

0 Année	Vague	Mode d'enquête
------------	-------	-------------------

<b>QUESTIONNAIRE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE</b>
--

N° adresse
------------

**MUTUELLE OU ASSURANCE :**    N°  
 (zone réservée au chiffrage)

**Code CC :** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 (zone réservée au chiffrage)

<p><b>Prénoms des personnes protégées :</b></p> <p><b>Nom, adresse et ville de la mutuelle ou assurance :</b></p>
---

**1. Si le nom et l'adresse de la mutuelle ou de l'assurance reportés ci-dessus sont inexacts ou incomplets, veuillez noter ci-dessous le nom correct ou l'adresse correcte :**

NOM DE LA MUTUELLE OU ASSURANCE : .....

ADRESSE DE LA MUTUELLE OU ASSURANCE : .....

VILLE : .....

**2. Si d'autres personnes que celles notées dans le cadre ci-dessus sont protégées par cette couverture complémentaire, notez leur prénom ci-après. En revanche, si des personnes sont notées à tort, les barrer dans le cadre ci-dessus.**

.....

.....

**3. Pour chacun des soins suivants, comment cette couverture complémentaire rembourse-t-elle la part qui n'est pas prise en charge par le régime de la Sécurité sociale ?**

	lunettes	prothèses dentaires	appareils de redressement dentaire	soins de spécialistes
<b>très bien</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>bien</b>	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>moyennement</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<b>mal</b>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<b>très mal</b>	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
<b>pas du tout</b>	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<b>ne sait pas</b>	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7

**4. Compte tenu des remboursements auxquels vous avez droit, les cotisations que vous payez pour ce contrat maladie vous paraissent-elles :**

1 très chères       2 plutôt chères       3 plutôt peu chères       4 peu chères       5 ne sait pas

Tournez la page

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, **cette enquête est reconnue d'intérêt général et n'a pas de caractère obligatoire.**

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.

Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy les Moulineaux.

**5. Comment avez-vous obtenu cette couverture complémentaire ?**

- 1 Elle est obligatoire dans l'entreprise
- 2 Elle a été proposée à titre facultatif par votre employeur
- 3 C'est un choix individuel qui n'avait pas de lien direct avec votre milieu professionnel
- 4 Autres, précisez : .....

**6. Si vous avez coché la case 3 à la question précédente, avez-vous adhéré individuellement à votre couverture complémentaire maladie ? (3 réponses maximum)**

- 1 sur le conseil d'un proche (famille, ami, collègue...)
- 2 car vous avez d'autres contrats dans cet organisme
- 3 parce que le guichet, l'agence est près de chez vous
- 4 parce que les remboursements proposés, les services offerts correspondaient bien à votre attente
- 5 parce que le prix de la cotisation était attractif ou parce que vous aviez un tarif préférentiel, une remise...
- 6 autre, précisez : .....

**7. Vous même, ou quelqu'un de votre foyer, versez-vous une cotisation à cette mutuelle (ou assurance) ?**

- 1 oui
- 2 non
- 3 ne sait pas

**8. Un employeur verse-t-il de son côté une cotisation à cette mutuelle (ou assurance) ?**

- 1 oui
- 2 non
- 3 ne sait pas

**9. Etes-vous satisfait des délais de remboursements de cette mutuelle (ou assurance) ?**

- 1 très satisfait
- 2 satisfait
- 3 peu satisfait
- 4 mécontent

Cette partie du questionnaire est destinée à déterminer le niveau de couverture complémentaire maladie dont disposent les personnes résidant en France. Aujourd'hui, cette information est mal connue et il est impossible d'évaluer la somme dépensée pour se soigner qui n'est remboursée, ni par l'Assurance Maladie, ni par les mutuelles ou les assurances. C'est pourquoi il est très important que vous répondiez aux questions qui suivent ; elles permettront de connaître vraiment les sommes engagées pour se soigner et qui restent à votre charge.

**10. Si vous consultez un médecin SPECIALISTE pour une simple consultation et qu'il vous fait payer plus de 150 francs, cette mutuelle ou cette assurance vous rembourse-t-elle la somme au-delà de 150 francs ? (cette somme supplémentaire correspond à des dépassements d'honoraires ou à des honoraires libres).**

- 1 oui, en totalité ou en partie
- 2 non
- 3 ne sait pas

*Le tarif d'une simple consultation de spécialiste, c'est-à-dire une consultation sans examen ou soin très particulier, est fixé par la Sécurité sociale à 150 francs.*

Pour remplir la suite de ce questionnaire, il est utile d'avoir sous les yeux le contrat ou la notice explicative que vous a fourni cette mutuelle ou assurance.

**11. Pouvez-vous recopier exactement le niveau de remboursement proposé par cette mutuelle ou cette assurance pour les prothèses dentaires et les lunettes (monture et verres) :**

**Exemples :** 200 % du tarif de responsabilité sous déduction des prestations de la Sécurité sociale,  
 100 % des frais réels, moins les remboursements de la Sécurité sociale, dans la limite de 250 % du tarif de convention,  
 forfait de 400 francs,  
 5 % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)...

- pour les prothèses dentaires : .....
- .....
- .....
- pour les lunettes (monture et verres) : .....
- .....
- .....

**12. Quel est le nom de la formule, de l'option ou du contrat de votre couverture complémentaire ?**

.....