

ENQUÊTE AUPRÈS DES ORGANISMES OFFRANT DES COUVERTURES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Questionnaire confidentiel destiné à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

Vu l'avis favorable du Conseil national de l'information statistique, cette enquête, reconnue d'intérêt général et de qualité statistique, est obligatoire, en application de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques.

Visa n° XXXX du Ministre de l'économie et des finances, valable pour l'année AAAA – Arrêté en date du JJ/MM/AAAA (date de publication au Journal officiel) [ou Arrêté en cours de parution (si visa accordé avant la parution au JO)].

Les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à la production de statistiques.

Le règlement général 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données (RGPD) ainsi que la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'appliquent à la présente enquête pour les données à caractère personnel. Ces droits, rappelés dans la lettre-avis, peuvent être exercés auprès de Ipsos, que vous pouvez contacter à l'adresse suivante: Ipsos Observer, 35 rue du Val de Marne, 75628 PARIS Cedex 13.

CONSIGNES POUR REpondre AU QUESTIONNAIRE

RENSEIGNER PAR DES DONNÉES DE L'ANNÉE 2019

Une première question porte sur la démographie de l'ensemble de la population couverte par l'organisme (Bordereau DEMO).

Si l'organisme fait partie d'un groupe, merci de renseigner cette partie uniquement avec les données portant sur l'organisme.

Les questions suivantes portent sur des contrats de complémentaire santé commercialisés par votre organisme. Leurs noms correspondent aux identifiants que votre organisme a renseignés dans la première étape de l'enquête et sont indiqués en en-tête des colonnes du questionnaire.

Certains renseignements fournis par votre organisme à l'étape 1 ont été pré remplis dans l'onglet DEMO. Merci de vous assurer que ces informations sont justes et notamment que :

- Les montants sont bien exprimés en milliers d'euros (et non en euros)
- Les effectifs de souscripteurs portent bien, pour les contrats collectifs, sur le nombre de **personnes** ayant souscrit le contrat. Dans le cas d'un contrat souscrit par une entreprise, on attend donc le nombre de salariés ayant souscrit le contrat.

On entend par **contrat un même ensemble de garanties offertes présentant les mêmes niveaux de remboursement et la même tarification** (certains organismes parlent de « formules »).

Ainsi, dans le cas des contrats collectifs, si plusieurs entreprises ont souscrit un même panier de garanties pour un même niveau de tarification, alors les informations recueillies pour ce contrat devront être sommées **sur l'ensemble des assurés / adhérents (resp. bénéficiaires) des-toutes** entreprises concernées.

Pour les contrats modulaires ou "à base + options", il convient de renseigner les montants des garanties de l'ensemble du contrat indiqué (donc y compris option le cas échéant).

Pour rappel, voici les définitions des types de contrat dans cette enquête :

- les contrats complémentaires individuels sont souscrits directement par l'assuré.
- les contrats complémentaires collectifs comprennent ici les contrats collectifs de l'organisme, que l'adhésion soit obligatoire ou facultative, et les contrats surcomplémentaires à adhésion obligatoire.
- les contrats de type surcomplémentaires sont ici les contrats "surcomplémentaires" individuels ou collectifs à adhésion facultative, mais hors contrats surcomplémentaires collectifs à adhésion obligatoire, qui sont indiqués comme « collectifs ».

Pour les contrats de type "surcomplémentaire", il convient d'indiquer les **montants des garanties** uniquement pour la partie prise en charge par le contrat de surcomplémentaire; c'est-à-dire **hors remboursements effectués par un autre contrat**. Lorsque cette distinction n'est pas possible, veuillez l'indiquer par un commentaire au niveau de la cellule.

Le questionnaire comprend quelques questions spécifiques à certains types de contrats. Ainsi :

- lorsque la question est précédée de la mention "*contrats individuels et collectifs seulement*", alors elle ne concerne pas les contrats surcomplémentaires ;
- lorsque la question est précédée de la mention "*contrats individuels et surcomplémentaires*", alors elle ne concerne pas les contrats complémentaires collectifs

CONSERVATION DES DONNEES:

Il est rappelé que les données renseignées ici peuvent être conservées par les utilisateurs. Pour plus d'information se reporter au manuel utilisateur, point 10. Les restitutions des données.

Les lettres et chiffres entre parenthèses sur les bordereaux correspondent aux références des questions. Ces informations sont techniques, elles sont destinées à aider les utilisateurs qui souhaitent exporter leurs données. Exemple : (A1), (A) ou (1)

Nous vous demandons également de déposer, via le bordereau de dépôt, les descriptifs des garanties pour chacun des contrats que vous nous avez décrits (par exemple sous forme d'un tableau au format Excel ou pdf).

Pour toutes vos questions :

- une hotline est à votre disposition du lundi au vendredi de 9h à 18h.

Numéro de la hotline : **01.73.60.02.25**

Adresse électronique : **hotline-oc@ipsos-enquetes-drees.fr**

AFIN D'ACCÉDER AU QUESTIONNAIRE, MERCI D'ENREGISTRER CE BORDEREAU EN CLIQUANT SUR LE BOUTON "ENREGISTRER"

ID - Identification de l'organisme

Raison sociale :	(A1)	<input type="text"/>
Sigle éventuel :	(A2)	<input type="text"/>
N° SIREN ou RNM :	(A3)	<input type="text"/>
Type d'organisme :	(A4)	<input type="radio"/> 1. Mutuelle <input type="radio"/> 2. Institution de prévoyance <input type="radio"/> 3. Société d'assurance
Adresse :	(A5)	<input type="text"/>
Lieu-dit / BP :	(A6)	<input type="text"/>
Code postal :	(A7)	<input type="text"/>
Commune :	(A8)	<input type="text"/>

Personnes à contacter en cas de besoin d'informations complémentaires :

Service :	(A9)	<input type="text"/>
Nom 1 :	(A10)	<input type="text"/>
N° de tél. 1 :	(A11)	<input type="text"/>
Adresse électronique (e-mail) 1 :	(A12)	<input type="text"/>
Nom 2 :	(A13)	<input type="text"/>
N° de tél. 2 :	(A14)	<input type="text"/>
Adresse électronique (e-mail) 2 :	(A15)	<input type="text"/>

Noms des contrats sélectionnés à décrire :

	(A) Contrat 1	(B) Contrat 2	(C) Contrat 3
Nom du contrat (16)			
Type du contrat (17)			

DEMO - Éléments sur la démographie de l'organisme

Démographie de la population couverte par l'ensemble des contrats "santé" au 31/12/2019

			Personnes âgées de				
			(A) 0 à 24 ans	(B) 25 à 59 ans	(C) 60 à 64 ans	(D) 65 ans et plus	(E) Total
Contrats complémentaires individuels*	Assurés / adhérents (ouvrant droit)	(1)					
	Bénéficiaires (= assurés + ayants droit)	(2)					
Contrats complémentaires collectifs	Assurés / adhérents (ouvrant droit)	(3)					
	Bénéficiaires (= assurés + ayants droit)	(4)					
Ensemble des contrats complémentaires individuels et collectifs	Assurés / adhérents (ouvrant droit)	(5)					
	Bénéficiaires (= assurés + ayants droit)	(6)					
Contrats surcomplémentaires (individuels ou collectifs facultatifs)	Assurés / adhérents (ouvrant droit)	(7)					
	Bénéficiaires (= assurés + ayants droit)	(8)					

* y compris les contrats dits "loi Evin" (droit pour les anciens salariés, par exemple les retraités, de continuer à bénéficier de la protection sociale complémentaire à titre individuel), hors CMU complémentaire, hors ACS et hors CSS.

Répartition de l'activité de l'organisme entre contrats individuels et contrats collectifs

	(A)	
Cotisations collectées par l'organisme en 2019 (en milliers d'euros), primes émises nettes (assiette de la TSA en 2019)	(9)	K€
Dont:	(10)	K€
- activité sur les contrats individuels		
- activité sur les contrats collectifs	(11)	K€

Eléments d'identification des contrats étudiés

Le contrat est-il responsable ?

Le contrat complémentaire est-il collectif à adhésion facultative ?

Dans le cas où seule la base est à adhésion obligatoire, répondre non.

Contrats individuels et collectifs seulement:

0- base

S'agit-il de la formule de base ou d'une combinaison faisant intervenir une option?

1- base+option

Contrats surcomplémentaires seulement:

Le contrat de surcomplémentaire est-il commercialisé en collectif ?

Nombre d'**assurés / adhérents** (ouvrant droit) au 31/12/2019

- Dont :**
- Assurés / adhérents de 0 à 24 ans*
 - Assurés / adhérents de 25 à 59 ans*
 - Assurés / adhérents de 60 à 64 ans*
 - Assurés / adhérents de 65 ans et plus*

Nombre de **bénéficiaires** au 31/12/2019

Montant des cotisations collectées
(en milliers d'euros, K€)

Contrats collectifs seulement:

Combien d'entreprises sont couvertes par ce contrat (mêmes garanties offertes avec mêmes niveaux de remboursement et même tarification) ?

Combien d'entreprises sont couvertes par ces garanties à ce même niveau de remboursement mais avec **une tarification différente** ?

	(A)	(B)	(C)
(12)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(14)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(15)	<input type="radio"/> 0-	<input type="radio"/> 0-	<input type="radio"/> 0-
	<input type="radio"/> 1-	<input type="radio"/> 1-	<input type="radio"/> 1-
(13)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(16)			
(17)			
(18)			
(19)			
(20)			
(21)			
(22)		K€	K€
(23)			
(24)			

SERV - Délais d'attente et services associés au contrat

Le contrat offre-t-il un service de tiers-payant?

	(A)	(B)	(C)
(1)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Si oui, ce service est-il disponible pour :

Les frais d'hospitalisation ?

(2)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---	---	---

La pharmacie ?

(3)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---	---	---

Les dépenses de radiologie ?

(4)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---	---	---

Les dépenses de dentiste ?

(5)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---	---	---

Les dépenses d'optique ?

(6)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---	---	---

Les consultations de médecins ?

(7)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---	---	---

Contrats individuels et surcomplémentaires:

Des délais de carence sont-ils appliqués après l'adhésion ?

(8)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---	---	---

Si oui, quels sont les délais de carence (en mois) appliqués:

pour les dépenses d'optique ?

(9)			
-----	--	--	--

pour les dépenses de prothèses dentaires ?

(10)			
------	--	--	--

pour les dépenses d'hospitalisation ?

(11)			
------	--	--	--

Clause particulière en contrats "santé"

Contrats individuels et surcomplémentaires:

Existe-il un **âge maximum** à la souscription du contrat ?

(12)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
------	---	---	---

Si oui, quel âge ?

(13)			
------	--	--	--

Le contrat est-il réservé exclusivement à certaines personnes ?

(14)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
------	---	---	---

Si oui, préciser :

1. Retraités, anciens salariés ou ayant droit d'une entreprise

(15)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

2. Fonction publique (fonctionnaires ou contractuels)

	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------

3. Étudiants ou jeunes

	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------

4. Salariés d'une entreprise

	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------

5. Branche professionnelle

	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------

6. Indépendants, Agriculteurs

	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------

7. Autres

	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------

PRIX - Analyse du prix des contrats

Cette partie du questionnaire porte sur le montant mensuel de la cotisation **TTC** dont devrait s'acquitter un nouvel adhérent qui souscrirait aux contrats décrits dans l'enquête.

Par défaut, on considère que le **nouvel adhérent "de référence"** :

- est un homme **vivant seul et sans enfant**
- est âgé de 40 ans
- est rattaché au régime général de la sécurité sociale ou un régime offrant les mêmes remboursements (RSI, fonctionnaires, etc.)
- est déjà couvert par un organisme concurrent au moment de son adhésion
- **travaille à temps plein** et perçoit un salaire correspondant à la plus basse tranche de revenus (si les cotisations dépendent des revenus)
- vit dans la zone géographique où les cotisations sont les plus élevées (si les cotisations dépendent du lieu de résidence).

Quel serait le montant mensuel de la cotisation de l'adhérent de référence (décrit dans l'encadré ci-dessus)?

	(A)	(B)	(C)
(1)	€	€	€
(2)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Ce contrat est-il lié à un régime spécial incluant déjà une complémentaire obligatoire (type Alsace-Moselle, Industries électriques et gazières...)?

Contrats individuels et surcomplémentaires:

Les cotisations dépendent-elles de l'âge ?

(3)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---	---	---

Contrats individuels et surcomplémentaires:

Si oui, quel serait le montant mensuel de la cotisation de l'adhérent de référence, s'il était (*) :

Âgé de 20 ans ?

Âgé de 60 ans ?

Âgé de 65 ans ?

Âgé de 75 ans ?

Âgé de 85 ans ?

(4)	€	€	€
(5)	€	€	€
(6)	€	€	€
(7)	€	€	€
(8)	€	€	€

Comment sont pris en compte les enfants ayants droit dans la cotisation ?

0. Pas de prise en charge des enfants

1. Tous les enfants cotisent (y compris si le tarif est dégressif)

2. Gratuité à partir du 2^e, 3^e ou 4^e enfant

3. Forfait famille quel que soit le nombre d'enfants

(9)	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0
	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1
	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2
	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3

Quel serait le montant mensuel de la cotisation de la famille de l'adhérent de référence s'il était marié à une femme de 40 ans (*) :

- Sans enfant ?
- Avec un enfant ?
- Avec deux enfants ?
- Avec trois enfants ?

	(A)	(B)	(C)
(10)	€	€	€
(11)	€	€	€
(12)	€	€	€
(13)	€	€	€

Contrats individuels et surcomplémentaires:

Les cotisations dépendent-elles du lieu de résidence ?

(14)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
------	---	---	---

Si oui, quel serait le montant mensuel de la cotisation de l'adhérent de référence s'il vivait dans la zone géographique où les cotisations sont les moins élevées ?

(15)	€	€	€
------	---	---	---

Les cotisations dépendent-elles des revenus ?

(16)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NSP	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NSP	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NSP
------	---	---	---

Si oui, quel serait le montant mensuel de la cotisation de l'adhérent de référence s'il touchait un salaire brut correspondant à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (2 x 3 377 en 2019, soit 6 754 euros) (ou, à défaut, le salaire correspondant à la plus haute tranche de revenus de votre grille salariale) ?

(17)	€	€	€
------	---	---	---

Contrats individuels et surcomplémentaires:

Les cotisations dépendent-elles de l'ancienneté dans le contrat ?

(18)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
------	---	---	---

Si oui, quel serait le montant mensuel de la cotisation de l'adhérent de référence s'il était couvert par ce contrat depuis 10 ans ? (*)

(19)	€	€	€
------	---	---	---

(*) Si l'organisme ne couvre pas les nouveaux adhérents d'une de ces catégories, inscrire 999.

PHAR - Pharmacie

	(A)		(B)		(C)	
Remboursement des médicaments pris en charge à 30 % par la S.S. (ex vignette bleue)	<input type="radio"/>	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>

Si oui, préciser :

- Soit le remboursement en % du tarif forfaitaire de responsabilité de la sécurité sociale, **hors RSS**

(5)		%		%		%
-----	--	---	--	---	--	---

- Soit le remboursement en % du tarif forfaitaire de responsabilité de la sécurité sociale, **yc RSS**

(6)		%		%		%
-----	--	---	--	---	--	---

- Soit le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS**

(7)		%		%		%
-----	--	---	--	---	--	---

Remboursement des médicaments pris en charge à **15 %** par la S.S. (ex vignette orange)

(8)	<input type="radio"/>	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
-----	-----------------------	---------------------------	---------------------------	-----------------------	---------------------------	---------------------------

Si oui, préciser :

- Soit le remboursement en % du tarif forfaitaire de responsabilité de la sécurité sociale, **hors RSS**

(9)		%		%		%
-----	--	---	--	---	--	---

- Soit le remboursement en % du tarif forfaitaire de responsabilité de la sécurité sociale, **yc RSS**

(10)		%		%		%
------	--	---	--	---	--	---

- Soit le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS**

(11)		%		%		%
------	--	---	--	---	--	---

Le contrat prévoit-il une prise en charge pour des médicaments non remboursés par la Sécurité sociale, ou prescrits et non remboursés ?

(12)	<input type="radio"/>	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	oui <input type="radio"/>	non <input type="radio"/>
------	-----------------------	---------------------------	---------------------------	-----------------------	---------------------------	---------------------------

Si oui, préciser :

- Soit le plafond de remboursement

(13)		€		€		€
------	--	---	--	---	--	---

- Soit le remboursement exprimé en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

(14)		%		%		%
------	--	---	--	---	--	---

SAMB - Honoraires et soins ambulatoires

Remboursement des consultations de médecin spécialiste **ayant adhéré** au dispositif d'option de pratique tarifaire maîtrisée (**OPTAM**), **pour un assuré DANS le parcours de soins**

	(A)	(B)	(C)
(1)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Si oui, préciser (*):

- Le forfait monétaire de remboursement, **hors RSS**
- Le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**
- Le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**
- Le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS**

(2)	€	€	€
(3)	%	%	%
(4)	%	%	%
(5)	%	%	%

Remboursement des consultations de médecin spécialiste, **n'ayant pas adhéré** au dispositif **OPTAM**, **pour un assuré DANS le parcours de soins**

(6)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---	---	---

Si oui, préciser (*):

- Le forfait monétaire de remboursement, **hors RSS**
- Le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**
- Le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**
- Le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS**

(7)	€	€	€
(8)	%	%	%
(9)	%	%	%
(10)	%	%	%

(* Renseigner plus d'une case si les garanties offertes par le contrat combinent plusieurs modes de remboursements.

Remboursement des consultations de médecin spécialiste **pour un assuré HORS parcours de soins**

(11)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
------	---	---	---

Remboursement de la radiologie et de l'imagerie médicale

(12)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
------	---	---	---

Si oui, préciser :

- Soit le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**
- Soit le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**
- Soit le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS**

(13)	%	%	%
(14)	%	%	%
(15)	%	%	%

Remboursement des frais d'analyse ou de laboratoire

Si oui, préciser :

- Soit le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**
- Soit le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**
- Soit le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS**

(16)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
------	---	---	---

(17)	%	%	%
(18)	%	%	%
(19)	%	%	%

APPAR - Appareillage (adulte)

	(A)	(B)	(C)
(1)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Si oui, préciser (*) (en cas de différence, considérer une paire d'aide auditive de classe 2) :

- Le forfait monétaire de remboursement, **hors RSS** (remboursement après l'achat de **DEUX aides**)

(2)	€	€	€
-----	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**

(3)	%	%	%
-----	---	---	---

- Le remboursement en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

(4)	%	%	%
-----	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**

(5)	%	%	%
-----	---	---	---

- Le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS**

(6)	%	%	%
-----	---	---	---

Prise en charge de la **prothèse capillaire** (remboursée à 60 % par la Sécurité sociale)

(7)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---	---	---

Si oui, préciser (*) :

- Le forfait monétaire de remboursement, **hors RSS**

(8)	€	€	€
-----	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**

(9)	%	%	%
-----	---	---	---

- Le remboursement en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

(10)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**

(11)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS**

(12)	%	%	%
------	---	---	---

(*) Renseigner plus d'une case si les garanties offertes par le contrat combinent plusieurs modes de remboursements.

OPTI - Optique adulte

Votre organisme est-il lié à un réseau d'opticiens ?

(1)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---

Le contrat prend-il en charge l'optique pour adulte ?

	(A)	(B)	(C)
(2)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(3)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(4)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Les bénéficiaires ont-ils accès à un tarif négocié dans le cadre du réseau ?

Les bénéficiaires ont-ils des garanties différentes dans le cadre du réseau?

Existe-t-il un plafond de remboursement pour l'optique ?

- Si oui, s'agit-il d'un plafond :

1. Annuel
2. Bisannuel
3. Autre

(5)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(6)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3

Le nombre de paires de lunettes remboursées (monture et verres) est-il limité par bénéficiaire (adulte) à une paire tous les 2 ans, sauf évolution de la vue ?

(7)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---	---	---

Existe-t-il un bonus fidélité ou un report de forfait en cas de non-consommation au cours des années précédentes ?

(8)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---	---	---

1. LUNETTES POUR ADULTE - RENSEIGNER SOIT LA PARTIE A, SOIT LA PARTIE B -

Dans le cas où votre organisme est lié à un réseau d'opticiens, veuillez indiquer l'offre de prestation dans le cadre de ce réseau.

Si votre remboursement est le même quelque soit la correction, compléter alors à l'identique les rubriques relatives aux verres simples et aux verres complexes.

-----A - Le remboursement s'exprime avec un forfait global monture + verres -----

Lunettes : monture +verres simples

Préciser (*):

- le montant du forfait global pour des lunettes "**monture + verres simples unifocaux**" (dioptrie de -6 à +6) (code 2203240) **hors RSS**

	(A)	(B)	(C)
(9)	€	€	€

Eventuellement, en plus du forfait global :

- Le remboursement pour la monture en % de la base sécu., **hors RSS**

(10)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement pour les verres en % de la base sécu., **hors RSS**

(11)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement pour la monture en % de la base sécu., **yc RSS**

(12)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement pour les verres en % de la base sécu., **yc RSS**

(13)	%	%	%
------	---	---	---

- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).

(14)	€	€	€
------	---	---	---

Lunettes : monture +verres complexes

Préciser (*):

- Le montant du forfait global pour des lunettes "**monture + verres complexes multifocaux ou progressifs**" (dioptrie de -8 à +8) (code 2227038) **hors RSS**

(15)	€	€	€
------	---	---	---

Eventuellement, en plus du forfait global :

- Le remboursement pour la monture en % de la base sécu., **hors RSS**

(16)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement pour les verres en % de la base sécu., **hors RSS**

(17)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement pour la monture en % de la base sécu., **yc RSS**

(18)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement pour les verres en % de la base sécu., **yc RSS**

(19)	%	%	%
------	---	---	---

- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).

(20)	€	€	€
------	---	---	---

(*) Renseigner plus d'une case si les garanties offertes par le contrat combinent plusieurs modes de remboursements.

-----**B - Le remboursement s'exprime en séparant la monture des verres**-----

Monture

Préciser (*) :

- Le montant du forfait "monture", **hors RSS**

	(A)	(B)	(C)
(21)	€	€	€

- Le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**

(22)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**

(23)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement en % des frais réels, **yc RSS**

(24)	%	%	%
------	---	---	---

- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).

(25)	€	€	€
------	---	---	---

*Verres***a. Prise en charge d'une paire de verres "simples" (dioptrie de -6 à +6) (code 2203240)**

Préciser (*) :

- Le montant du forfait "pour deux verres", **hors RSS**

(26)	€	€	€
------	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**

(27)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**

(28)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement en % des frais réels, **yc RSS**

(29)	%	%	%
------	---	---	---

- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).

(30)	€	€	€
------	---	---	---

b. Prise en charge d'une paire de verres "complexes" multifocaux ou progressifs (dioptrie de -8 à +8) (code 2227038)

Préciser (*) :

- Le montant du forfait "pour deux verres", **hors RSS**

(31)	€	€	€
------	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**

(32)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**

(33)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement en % des frais réels, **yc RSS**

(34)	%	%	%
------	---	---	---

- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).

(35)	€	€	€
------	---	---	---

(*) Renseigner plus d'une case si les garanties offertes par le contrat combinent plusieurs modes de remboursements.

*Votre organisme est lié à un réseau et offre des garanties différentes dans le cadre de ce réseau et hors réseau. Veuillez renseigner maintenant la partie **LUNETTES POUR ADULTE HORS RESEAU - RENSEIGNER SOIT LA PARTIE C, SOIT LA PARTIE D***

1b. LUNETTES POUR ADULTE HORS RESEAU - RENSEIGNER SOIT LA PARTIE C, SOIT LA PARTIE D -

Si votre remboursement est le même quelque soit la correction, compléter alors à l'identique les rubriques relatives aux verres simples et aux verres complexes.

-----C - Le remboursement s'exprime avec un forfait global monture + verres -----

Lunettes : monture +verres simples

Préciser (*):

- Le montant du forfait global pour des lunettes "**monture + verres simples unifocaux**" (dioptrie de -6 à +6) (code 2203240) **hors RSS**

	(A)	(B)	(C)
(36)	€	€	€

Eventuellement, en plus du forfait global :

- Le remboursement pour la monture en % de la base sécu., **hors RSS**

(37)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement pour les verres en % de la base sécu., **hors RSS**

(38)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement pour la monture en % de la base sécu., **yc RSS**

(39)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement pour les verres en % de la base sécu., **yc RSS**

(40)	%	%	%
------	---	---	---

- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).

(41)	€	€	€
------	---	---	---

Lunettes : monture +verres complexes

Préciser (*):

- Le montant du forfait global pour des lunettes "**monture + verres complexes multifocaux ou progressifs**" (dioptrie de -8 à +8) (code 2227038) **hors RSS**

(42)	€	€	€
------	---	---	---

t dans le cas où les garanties sont différentes dans le réseau d'opticiens

Uniquement

Eventuellement, en plus du forfait global :

- Le remboursement pour la monture en % de la base sécu., **hors RSS**
- Le remboursement pour les verres en % de la base sécu., **hors RSS**
- Le remboursement pour la monture en % de la base sécu., **yc RSS**
- Le remboursement pour les verres en % de la base sécu., **yc RSS**
- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).

(43)	%	%	%
(44)	%	%	%
(45)	%	%	%
(46)	%	%	%
(47)	€	€	€

(*) Renseigner plus d'une case si les garanties offertes par le contrat combinent plusieurs modes de remboursements.

-----D - Le remboursement s'exprime en séparant la monture des verres -----

Monture

Préciser (*) :

- Le montant du forfait "monture", **hors RSS**
- Le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**
- Le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**
- Le remboursement en % des frais réels, **yc RSS**
- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).

	(A)	(B)	(C)
(48)	€	€	€
(49)	%	%	%
(50)	%	%	%
(51)	%	%	%
(52)	€	€	€

ans le réseau d'opticiens

Verres**a. Prise en charge d'une paire de verres "simples" (dioptrie de -6 à +6) (code 2203240)**

Préciser (*) :

- Le montant du forfait "pour deux verres", **hors RSS**

(53)	€	€	€
------	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**

(54)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**

(55)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement en % des frais réels, **yc RSS**

(56)	%	%	%
------	---	---	---

- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).

(57)	€	€	€
------	---	---	---

b. Prise en charge d'une paire de verres "complexes" multifocaux ou progressifs (dioptrie de -8 à +8) (code 2227038)

Préciser (*) :

- Le montant du forfait "pour deux verres", **hors RSS**

(58)	€	€	€
------	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**

(59)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**

(60)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement en % des frais réels, **yc RSS**

(61)	%	%	%
------	---	---	---

- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).

(62)	€	€	€
------	---	---	---

(*) Renseigner plus d'une case si les garanties offertes par le contrat combinent plusieurs modes de remboursements.

2. LENTILLES

Le contrat prend-il en charge des lentilles non remboursées par la Sécurité sociale ?

Si oui, préciser :

- Soit le montant du forfait annuel pour des lentilles.

- Soit le remboursement exprimé en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

	(A)	(B)	(C)
(63)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(64)	€	€	€
(65)	%	%	%

3. CHIRURGIE REFRACTIVE

Le contrat prend-il en charge la chirurgie réfractive (intervention au laser pour la myopie ou la presbytie) non remboursée par la Sécurité sociale ?

Si oui, préciser :

- Soit le montant du forfait par œil pour cette chirurgie.

- Soit le remboursement exprimé en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

	(A)	(B)	(C)
(66)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(67)	€	€	€
(68)	%	%	%

DENT - Dentaire

Votre organisme est-il lié à un réseau de dentistes ?

(1)	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
-----	---------------------------	---------------------------

1. Prothèses dentaires dans la nomenclature, prises en charge par la Sécurité sociale - ADULTE

Les bénéficiaires ont-ils accès à un tarif négocié dans le cadre du réseau ?

	(A)	(B)	(C)
(2)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(3)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Les bénéficiaires ont-ils des garanties différentes dans le cadre du réseau?

Dans le cas où votre organisme est lié à un réseau de dentistes et offre des garanties différentes dans le cadre du réseau et hors réseau, veuillez indiquer l'offre de prestations dans le cadre de ce réseau, puis hors réseau, pour les différents soins listés.

Le contrat prend-il en charge la **prothèse céramo-métallique sur dent visible** remboursée par la Sécurité sociale ?

(4)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
-----	---	---	---

Si oui, préciser (Dans le cas où votre organisme est lié à un réseau de dentistes, veuillez indiquer l'offre de prestation dans le cadre de ce réseau.) (*):

- Le forfait monétaire de remboursement, **hors RSS**
- Le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**
- Le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**
- Le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS**
- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).

(5)	€	€	€
(6)	%	%	%
(7)	%	%	%
(8)	%	%	%
(9)	€	€	€

Uniquement dans le cas où les garanties sont différentes dans le réseau de dentistes

Veillez également indiquer l'offre de prestations hors réseau (*):

- Le forfait monétaire de remboursement, hors RSS	(10)	€	€	€
- Le remboursement en % de la base sécu., hors RSS	(11)	%	%	%
- Le remboursement en % de la base sécu., yc RSS	(12)	%	%	%
- Le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS	(13)	%	%	%
- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).	(14)	€	€	€

(*) Renseigner plus d'une case si les garanties offertes par le contrat combinent plusieurs modes de remboursements.

Les garanties pour des prothèses dentaires sont-elles différentes selon le type de prothèse ?

(36)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
------	---	---	---

Si oui, remplir la partie bleue décrivant les remboursements des autres prothèses:

Le contrat prend-il en charge les prothèses amovibles (dentiers) remboursées par la Sécurité sociale ?	(37)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	------	---	---	---

Si oui, préciser (Dans le cas où votre organisme est lié à un réseau de dentistes, veuillez indiquer l'offre de prestation dans le cadre de ce réseau.) ():*

- Le forfait monétaire de remboursement, hors RSS	(38)	€	€	€
- Le remboursement en % de la base sécu., hors RSS	(39)	%	%	%
- Le remboursement en % de la base sécu., yc RSS	(40)	%	%	%
- Le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS	(41)	%	%	%
- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).	(42)	€	€	€

prothèse dentaire

Uniquement dans le cas où les garanties ne sont pas les mêmes selon le type de

Uniquement dans le cas où les garanties sont différentes dans le réseau de dentistes

Veillez également indiquer l'offre de prestations hors réseau (*):

- Le forfait monétaire de remboursement, hors RSS	(43)	€	€	€
- Le remboursement en % de la base sécu., hors RSS	(44)	%	%	%
- Le remboursement en % de la base sécu., yc RSS	(45)	%	%	%
- Le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS	(46)	%	%	%
- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).	(47)	€	€	€

(* Renseigner plus d'une case si les garanties offertes par le contrat combinent plusieurs modes de remboursements.

Le contrat prend-il en charge les **bridges** remboursés par la Sécurité sociale ?

(48)	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

Si oui, préciser (Dans le cas où votre organisme est lié à un réseau de dentistes, veuillez indiquer l'offre de prestation dans le cadre de ce réseau.) (*):

- Le forfait monétaire de remboursement, hors RSS	(49)	€	€	€
- Le remboursement en % de la base sécu., hors RSS	(50)	%	%	%
- Le remboursement en % de la base sécu., yc RSS	(51)	%	%	%
- Le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS	(52)	%	%	%
- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).	(53)	€	€	€

Uniquement dans le cas où les garanties sont différentes dans le réseau de dentistes

Veillez également indiquer l'offre de prestations hors réseau (*):

- Le forfait monétaire de remboursement, hors RSS	(54)	€	€	€
- Le remboursement en % de la base sécu., hors RSS	(55)	%	%	%
- Le remboursement en % de la base sécu., yc RSS	(56)	%	%	%
- Le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS	(57)	%	%	%
- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).	(58)	€	€	€

(* Renseigner plus d'une case si les garanties offertes par le contrat combinent plusieurs modes de remboursements.

Le contrat prend-il en charge les inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale ?	(59)	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non
---	------	-----------------------	-----	-----------------------	-----	-----------------------	-----	-----------------------	-----	-----------------------	-----	-----------------------	-----

Si oui, préciser (Dans le cas où votre organisme est lié à un réseau de dentistes, veuillez indiquer l'offre de prestation dans le cadre de ce réseau.) (*):

- Le forfait monétaire de remboursement, hors RSS	(60)		€		€		€
- Le remboursement en % de la base sécu., hors RSS	(61)		%		%		%
- Le remboursement en % de la base sécu., yc RSS	(62)		%		%		%
- Le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS	(63)		%		%		%
- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).	(64)		€		€		€

Veuillez également indiquer l'offre de prestations hors réseau (*):

- Le forfait monétaire de remboursement, hors RSS	(65)		€		€		€
- Le remboursement en % de la base sécu., hors RSS	(66)		%		%		%
- Le remboursement en % de la base sécu., yc RSS	(67)		%		%		%
- Le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS	(68)		%		%		%
- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).	(69)		€		€		€

(*): Renseigner plus d'une case si les garanties offertes par le contrat combinent plusieurs modes de remboursements.

s les mêmes selon le type de prothèse dentaire

Uniquement dans le cas où les garanties sont différentes dans le réseau de dentistes

Uniquement dans le cas où les garanties ne sont pas :

Le contrat prend-il en charge les inlay-onlay remboursés par la Sécurité sociale ?	(70)	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non
---	------	-----------------------	-----	-----------------------	-----	-----------------------	-----	-----------------------	-----	-----------------------	-----	-----------------------	-----

Si oui, préciser (Dans le cas où votre organisme est lié à un réseau de dentistes, veuillez indiquer l'offre de prestation dans le cadre de ce réseau.) (*):

- Le forfait monétaire de remboursement, hors RSS	(71)		€		€		€
- Le remboursement en % de la base sécu., hors RSS	(72)		%		%		%
- Le remboursement en % de la base sécu., yc RSS	(73)		%		%		%
- Le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS	(74)		%		%		%
- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).	(75)		€		€		€

Veuillez également indiquer l'offre de prestations hors réseau (*):

- Le forfait monétaire de remboursement, hors RSS	(76)		€		€		€
- Le remboursement en % de la base sécu., hors RSS	(77)		%		%		%
- Le remboursement en % de la base sécu., yc RSS	(78)		%		%		%
- Le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS	(79)		%		%		%
- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).	(80)		€		€		€

(*): Renseigner plus d'une case si les garanties offertes par le contrat combinent plusieurs modes de remboursements.

Uniquement dans le cas où les garanties sont différentes dans le réseau de dentistes

2. Autres travaux dentaires

Le contrat prend-il en charge l'orthodontie acceptée par la Sécurité sociale (traitements commencés avant le 16ème anniversaire du patient) ?

	(A)		(B)		(C)			
(15)	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non	<input type="radio"/>	oui	<input type="radio"/>	non

Si oui, concernant le **traitement de l'orthodontie**, préciser (Dans le cas où votre organisme est lié à un réseau de dentistes, veuillez indiquer l'offre de prestations dans le cadre de ce réseau.) (*):

- Le forfait monétaire **semestriel** de remboursement, **hors RSS**

(16)	€	€	€
------	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**

(17)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**

(18)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS**

(19)	%	%	%
------	---	---	---

- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).

(20)	€	€	€
------	---	---	---

Veuillez également indiquer l'offre de prestations hors réseau (*):

- Le forfait monétaire **semestriel** de remboursement, **hors RSS**

(21)	€	€	€
------	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**

(22)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**

(23)	%	%	%
------	---	---	---

- Le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS**

(24)	%	%	%
------	---	---	---

- Le plafond ou limite maximum de remboursement en euros (hors RSS).

(25)	€	€	€
------	---	---	---

Uniquement dans le cas où les garanties sont différentes dans le réseau de dentistes

(*): Renseigner plus d'une case si les garanties offertes par le contrat combinent plusieurs modes de remboursements.

Le contrat prend-il en charge l'**implantologie** ?

(26)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(27)	€	€	€
(28)	%	%	%

Si oui, préciser le montant de remboursement pour le traitement d'une dent facturé 2 000 € à l'assuré:

- Soit en euros

- Soit en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

Veillez également indiquer l'offre de prestations hors réseau :

- Soit en euros.

- Soit en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

(29)	€	€	€
(30)	%	%	%

Uniquement dans le cas où les garanties sont différentes dans le réseau de dentistes

(implant+pilier=1300€ et couronne sur implant=700€, la couronne sur implant étant prise en charge à hauteur de 70% du coefficient SPR30 par la Sécurité sociale).

3. Plafonds annuels

Le contrat prévoit-il un plafond annuel pour les soins dentaires non remboursés par la Sécurité sociale ?

Lorsque c'est le cas, préciser le montant de remboursement, pour l'ensemble des soins dentaires, pour l'ancienneté la plus élevée ou hors délai de carence :

- Soit en euros.

- Soit en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019: 3 377 euros)

Lorsque c'est le cas, préciser le montant de remboursement uniquement pour les actes d'implantologie, parodontologie, orthodontie, pour l'ancienneté la plus élevée ou hors délai de carence :

- Soit en euros

- Soit le remboursement exprimé en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

	(A)	(B)	(C)
(31)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(32)	€	€	€
(33)	%	%	%
(34)	€	€	€
(35)	%	%	%

HOSPI - Hospitalisation

PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 18 € SUR LES ACTES MÉDICAUX LOURDS

1. Participation forfaitaire de 18 € à la charge de l'assuré, applicable aux actes médicaux lourds (soins réalisés en ville ou à l'hôpital)

Le contrat prend-il en charge la participation forfaitaire à la charge de l'assuré ?

	(A)	(B)	(C)
(1)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

HOSPITALISATION

2. Honoraires des praticiens hospitaliers (hors frais de séjour)

Remboursement des honoraires chirurgicaux des praticiens hospitaliers dans les établissements conventionnés Sécurité Sociale (hors conventions spécifiques passées avec des établissements)

Si oui, préciser :

- Soit le forfait monétaire de remboursement, **hors RSS**
- Soit le remboursement en % de la base sécu., **hors RSS**
- Soit le remboursement en % de la base sécu., **yc RSS**
- Soit le remboursement exprimé en % des frais réels, **yc RSS**

	(A)	(B)	(C)
(2)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

(3)	€	€	€
(4)	%	%	%
(5)	%	%	%
(6)	%	%	%

3. Frais de séjour

~~Remboursement des frais de séjour dans les établissements conventionnés Sécurité Sociale (hors conventions spécifiques passées avec des établissements)~~

~~Si oui, préciser :~~

- ~~- Soit le forfait monétaire de remboursement, hors RSS~~
- ~~- Soit le remboursement en % de la base sécu., hors RSS~~
- ~~- Soit le remboursement en % de la base sécu., yc RSS~~
- ~~- Soit le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS~~

	(A)	(B)	(C)
(7)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

(8)	€	€	€
(9)	%	%	%
(10)	%	%	%
(11)	%	%	%

4. Chambre particulière

	(A)	(B)	(C)
Le contrat prend-il en charge la chambre particulière en médecine dans les établissements conventionnés Sécurité Sociale (hors conventions spécifiques passées avec des établissements) ?	(12) <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

Si oui, préciser :

- Soit le montant du forfait par jour en euros

(13)	€	€	€
------	---	---	---

- Soit le montant du forfait annuel en euros

(14)	€	€	€
------	---	---	---

- Soit le remboursement exprimé en % des frais réels

(15)	%	%	%
------	---	---	---

- Soit le remboursement exprimé en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

(16)	%	%	%
------	---	---	---

ET LA DUREE MAXIMUM de prise en charge de la chambre particulière:

-Soit en nombre de jours par an (écrire 999 si illimitée)

(17)	jours	jours	jours
------	-------	-------	-------

-Soit en nombre de jours par hospitalisation en médecine

(18)	jours	jours	jours
------	-------	-------	-------

5. Accompagnement d'un enfant hospitalisé

	(A)	(B)	(C)
Le contrat prend-il en charge des frais d'accompagnant (lit, repas) d'enfant ?	(19) <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

PREV - Prévention

Le contrat prend-il en charge les actions de prévention suivantes :

- Sevrage tabagique

Si oui, préciser :

- Soit le plafond de remboursement en euros

- Soit le remboursement exprimé en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

- Médecines douces (homéopathes, ostéopathes, chiropracteurs)

Si oui, préciser:

- Soit le plafond de remboursement en euros

- Soit le remboursement exprimé en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

- Consultations diététiciens, nutritionnistes

Si oui, préciser:

- Soit le plafond de remboursement en euros

- Soit le remboursement exprimé en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

- Pilule contraceptive

Si oui, préciser:

- Soit le plafond de remboursement en euros

- Soit le remboursement exprimé en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

- Vaccins

Si oui, préciser :

- Soit le plafond de remboursement en euros

- Soit le remboursement exprimé en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

	(A)	(B)	(C)
(1)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(2)	€	€	€
(3)	%	%	%
(4)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(5)	€	€	€
(6)	%	%	%
(7)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(8)	€	€	€
(9)	%	%	%
(10)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(11)	€	€	€
(12)	%	%	%
(13)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(14)	€	€	€
(15)	%	%	%

OC 2019

Le contrat prévoit-il un plafond annuel global pour les prestations des préventions non remboursées par la Sécurité sociale?

Si oui, préciser:

- Soit le plafond de remboursement en euros

- Soit le remboursement exprimé en % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2019 : 3 377 euros)

(16)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
(17)	€	€	€
(18)	%	%	%

Le contrat inclut-il une ou plusieurs garanties accessoires, telles que des indemnités journalières, frais d'obsèques, prime de naissance, etc. ?

(19)	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
------	---	---	---

Si celles-ci sont incluses dans les cotisations renseignées précédemment, préciser le pourcentage de la cotisation associée à ces garanties

(20)	%	%	%
------	---	---	---

En additionnant les durées de recherche d'informations sur les contrats et de saisie des données, combien de temps (en heures et minutes) avez-vous mis pour répondre à ce questionnaire ?

(21)		heures		minutes
------	--	--------	--	---------

En particulier, combien de temps (en heures et minutes) avez-vous mis pour répondre aux questions sur les garanties des contrats (bordereaux PHAR à PREV)?

(22)		heures		minutes
------	--	--------	--	---------