

Cadre réservé à l'enquêteur

| | | | |
|--------------------------------|--|--------------------|--|
| B E N - N 4 | | | |
| N° adresse | | N° individuel | |
| | | | |
| Prénom du souscripteur | | Année de naissance | |
| Couverture complémentaire n° : | | NMUT | |

Réservé à la relecture :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Réservé au chiffrage :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Code CC : | | | | | | | | IDCC2



Le numéro **0 800 11 61 60**,
gratuit depuis un poste fixe,
est disponible du lundi au vendredi,
de 9h30 à 12h30 et de 13h30 à 18h00,
pour répondre à vos questions.



ENQUÊTE SANTÉ ET PROTECTION SOCIALE 2014

Questionnaire « Mutuelle ou complémentaire santé »



Ce questionnaire est destiné au souscripteur du contrat. Dans la mesure du possible il est préférable qu'il le remplisse lui-même.



Merci de joindre à ce questionnaire une copie du résumé des garanties du contrat de complémentaire santé.

Vos réponses à ce questionnaire seront traitées de façon strictement anonyme

Vu l'avis favorable du Conseil national de l'information statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et de qualité statistique sans avoir de caractère obligatoire.

Visa n° 2014X700AU du ministre de l'Economie et des finances, valable pour l'année 2014.

En application de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à l'Irdes.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de GfK ISL, division Grandes enquêtes et institutionnel, 40, rue Pasteur CS 90004 92156 Suresnes cedex.

IRDES
Institut de recherche
et documentation en
économie de la santé

- 1. Prénom de la personne qui remplit le questionnaire : | | | |
- 2. Date de remplissage de ce questionnaire : | | | | | 2 | 0 | | | | (réservé chiffrage)



Dans ce questionnaire, le terme « mutuelle » désigne le contrat de complémentaire santé quel que soit l'organisme auprès duquel il a été souscrit : une mutuelle, une assurance privée ou une institution de prévoyance.
 Pour répondre à ce questionnaire, il est nécessaire d'avoir sous les yeux le relevé des garanties du contrat de cette mutuelle.

3. Adresse de l'organisme

Coordonnées de l'organisme auprès duquel a été souscrit le contrat (mutuelle, assurance privée, institution de prévoyance) :

⇒ Ces informations sont correctes : ₁ oui ₂ non
 Si non, notez ici le nom et l'adresse :
 NOM :
 VILLE :

4. Assuré (souscripteur du contrat) NINDASSU_GV

Prénom du souscripteur :

NIND1
 ⇒ Cette information est correcte : ₁ oui ₂ non
 Si non, notez ici le prénom du souscripteur :

5. Autres personnes couvertes

NIND2-NIND10

Prénoms des autres personnes couvertes par le contrat :

⇒ Ces informations sont correctes : ₁ oui ₂ non
 Si non, rayez dans la liste les prénoms notés par erreur et ajoutez ici ceux des personnes oubliées :

6. Quel est le nom de la formule, de l'option ou du contrat de cette mutuelle ?

.....

7. Versez-vous une cotisation pour cette mutuelle ? COTIS

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas

→ **7.1** Si oui, quel est le montant de cette cotisation ? | | | | | euros

Précisez :

- ₁ Par mois
- ₂ Par trimestre
- ₃ Par semestre
- ₄ Par an
- ₅ Autre, précisez :

VAR GÉNÉRÉE :
MONTANT_AN

8. Avez-vous bénéficié de l'Aide à la Complémentaire santé appelée aussi ACS ou chèque santé pour payer une partie de la cotisation de cette mutuelle ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Je ne sais pas

BENEF_ACS

9. Pour chacun des soins suivants, considérez-vous être bien ou mal remboursé par cette mutuelle ?

| | Très bien | Plutôt bien | Plutôt mal | Très mal | Non remboursé | Ne sais pas |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Lunettes | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| Prothèses dentaires (couronnes, bridges, dentiers) | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| Dépassements d'honoraires de spécialistes | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |
| Forfait hospitalier | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ | <input type="checkbox"/> ₆ |

OP_LUNET

OP_PROTDEN

OP-DEPSPE

OP_HOSP

10. Actuellement quelle est la situation professionnelle du souscripteur de cette mutuelle ?

STATUT_PRO

- ₁ Travailleur indépendant ou inactif non retraité → **Passez à la question 11**
- ₂ Salarié du privé, contractuel ou fonctionnaire
- ₃ Chômeur ou retraité

10.1 Ce contrat est-il : **OBTENT_SAL**

- ₁ Une complémentaire d'entreprise c'est-à-dire une mutuelle souscrite par l'intermédiaire de son employeur
- ₂ Une mutuelle souscrite par une démarche personnelle auprès de l'organisme de son choix
- ₃ Autre, précisez :

10.1.1 La souscription à ce contrat (pour les contrats d'entreprise avec options, nous nous intéressons ici au contrat de base) est-elle ? **ENTREP**

- ₁ Obligatoire
- ₂ Facultative
- ₃ Je ne sais pas

10.2 Ce contrat est-il : **OBTENT_CHOMRET**

- ₁ Une mutuelle souscrite par une démarche personnelle auprès de l'organisme de son choix
- ₂ La complémentaire santé de son ancienne entreprise qu'il a conservée
- ₃ Autre, précisez :

11. L'an dernier, à la même époque, le souscripteur du contrat était-il couvert par le même contrat ?

DEJA

- ₁ Oui → Depuis combien d'années a-t-il ce contrat ? |_|_| an(s) NBAN
- ₂ Non, il n'avait pas de mutuelle
- ₃ Non, il a changé de contrat ou d'organisme

→ **11.1** Quelles sont les raisons de ce changement ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Le coût du contrat était trop élevé CHGT_COUT
- ₂ Les garanties ne correspondaient plus à vos besoins CHGT_GARANTIE
- ₃ Le service offert par l'organisme n'était plus satisfaisant (délais de remboursements etc.) CHGT_OPINION
- ₄ A cause d'un changement de situation professionnelle CHGT_SITUPRO
- ₅ A cause d'un changement de situation personnelle CHGT_SITUPERSO
- ₆ Autre, précisez : CHGT_AUT

→ **11.2** Le montant de la cotisation de ce nouveau contrat est-il ? COMPAR_PRIX

- ₁ Plus élevé qu'avant
- ₂ Le même qu'avant
- ₃ Moins élevé qu'avant
- ₄ Je ne sais pas

→ **11.3** Les garanties proposées par ce nouveau contrat, sont-elles ? COMPAR_GARANTIE

- ₁ Meilleures que les précédentes
- ₂ Identiques aux précédentes
- ₃ Moins bonnes que les précédentes
- ₄ Je ne sais pas



Pour répondre à la question suivante, il est nécessaire d'avoir sous les yeux le résumé des garanties du contrat de cette mutuelle. Merci, si vous le pouvez, de nous en transmettre une copie.

12. Recopiez exactement les niveaux de remboursement proposés par cette mutuelle (en cas de libellés multiples pour les rubriques ci-dessous, merci de tous les noter) pour :

les prothèses dentaires : ex : 200 % du TC / 200 % de la BR sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale

.....
NIV_PROTDEN
.....
.....

les lunettes (monture et verres) uniquement : ex : 5 % du PMSS / forfait de 50 €

.....
NIV_LUNET
.....
.....

les honoraires de spécialistes (parfois regroupés sous le terme de « Frais médicaux » ou « Consultations, visites ») : ex : 100 % des frais réels dans la liste de 250 % du TC

.....
NIV_SPE
.....
.....