valeur de la cotisation qui vous est demandée (celle-ci peut varier selon votre âge ou votre situation professionnelle : actif ou retraité,...).

Afin d'optimiser votre choix, n'hésitez pas à demander un devis et à solliciter l'aide de l'assistant de service social de votre délégation régionale.

Vous trouverez ci-dessous, en sus des informations précédentes et pour vous aider à y voir plus clair face aux multiples offres en la matière, quelques précisions.

► MUTUELLE OU ORGANISME D'ASSURANCE, COMMENT LES DISTINGUER ?

Contrairement aux mutuelles qui sont des organismes à but non lucratif appartenant à leurs adhérents, les organismes d'assurance sont des sociétés de capitaux classiques, appartenant à des actionnaires auxquels ils distribuent certains des bénéfices réalisés.

► COMPLEMENTAIRE SANTE, ORGANISME DE PREVOYANCE, QUELLE DIFFERENCE ?

Certaines complémentaires santé proposent, au sein d'une même formule de protection et en plus d'une couverture santé « classique » (incluant notamment remboursement des frais de consultation, des frais dentaires, ...), une couverture « prévoyance ». Celle-ci vous permet notamment, en cas de perte de revenu suite à un accident ou une maladie, de bénéficier d'indemnités compensatoires. Et, a contrario, il existe des organismes se consacrant exclusivement aux garanties « prévoyance ». Vous trouverez des précisions concernant cette dernière dans le volet n°4 de ce livret (page 11).



N'oubliez pas

Il importe malgré tout de bien prendre en compte cette possibilité de couverture « globale » (couverture santé - prévoyance) dans le choix votre organisme complémentaire ; en effet, elle peut constituer un avantage important.

► TAUX DE REMBOURSEMENT DE 100%, 200%, QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE ?

Tout d'abord, sachez que chaque complémentaire santé propose, en fonction de la prestation de santé concernée, ses propres modalités de remboursement venant s'ajouter à celui opéré au préalable par la sécurité sociale : certaines appliquent un taux de remboursement (30%, 60%, 100%,...), d'autres une valeur monétaire (50€, 160€,..).

Plus précisément, concernant l'application des divers taux de remboursement (30%, 60%, 100%,...), les procédés de calcul peuvent différer d'un organisme à l'autre. Ainsi, pour une même prestation de santé et selon l'offre qui vous est faite, le calcul à effectuer pour connaître le montant du remboursement proposé par une complémentaire santé n'est pas le même :

Exemple	Base remboursement « sécurité sociale »	Exemple taux remboursement complémentaire santé	Signification de ce taux	Soit l'opération suivante à effectuer
Consultation médecin généraliste secteur 2 (50€)	22€	200 %	La complémentaire santé vous rembourse jusqu'à 200% du tarif de base «sécurité sociale»	(22€ x 200%) - Montant du remboursement préalable versé par la sécurité sociale
		30 %	La complémentaire santé vous rembourse 30% du tarif de base « sécurité sociale »	22€ x 30%

Pour illustrer ces propos, prenons pour exemple, dans les tableaux ci-après, le cas d'une consultation auprès d'un médecin généraliste de secteur 2 (honoraires libres) s'élevant à 50€ :

	Rappel dépense initiale	Aperçu des remboursements prévus par la sécurité sociale					Reste à votre charge après remboursement « sécurité sociale »
		Base remboursement « sécurité sociale »	Taux	Soit la somme de (A)	Déduction automatique de votre participation forfaitaire 1€ (cf page 5) (B)	Total remboursement « sécurité sociale » (A-B)	
Consultation médecin généraliste secteur 2	50€	22€	70 %	15,40 €	1 €	14,40 €	35,60 €

Aperçu de remboursements supplémentaires pouvant être proposés par une complémentaire santé				Reste à votre charge après remboursement de la sécurité sociale + de votre complémentaire santé			
Part remboursable par complémentaire santé	Exemples taux pratiqués par complémentaire santé	Rappel signification taux	Total remboursement complémentaire santé	Rappel montant dépense initiale	Rappel total remboursement « sécurité sociale »	Rappel total remboursement complémentaire santé	Total final dépense à votre charge
34,60€	200%	La complémentaire santé vous rembourse jusqu'à 200% du tarif de base	28,60€ Ce montant est obtenu en faisant l'opération suivante : (22€ x 200%) - 15,40€	50€	14,40€	28,60€ (pour un taux de 200%)	7,00€
	30%	La complémentaire santé vous rembourse 30% du tarif de base	6,60€ Ce montant est obtenu en faisant l'opération suivante : 22€ x 30%			6,60€ (pour un taux de 30%)	29,00€

Quatrième volet : une prévoyance, qu'est-ce que c'est ?

1 - En préambule

L'objet d'une prévoyance est de vous apporter, ainsi qu'à vos proches, des garanties financières face aux divers désagréments et aléas de la vie que vous êtes susceptibles de rencontrer (décès, arrêt de travail, invalidité, ...). Vous trouverez dans le volet 5 de ce livret (page 12) des éléments relatifs à vos droits en cas de maladie.

2 - Je suis agent CNRS (titulaire ou contractuel) ► Qu'est-ce qui doit retenir mon attention ?

Quel que soit votre statut (fonctionnaire ou contractuel), vous pouvez souscrire un contrat ou une option de prévoyance auprès de l'organisme de votre choix. Les garanties les plus souvent proposées en la matière visent essentiellement à :

- ◆ Compenser les pertes de revenus en cas de maladie, accident, perte d'autonomie.... ;
- ◆ Prévoir un capital ou une rente aux membres de votre famille en cas de décès.

Voici quelques points majeurs sur lesquels vous devez concentrer votre réflexion avant de procéder à un choix :

- ◆ Analyser les offres proposées au regard de votre âge et de votre profil (contexte familial, état général de santé, type de poste occupé, ...);
- ◆ Limiter l'étendue des exclusions prévues (situations non couvertes par la garantie) ;
- ◆ Vérifier la durée des garanties proposées (certaines sont temporaires).

Cinquième volet : quels sont mes droits en cas de maladie ?

Je suis fonctionnaire (titulaire ou stagiaire) au CNRS	Je suis contractuel au CNRS
3 types de congés maladie peuvent vous être accordés	2 types de congés maladie peuvent vous être accordés
Le congé ordinaire de maladie	
<p>Accordé suite à l'envoi à votre délégation d'un avis d'arrêt de travail délivré par un médecin, sa durée maximale est d'un an.</p> <p>Vous conservez, sans condition d'ancienneté, l'intégralité de votre traitement pendant les 3 premiers mois puis la moitié pendant les 9 mois suivants.</p>	<p>Accordé suite à l'envoi à votre CPAM d'un avis d'arrêt de travail (volet 1 et 2) délivré par un médecin, sachez que votre ancienneté au CNRS détermine la durée au cours de laquelle vous bénéficiez du plein traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Après 4 mois de service ► 1 mois à plein traitement et 1 mois à demi-traitement ◆ Après 2 ans de service ► 2 mois à plein traitement et 2 mois à demi-traitement ◆ Après 4 ans de service ► 3 mois à plein traitement et 3 mois à demi-traitement <p>En outre, le volet 3 de votre arrêt de travail doit impérativement être transmis au SRH de votre délégation régionale pour que soit établie « l'attestation de salaire » nécessaire au paiement des indemnités journalières</p>
Le congé de longue maladie	
<p>Accordé suite à examen médical auprès d'un médecin expert agréé et étude de votre dossier par le comité médical du CNRS, il est attribué par période de 3 à 6 mois pour une durée maximale de 3 ans consécutifs.</p> <p>Vous bénéficiez de l'intégralité de votre traitement pendant 1 an puis de la moitié de celui-ci pendant les 2 années suivantes.</p>	<p>Accordé en cas de pathologie grave, invalidante et nécessitant des soins prolongés, vous devez, pour en bénéficier, être employé de façon continue depuis au moins 3 ans et avoir reçu une décision favorable de votre délégation régionale (après examen médical auprès d'un médecin expert agréé et étude de votre dossier par le comité médical du CNRS).</p> <p>Il est attribué par période de 3 à 6 mois renouvelable dans la limite de 3 ans. Vous percevez l'intégralité de votre traitement pendant 1 an puis la moitié pour les 2 années restantes.</p>
Le congé de longue durée	
<p>Accordé pour certaines affections (cancer, tuberculose, ..) et suite à un avis du comité médical du CNRS, il intervient nécessairement après une 1ère année de congé longue maladie.</p> <p>Sa durée est de 5 ans (3 ans rémunérés à plein traitement et 2 ans à demi-traitement)</p>	