

Cadre réservé à l'enquêteur

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _												
N° adresse											N° individuel	
.....											_ _ _ _	
Prénom de l'assuré											Année de naissance	
Couverture complémentaire n° : .....												


Réservé à la relecture :	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Réservé au chiffrement :	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Code CC :	_ _ _ _ _ _

QCC



## ENQUÊTE SANTÉ ET PROTECTION SOCIALE 2012

### Questionnaire « Mutuelle ou complémentaire santé »

 Il est important que l'assuré (c'est-à-dire la personne qui a souscrit le contrat de mutuelle ou complémentaire santé) remplisse lui-même ce questionnaire.

**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° 2012X718AU du Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, valable pour l'année 2012.

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 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, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy-les-Moulineaux.



1. Prénom de la personne qui remplit le questionnaire : ..... | | | |  
 (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 de votre contrat de mutuelle.

2. Adresse de l'organisme

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

.....  
 .....  
 .....

⇒ Vérifiez le nom et l'adresse de l'organisme reportés ci-contre et, s'ils sont inexacts ou incomplets, notez ci-dessous le nom et l'adresse corrects :

NOM : .....  
 ADRESSE : .....  
 .....  
 VILLE : .....

3. Assuré (souscripteur du contrat)

Prénom de l'assuré :

.....  
 .....

⇒ Vérifiez le prénom de l'assuré ci-contre. En cas d'erreur, notez-le ci-dessous :

.....

4. Autres personnes couvertes

Prénoms des autres personnes couvertes par le contrat :

.....  
 .....  
 .....

⇒ Vérifiez la liste ci-contre des prénoms des autres personnes couvertes. Rayez dans cette liste les prénoms notés par erreur. Ajoutez ci-dessous les prénoms des personnes oubliées :

.....  
 .....

5. Quel est le nom de la formule, de l'option ou du contrat de votre mutuelle :

..... **CONTRATFJ** .....

6. Versez-vous une cotisation pour cette mutuelle ?

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non
- <sub>3</sub> Je ne sais pas

**COTIS**

→ Si oui, quel montant versez-vous ? | | | | euros **MONTANT\_AN**

Précisez : <sub>1</sub> Par mois <sub>2</sub> Par trimestre <sub>3</sub> Par semestre <sub>4</sub> Par an  
<sub>5</sub> Autre, précisez : .....

NIND1  
 -NIND9

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

- <sub>1</sub> Oui
- <sub>2</sub> Non
- <sub>3</sub> Je ne sais pas

**BENEF\_ACS**

**8. Comment cette mutuelle a-t-elle été obtenue ?**

<sub>1</sub> **Le souscripteur de la mutuelle est actuellement salarié du privé ou fonctionnaire**

<sub>1</sub> Par son entreprise ou son administration actuelle

→ **La souscription à cette mutuelle est...**

- <sub>1</sub> Obligatoire
- <sub>2</sub> Facultative
- <sub>3</sub> Je ne sais pas

**ENTREP**

<sub>2</sub> Par ses propres moyens, par une démarche personnelle

<sub>3</sub> Autre, précisez : .....

<sub>2</sub> **Le souscripteur de la mutuelle est actuellement chômeur ou retraité**

<sub>1</sub> Par son ancienne entreprise ou administration

<sub>2</sub> Par ses propres moyens, par une démarche personnelle

<sub>3</sub> Autre, précisez : .....

<sub>3</sub> **Le souscripteur de la mutuelle est actuellement travailleur indépendant ou inactif non retraité (étudiant, personne au foyer, inactif pour cause d'invalidité...)**

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

	Très bien	Plutôt bien	Plutôt mal	Très mal	Pas du tout	Ne sais pas
LUNET	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
PRODEN	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
DEPSPE	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
HOSP	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

**Tournez la page SVP ➡**

## 10. L'année dernière, à la même époque, aviez-vous le même contrat de mutuelle ?

- <sub>1</sub> Oui → Depuis combien d'années avez-vous ce contrat ? |\_\_|\_\_| an(s) **NBAN**
- DEJA** <sub>2</sub> Non, je n'avais pas de mutuelle
- <sub>3</sub> Non, j'ai changé de contrat mais je suis resté dans le même organisme
- <sub>4</sub> Non, j'ai changé d'organisme

## 11. Si vous avez changé de contrat ou d'organisme, quels sont les motifs de ce changement ? (plusieurs réponses possibles)

- <sub>1</sub> Je souhaitais réduire le coût de mon contrat **CHGT\_COUT**
- <sub>2</sub> Je souhaitais changer les garanties **CHGT\_GARANTIE**
- <sub>3</sub> Je n'étais plus satisfait de l'organisme (délais de remboursements etc.) **CHGT\_OPINION**
- <sub>4</sub> J'ai changé de situation professionnelle **CHGT\_SITUPRO**
- <sub>5</sub> J'ai changé de situation personnelle **CHGT\_SITUPERSO**
- CHGT\_AUT** <sub>6</sub> Autre, précisez : .....

## 12. Pour vous payer ce nouveau contrat vous dépensez ?

- <sub>1</sub> Plus qu'avant
- <sub>2</sub> Autant qu'avant **COMPAR\_PRIX**
- <sub>3</sub> Moins qu'avant
- <sub>4</sub> Je ne sais pas

## 13. Les garanties proposées par ce nouveau contrat, sont-elles ?

- <sub>1</sub> Meilleures que les précédentes
- <sub>2</sub> Identiques aux précédentes **COMPAR\_GARANTIE**
- <sub>3</sub> Moins bonnes que les précédentes
- <sub>4</sub> Je ne sais pas



Pour répondre à la question suivante, il est nécessaire d'avoir sous les yeux le résumé des garanties de votre contrat de mutuelle

## 14. Pouvez-vous recopier exactement les niveaux de remboursement proposés par cette mutuelle pour les prothèses dentaires, les lunettes (monture et verres) et les honoraires de spécialistes :

Ex : 200 % du TC (tarif de convention) / 200 % de la BR (base de remboursement) / 100 % des frais réels dans la limite de 250 % du TC / forfait de 50 € / 5 % du PMSS (Plafond mensuel de la Sécurité sociale)...

NB : En cas de libellés multiples pour les rubriques ci-dessous, merci de tous les noter.

Pour les prothèses dentaires : .....  
**NIVPROTDEN**

Pour les lunettes (monture et verres) uniquement : .....  
**NIVLUNET**

Pour les honoraires de spécialistes (parfois regroupés sous le terme de « Frais médicaux » ou « Consultations, visites ») : .....  
**NIVSPE**