

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
STATISTIQUES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**



Les contrats les plus souscrits auprès
des organismes complémentaires
santé en 2007

Marguerite GARNERO - Marie-Odile RATTIER

n° 151 – février 2011

Sommaire

Introduction	5
Le marché de la complémentaire santé :.....	6
Les trois catégories d'acteurs présents sur le marché	6
L'évolution du marché de la complémentaire santé.....	7
Les modes de souscription	9
La portabilité des droits en matière de prévoyance collective	9
Les contrats responsables	10
Présentation de l'enquête.....	12
Bref historique de l'enquête	12
Calendrier de collecte et d'exploitation de l'enquête.....	12
Champ de l'enquête.....	13
Plan de sondage de l'enquête 2007	14
Méthode de pondération.....	15
Principaux résultats de l'enquête.....	19
Les variables de l'enquête	19
Statistiques descriptives	21
Bibliographie.....	25
Annexe 1 - Questionnaire de l'enquête.....	27
Annexe 2 - Tableaux de résultats de l'enquête	37

Introduction

La Drees réalise chaque année une enquête auprès des organismes complémentaires d'assurance maladie (sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles). Cette enquête a pour objet de collecter des informations essentielles pour l'analyse de l'activité « santé » de ces opérateurs.

Les objectifs généraux de l'enquête sont de mieux connaître l'activité de ces organismes, la population qu'ils couvrent, et l'offre des garanties des contrats les plus fréquemment souscrits – ou « contrats modaux » –.

Outre l'exploitation de ces données de base, le questionnaire de l'enquête s'enrichit chaque année d'informations supplémentaires dont l'analyse permet d'améliorer la connaissance publique du marché de l'assurance maladie complémentaire

A pu ainsi être présenté l'impact des principales mesures préconisées par la réforme de l'assurance maladie instaurée par la loi du 13 août 2004 (parcours de soins, médecin « traitant », pénalités en cas de non respect du parcours de soins, ...). D'autres mesures, adoptées par la loi de financement de la Sécurité sociale 2006, ont rendu nécessaire la mise en conformité de certaines dispositions des contrats proposés jusqu'alors par les organismes complémentaires. L'enquête a permis d'observer que ces organismes avaient largement adapté leurs garanties pour répondre aux critères des contrats dits « responsable ».

De plus un modèle permettant d'analyser les facteurs explicatifs du montant des cotisations mensuelles des contrats a été élaboré à partir des données recueillies¹.

Ce document de travail présente dans une première partie le marché de la complémentaire santé : les différents types d'organismes le constituant, son évolution au cours des six dernières années et un aperçu du cadre juridique en vigueur. La deuxième partie est consacrée à la méthodologie de l'enquête statistique annuelle auprès des organismes complémentaires santé. Le calendrier de l'enquête, le plan de sondage et la méthode de pondération sont décrits dans cette partie.

Enfin, la troisième partie du document présente d'une part l'ensemble des variables exploitables de l'enquête et d'autre part quelques statistiques descriptives concernant quelques-unes des principales variables de l'enquête.

En annexe II, une série de tableaux détaillés fournit des résultats additionnels qui n'avaient pas été exposés dans l'étude publiée.

¹ « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007 » Marguerite Garnerio et Marie-Odile Rattier, DREES, Études et Résultats n° 698, août 2009.

Le marché de la complémentaire santé :

Les trois catégories d'acteurs présents sur le marché

Trois acteurs principaux se partagent le « marché » de l'assurance complémentaire santé en France.

Les mutuelles, régies par le Code de la mutualité du 19 avril 2001, sont surtout actives sur le marché de l'assurance individuelle. Depuis la mise en œuvre du nouveau Code de la mutualité, en 2002, le secteur mutualiste est en pleine restructuration. En sept ans, le nombre de mutuelles est passé de 5000 à 1700 environ à fin 2008. Certaines mutuelles ont disparu, d'autres ont recherché des alliances afin de satisfaire aux nouvelles exigences réglementaires, notamment en termes de solvabilité. Fusions et absorptions ont donc entraîné un vaste mouvement de concentration, toujours en cours. Ce nouveau cadre a dynamisé le marché et a également favorisé un élargissement de l'offre de contrats qui a entraîné le rajeunissement de la clientèle. L'enquête de la Drees ne porte que sur les mutuelles relevant du Livre II qui proposent des prestations d'assurance santé, soit un peu moins de 700 entités en 2008. Ces dernières sont majoritaires avec 84,5 % des organismes présents dans le domaine de la complémentaire santé et pèsent 56,5 % du chiffre d'affaires total du marché.

Les institutions de prévoyance (IP) régies par le Code de la Sécurité sociale sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif. Organismes paritaires, elles opèrent essentiellement sur le secteur de la prévoyance collective des salariés. Elles sont représentées par le centre technique des institutions de prévoyance (CTIP). Elles interviennent presque exclusivement dans le cadre des entreprises et des branches professionnelles à la suite de la conclusion d'une convention ou d'un accord collectif entre toutes les entreprises d'un même secteur d'activité, dans le cadre d'un régime professionnel (institutions professionnelles) ou entre toutes les entreprises adhérentes de secteurs d'activité différents, dans le cadre d'un régime interprofessionnel (institutions interprofessionnelles), ou bien encore suite à la ratification par les salariés d'un projet de l'employeur (institutions d'entreprises). Un phénomène de concentration a également affecté le marché des institutions de prévoyance. Sur la période 2002/2008, le nombre d'institution de prévoyance offrant des couvertures complémentaires santé est passé de 51 à 35. En 2008, 2 millions d'entreprises adhérentes ont confié la gestion de couvertures de prévoyance complémentaire à une institution de prévoyance au profit de 12,6 millions de personnes pour les garanties de prévoyance et 5,6 millions au titre de la complémentaire santé. (CTIP, rapport annuel 2008). Les institutions de prévoyance représentent 4,3 % du nombre des organismes et détiennent 17,6 % du marché de la complémentaire santé. Parmi les 35 institutions de prévoyance, 17 réalisent plus de 90 % du chiffre d'affaires du secteur.

Les sociétés d'assurance sont régies par le Code des assurances. Sur les 92 sociétés d'assurances qui proposent des contrats complémentaires santé en 2008, les trente premières en termes de cotisations représentent plus de 90 % du marché des assureurs. Les sociétés d'assurance proposent des gammes de contrats d'assurance très diversifiées pour répondre aux différents besoins des clients et occuper des segments de marché négligés par les autres opérateurs. Contrairement aux deux autres types d'organismes complémentaires, elles ne bénéficient pas d'exonérations fiscales (Elles sont notamment assujetties à la taxe

professionnelle). En 2008, les sociétés d'assurances réalisent près de 26 % du marché de la complémentaire santé et représentent 11,2 % des opérateurs.

Ces trois types d'organismes sont contrôlés par une commission spécifique, l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP).

L'évolution du marché de la complémentaire santé

Tous organismes confondus, mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances, **le marché de la complémentaire santé poursuit sa croissance, avec un chiffre d'affaire en hausse de 6,4 % en 2008** par rapport à 2007 pour atteindre 29,1 milliards d'euros (tableau 1).

Tableau 1 - Le chiffre d'affaires des organismes complémentaires santé

En millions d'euros

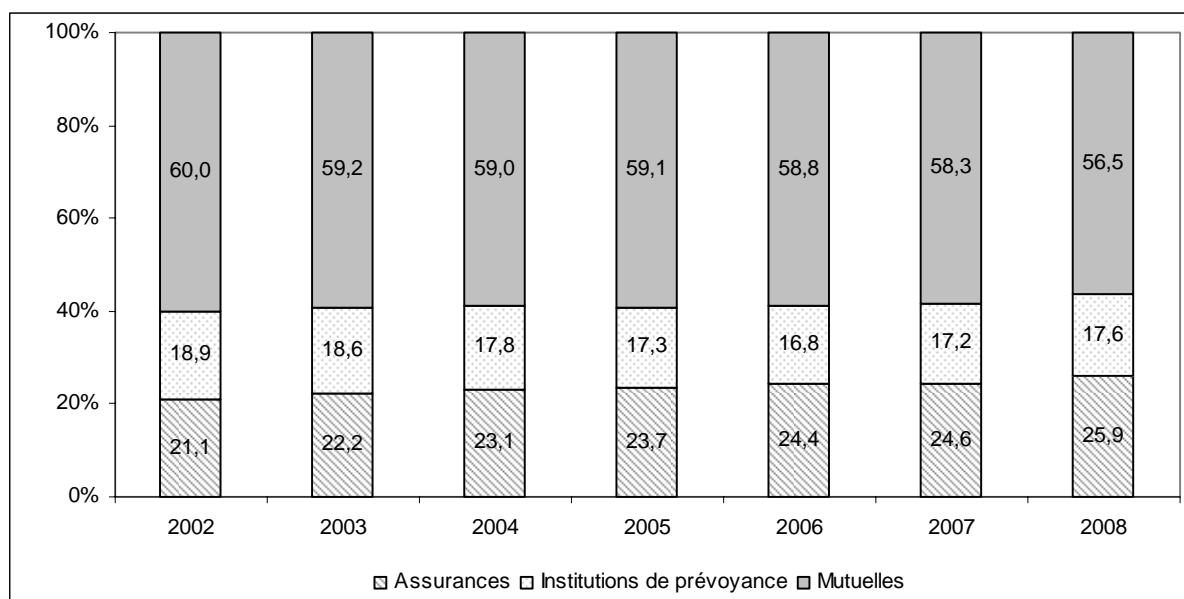
Année	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurance	Ensemble des organismes
2002	11 324	3 573	3 991	18 888
2003	12 111	3 809	4 533	20 453
2004	13 367	4 041	5 239	22 647
2005	14 452	4 225	5 788	24 465
2006	15 313	4 370	6 343	26 026
2007	15 950	4 694	6 725	27 369
2008	16 437	5 126	7 545	29 108
Année 2008				
Structure	56,5 %	17,6 %	25,9 %	100,0 %
Évolution 2007/2008	3,1 %	9,2 %	12,2 %	6,4 %
Évolution annuelle moyenne depuis 2002	6,4 %	6,2 %	11,2 %	7,5 %
Nombre d'OC	694	35	92	821

Sources : fonds CMU – Drees.

Ce sont les sociétés d'assurance santé qui progressent le plus en 2008 avec une hausse d'activité de 12,2 %, chez les institutions de prévoyance cette progression est de 9,2 % et seulement de 3,1 % pour les mutuelles.

Entre 2002 et 2008, le marché a progressé de 54,1 %, soit un taux de croissance annuel moyen de 7,5 % sur la période. Sur cette durée, la part de marché des sociétés d'assurance santé a augmenté de 4,8 points alors que celle des mutuelles a reculé sensiblement (3,5 points) et que celle des institutions de prévoyance a légèrement baissé (1,3 point) (graphique 1).

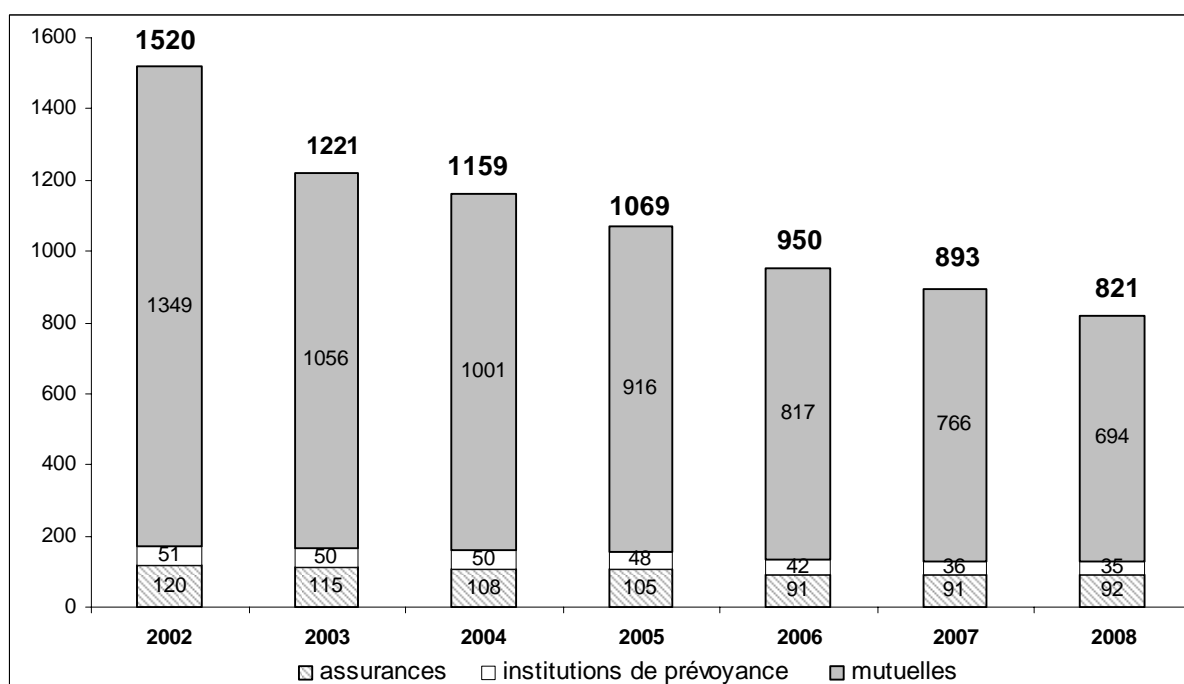
Graphique 1 - Répartition de l'activité entre les trois types d'acteurs sur le marché de la complémentaire santé



Sources : Déclarations des organismes complémentaires au fonds CMU.

Cette hausse d'activité des complémentaires santé s'accompagne toutefois d'une constante diminution du nombre d'opérateurs, puisque le nombre d'organismes s'acquittant de la contribution à la CMU a diminué de 46 % depuis 2002 pour s'établir à 821 fin 2008 (graphique 2). La répartition s'établit en 694 mutuelles, 35 Institutions de prévoyance et 92 sociétés d'assurance.

Graphique 2 - Nombre d'organismes complémentaires santé



Sources : Fonds CMU après correction par la Drees (prise en compte des fusions absorptions, disparitions et données erronées).

Cette diminution est due avant tout à des regroupements d'organismes (par mouvement de fusions – absorption de portefeuilles) et des disparitions de petites entités. Parallèlement se constituent de grands groupes qui mettent en commun leurs outils de gestion.

Les modes de souscription

L'assurance complémentaire santé peut être souscrite :

- **soit à titre individuel**, par les personnes qui ne bénéficient pas de protection complémentaire dans le cadre de leur emploi, par les travailleurs indépendants, les étudiants et les retraités, au profit d'un ou de plusieurs membres de leur famille. Les fonctionnaires appartiennent aussi à cette catégorie lorsqu'ils souscrivent un contrat par l'intermédiaire de leur administration.
- **soit à titre collectif**, en adhérant à un contrat collectif ou de groupe par l'intermédiaire de l'employeur, de l'entreprise ou de la branche professionnelle. La couverture complémentaire s'applique de manière uniforme aux salariés de l'entreprise, dans leur totalité ou à une catégorie définie d'entre eux. Selon les cas, elle peut être à adhésion facultative (« groupes ouverts », les salariés ont le choix d'y souscrire ou non) ou obligatoire (« groupes fermés », obligation de souscription même si le salarié est déjà couvert par un autre régime, celui du conjoint par exemple). La possibilité d'adhérer peut être étendue dans certains cas aux membres de la famille du salarié. Une partie des cotisations peut être prise en charge par l'employeur.

La portabilité des droits en matière de prévoyance collective

Appliqué à la protection sociale, le terme de « portabilité des droits » recouvre les dispositifs d'assurance qui ont pour objectif d'organiser le maintien de la couverture prévoyance/santé d'entreprise pour le salarié en cas de rupture du contrat de travail.

Le premier dispositif en ce sens est régi par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite **loi Évin**.

L'article 4 de la loi prévoit le maintien de la garantie en matière de santé en cas de sortie de contrat groupe à caractère obligatoire dans deux cas :

- le maintien de la complémentaire santé concerne les salariés quittant leur entreprise pour incapacité de travail, d'invalidité, de départ en retraite ou de licenciement sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail;
- le maintien de la couverture complémentaire santé concerne également les ayant-droits d'un salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Dans ces deux cas, la garantie doit être maintenue sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux.

Les tarifs proposés ne doivent pas excéder de plus de 50 % les tarifs du contrat complémentaire santé groupe précédemment souscrit.

L'article 14 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail met également en œuvre un dispositif de maintien des couvertures **santé et prévoyance** pour les anciens salariés chômeurs. Cet article est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2009 pour les employeurs adhérents à une organisation patronale signataire de l'ANI et le 15 octobre 2009 pour les autres employeurs du secteur privé. L'accord ne concerne que les entreprises entrant dans le champ d'application de l'accord (certains secteurs d'activité). Il prévoit que les anciens salariés chômeurs (sauf ceux licenciés pour faute lourde) garderont le bénéfice de leur couverture santé et prévoyance pendant une durée maximum égale au tiers de leur période d'indemnisation avec un minimum de trois mois. Le financement en est assuré soit conjointement par l'employeur et l'ancien salarié dans des proportions identiques à celles pratiquées pour le régime des actifs, soit par un mécanisme de mutualisation défini par accord.

Les contrats responsables

La réforme de l'assurance maladie de 2004 a instauré le parcours de soins coordonnés afin de modifier les comportements, en responsabilisant patients et médecins. À compter du 1^{er} janvier 2006, les incitations en direction des assurés afin de respecter le parcours de soins sont renforcées par une baisse du taux de remboursement de la Sécurité sociale des consultations hors parcours de soins. Entre également en vigueur à cette date le dispositif des contrats dits « responsables » gérés par les organismes complémentaires santé. Il s'agit notamment, à travers ces contrats, d'empêcher que les baisses de remboursement hors parcours de soins, prévues par la Sécurité sociale, ne soient compensées par les organismes complémentaires. Ce nouveau type de contrat dit « responsable » ouvre droit à des exonérations fiscales et/ou sociales pour les organismes complémentaires comme pour les entreprises ayant souscrit des contrats collectifs obligatoires dès lors que sont respectées un certain nombre d'interdictions et d'obligations de prise en charge fixées par le décret n°2005-1126 du 29 septembre 2005.

Les obligations et interdictions suivantes doivent être respectées :

- prise en charge d'au moins 30 % du tarif conventionnel des consultations chez le médecin traitant ou correspondant, l'assurance maladie en remboursant 70 %.
- prise en charge d'au moins 30 % de la base de remboursement des médicaments à vignettes blanches pris en charge à 65 % par l'assurance maladie, prescrits par le médecin traitant ; le reste à charge pour l'assuré est au maximum de 5 % du prix de ces médicaments.
- remboursement au minimum de 35 % de la base de remboursement des frais d'analyses médicales ou de laboratoire prescrites par le médecin traitant, prises en charge à 60 % par l'assurance maladie, laissant au maximum 5 % de frais à la charge de l'assuré.
- prise en charge depuis le 1^{er} juillet 2006 du ticket modérateur d'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique. La liste de ces prestations est fixée par arrêté du 8 juin 2006.

- en revanche, non prise en charge de la participation forfaitaire de 1 € prélevée sur les consultations, les actes médicaux, les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale.
- non prise en charge de la majoration du ticket modérateur sur les consultations effectuées hors du parcours de soins, fixée à 10 % en 2006, à 20 % à compter du 1^{er} septembre 2007 et à 40 % depuis le 31 janvier 2009.
- non prise en charge des dépassements d'honoraires autorisés pour un spécialiste consulté hors du parcours de soins, fixés à 8 €
- Non prise en charge des franchises médicales mises en place le 1^{er} janvier 2008 sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les avantages fiscaux et sociaux des contrats complémentaires santé sont accordés aux contrats « responsables » dès lors qu'ils respectent ces interdictions et obligations précitées :

- Exonération de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) de 7 % jusqu'au 31 décembre 2010. L'article 7 du projet de loi de finances pour 2011 substitue, à cette exonération de TSCA, un taux réduit à 3,5 % à compter du 1^{er} janvier 2011.
- Exonération de charges sociales pour les cotisations versées par les employeurs dans le cadre de la souscription de contrat d'assurance complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire.
- Exonérations fiscales pour les complémentaires santé des contrats collectifs obligatoires et ceux des travailleurs indépendants (contrats « Madelin »).

Ces nouvelles réglementations ont nécessité que les organismes complémentaires adaptent les garanties des contrats proposés afin de répondre aux critères des contrats « responsables ». En 2007, 99,5 % des bénéficiaires des contrats modaux étaient couverts par un contrat responsable.

Présentation de l'enquête

Bref historique de l'enquête

Afin de mieux connaître les contrats commercialisés par les opérateurs d'assurance maladie complémentaire, la Drees a mis en place une enquête en 2000 auprès des mutuelles et qui s'est ensuite étendue aux institutions de prévoyance puis aux sociétés d'assurance. Depuis 2002, l'enquête est désormais menée conjointement auprès des trois types d'organismes (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance).

Pour cette enquête, les questions portaient sur trois points de référence dans le marché des contrats individuels et collectifs : le contrat « minimum » (ou contrat d'entrée, offrant la plus faible couverture en soins dentaires et en optique), le contrat « maximum » (offrant la plus forte couverture en soins dentaires et en optique) et entre ces deux extrêmes le contrat « modal » le plus souvent souscrit.

Au cours de l'année 2005, l'enquête a fait l'objet d'une refonte complète et le questionnaire a été profondément remanié, significativement allégé et recentré sur l'offre de soins proposée par les contrats les plus souscrits.

Dans l'enquête renouvelée, les organismes complémentaires sont interrogés sur un champ plus vaste de leur activité ; ils sont amenés à décrire les caractéristiques et les niveaux de garanties de leurs trois contrats individuels et leurs deux contrats collectifs les plus souscrits, appelés « contrats modaux ».

Les questions portent sur le nombre d'assurés, de bénéficiaires et sur les cotisations collectées pour chacun des contrats. Des précisions doivent être données sur la formation du montant des cotisations puis sur les clauses particulières des contrats. Les organismes détaillent ensuite les niveaux de remboursement des garanties, regroupées en sept grands thèmes : honoraires et soins ambulatoires, pharmacie, appareillage, optique, dentaire, hospitalisation et prévention.

Cette enquête détient depuis 2005 le label d'intérêt général et de qualité statistique avec obligation de réponse délivrée par le Conseil national de l'information statistique (CNIS).

Calendrier de collecte et d'exploitation de l'enquête

L'enquête sur les contrats les plus souscrits au cours de l'année N est menée au cours des trois premiers trimestres de l'année N+1. La phase d'exploitation et de restitution des résultats de l'enquête commence à partir de l'automne de l'année N+1 ; les premières données sont généralement publiées au cours du 2^{ème} trimestre de l'année N+2.

Plus précisément, le calendrier de l'enquête est le suivant :

- Février N+1 : tirage de l'échantillon
- Fin Février N+1 : envoi des questionnaires (papier et fichier Excel) par voie postale et électronique.

- Mi Mars – Avril N+ 1 : retour des questionnaires.
- Mai N+1 : 1^{ère} relance.
- Juin N+1 : 2^{nde} relance - Fin juin arrêt des relances.
- Printemps et été N+1 : contrôle des questionnaires, dans la mesure du possible dès leur réception. Vérification du contenu des rubriques du questionnaire avec démarche pour obtenir des compléments d'information (en cas d'incohérence ou d'absence de données), en prenant le plus souvent contact auprès des organismes concernés avec les personnes en charge du dossier.
- À partir de l'automne N+1 : Constitution d'une base de données. La plupart des questionnaires sont complétés sous format électronique ; un nombre résiduel de questionnaires doit cependant être saisi en interne (22 en 2007)
- Exécution d'une série de contrôles de cohérence.
- Début de l'exploitation et de l'analyse des données.
- 2^{ème} trimestre N+2 : publication des résultats sous forme d'un Étude et Résultats.

L'enquête est entièrement traitée en interne au sein de la Drees.

Le questionnaire est soumis à des révisions presque chaque année. afin de prendre en considération les modifications réglementaires et pouvoir suivre et évaluer le plus près possible l'appropriation par les organismes complémentaires de l'actualité en matière d'assurance maladie. Le CNIS est consulté au sujet de ces modifications marginales. En outre, le dossier de l'enquête doit repasser tous les cinq ans devant une commission du Cnis pour que celle-ci délivre un avis d'opportunité (attestant de l'utilité de l'enquête) puis devant le comité du label pour que soit délivré un avis de conformité.

Champ de l'enquête

Les questions portent sur les contrats couvrant le plus grand nombre de personnes, qu'ils fassent encore partie de l'offre commerciale ou non. Ils sont appelés contrats modaux.

Pour les contrats individuels, les questions portent sur les trois contrats couvrant le plus grand nombre de personnes au sein de l'ensemble des contrats individuels. Ils sont dénommés 1^{er} contrat modal, 2^{ème} contrat modal et 3^{ème} contrat modal.

Pour les contrats collectifs, les questions portent sur les deux contrats couvrant le plus grand nombre de personnes au sein de l'ensemble des contrats collectifs, que l'adhésion soit obligatoire ou facultative, que le contrat soit "sur-mesure" ou standard. Ils sont dénommés 1^{er} et 2^{ème} contrat modal.

Les contrats couvrant les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont hors champ de l'enquête.

Les organismes concernés relèvent de la France métropolitaine et des Dom.

Plan de sondage de l'enquête 2007

L'échantillon d'organismes interrogés donne lieu à un sondage stratifié selon le type et la taille des organismes. La taille des organismes est définie par le montant des cotisations perçues pour leur activité santé tel qu'il est déclaré au fonds CMU. Le fichier rassemblant le montant de l'assiette de la contribution CMU de chaque organisme constitue donc la base de sondage de l'enquête.

Pour les mutuelles, les plus grandes (c'est-à-dire les 82 premières, collectant 70 % des cotisations du secteur) ont été enquêtées de façon exhaustive, tandis que les autres ont été échantillonnées selon leur taille (135 mutuelles). L'échantillon représente 79 % de l'ensemble des cotisations perçues par les mutuelles proposant des prestations complémentaires à l'assurance maladie.

Les institutions de prévoyance ont toutes été interrogées dès lors qu'elles offraient des prestations complémentaires santé, soit 36 entités. Celles collectant plus de 100 millions d'euros de cotisations représentent 83 % du secteur.

Pour les sociétés d'assurance versant des prestations complémentaires maladie, les plus grandes qui réalisent 90 % du chiffre d'affaires du secteur ont été interrogées exhaustivement (soit 27 sociétés), les autres ont fait l'objet d'un échantillonnage (soit 15 sociétés). L'échantillon représente 94 % des cotisations.

Le taux de réponse global à l'enquête pour l'exercice 2007 s'élève à 87 % (tableau 2), soit un niveau comparable à celui de 2006 (85 %). Les cotisations des organismes répondants représentent 94 % des cotisations des organismes enquêtés. Les 256 questionnaires réceptionnés ont permis d'étudier 972 contrats dont 629 individuels et 343 collectifs.

Tableau 2 - Taux de réponse selon le type d'organisme complémentaire pour l'année 2007

	Taille de la population	Taille de l'échantillon	% de répondants	Montant des cotisations de la population (en millions d'euros)	Montant des cotisations de l'échantillon (en millions d'euros)	Part des répondants (en % des cotisations)
Mutuelles	766	217	88	15 950	12 627	96
Institutions de prévoyance	36	36	89	4 695	4 695	97
Sociétés d'assurance	91	42	79	6 725	6 339	89
Ensemble	893	295	87	27 370	23 661	94

Lecture : 88 % des mutuelles enquêtées ont renvoyé le questionnaire 2007. Leurs cotisations représentent 94 % du total des cotisations.

Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2007.

Méthode de pondération

Pour établir le plan de sondage, la population des organismes complémentaires santé a été découpée en strates définies en fonction du type et de la taille des organismes. À chaque strate est associé un taux de sondage (part des organismes enquêtés au sein de la strate) et un taux de réponse (part des organismes enquêtés ayant répondu au questionnaire).

Pondération des questions portant sur les organismes

Afin que l'enquête soit représentative de l'ensemble de la population des organismes complémentaires, on associe à chaque strate i un poids $P1_i$ calculé comme le produit entre l'inverse du taux de sondage et l'inverse du taux de réponse de la strate (**encadré 1**).

Ce poids est utilisé pour redresser les questions de l'enquête portant sur les organismes (activité, démographie).

Il est compris entre 1 (strates exhaustives, avec un taux de réponse de 100 %) et 6,08 (dernière strate des mutuelles enquêtée au cinquième avec près de 20 % de non répondants).

Tableau 3 - Pondération P1 associée à chaque strate de l'échantillon

Type d'organisme	Strates enquêtées	Taux de sondage	Taux de réponse	Poids P1
Mutuelles	1	100,0%	100,0%	1,00
	2	100,0%	93,5%	1,07
	3	34,8%	90,0%	3,19
	4	20,3%	81,1%	6,08
Sociétés d'assurance	1	100,0%	85,2%	1,17
	2	34,9%	66,7%	4,30
Institutions de prévoyance	1	100,0%	100,0%	1,00
	2	100,0%	84,0%	1,19

Sources : Drees, enquête auprès des organismes complémentaires santé, année 2007.

Pondération des questions portant sur les contrats

Pour redresser les questions portant sur le descriptif des contrats (formation des cotisations, garanties proposées), il est nécessaire de tenir compte du « volume » des contrats en termes de nombre de personnes couvertes, afin que les résultats de l'enquête soient représentatifs de la population couverte par les contrats modaux des organismes.

Jusqu'en 2006, le poids associé à chaque contrat de la strate i était calculé comme le produit du poids $P1_i$ (le poids associé à l'organisme) et le nombre de personnes couvertes par le contrat, pour calculer la pondération $P2$.

Cette méthode de pondération ne tient pas compte du fait que l'enquête surreprésente les contrats individuels par rapport aux contrats collectifs, et donc ne permet pas d'analyse groupée (individuel + collectif)

En effet, la répartition des bénéficiaires entre contrats individuels et collectifs au niveau de l'ensemble de l'organisme est connue : 39,7 % de la population couverte par un contrat de

complémentaire santé en France bénéficie d'une couverture collective, tandis que 60,3 % bénéficie d'une couverture individuelle (tableau 4). Lorsque l'on se limite au champ des contrats modaux, la répartition est sensiblement différente : 78,2 % des bénéficiaires des contrats modaux sont couverts par un contrat individuel et 21,8 % d'entre eux sont couverts par un contrat collectif.

Tableau 4 - Répartition des bénéficiaires entre collectif et individuel et représentativité des contrats modaux

	Contrats individuels	Contrats collectifs	Ensemble
Bénéficiaires d'une complémentaire santé	60,3 %	39,7 %	100,0 %
Bénéficiaires des contrats modaux	78,2 %	21,8 %	100 %
Réprésentativité des contrats modaux	64,0 %	27,1 %	49,3 %

Sources : Drees, enquête auprès des organismes complémentaires santé, année 2007.

Lecture : - 60,3 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé sont couverts par un contrat individuel.

- 78,2 % des bénéficiaires d'un contrat modal sont couverts par un contrat individuel.

- les contrats individuels modaux représentent 64 % des bénéficiaires d'un contrat individuel.

Cet écart entre les répartitions est d'une part dû au fait que l'enquête demande de décrire trois contrats individuels mais seulement deux contrats collectifs et d'autre part au fait que l'offre est souvent plus diversifiée sur le marché des contrats collectifs : certains organismes complémentaires proposent aux entreprises clientes des contrats « à la carte ».

Si l'on ne tient pas compte du fait que les contrats individuels modaux sont surreprésentés par rapport aux contrats collectifs modaux, les résultats de l'enquête relatifs à l'ensemble des contrats auront tendance à trop refléter les garanties des contrats individuels modaux.

La pondération P3 adoptée en 2007 corrige donc la répartition entre contrats modaux individuels et collectifs, permettant d'étudier les résultats sur l'ensemble des contrats modaux (individuels + collectifs) (encadré 1). Toutefois, la représentativité des contrats modaux individuels (64 %) étant plus grande que la représentativité des contrats collectifs modaux (27 %), les résultats sur le champ des contrats collectifs et par conséquent ceux groupant contrats individuels et collectifs sont à considérer avec précaution.

Encadré 1 - Présentation formalisée des méthodes de pondération adoptées

Pondération P1 (données sur les organismes)

Si la strate i compte N_i organismes, que ne_i sont enquêtés et que nr_i répondent à l'enquête, alors :

Le taux de sondage de la strate i est défini par le ratio $\frac{ne_i}{N_i}$

Le taux de réponse de la strate i est défini par le ratio $\frac{nr_i}{ne_i}$

Le poids $P1_i$ associé à la strate i est calculé comme $P1_i = \frac{N_i}{ne_i} * \frac{ne_i}{nr_i}$

Pondération P2 (données sur les contrats, sans prise en compte de la répartition de l'ensemble des bénéficiaires entre collectif et individuel)

Le poids associé au $j^{\text{ème}}$ contrat du $k^{\text{ème}}$ organisme de la strate i est calculé ainsi :

$$P2_{i,j,k} = P1_i * N_{\text{benef}_{i,j,k}}$$

où $N_{\text{benef}_{i,j,k}}$ représente le nombre de bénéficiaires couverts par le $j^{\text{ème}}$ contrat modal du $k^{\text{ème}}$ organisme de la strate i .

On note :

- **Nind** le nombre de personnes couvertes par un contrat individuel (connu à partir des résultats de l'enquête, après redressement par le poids P1).
- **Ncoll** le nombre pondéré par P1 de personnes couvertes par un contrat collectif.
- **N** le nombre pondéré par P1 de personnes couvertes par une couverture complémentaire santé ($N=N_{\text{ind}}+N_{\text{coll}}$).
- **NMODind** le nombre pondéré par P1 de personnes couvertes par un contrat modal individuel.
- **NMODcoll** le nombre pondéré par P1 de personnes couvertes par un contrat modal collectif.
- **NMOD** le nombre pondéré par P1 de personnes couvertes par un contrat modal ($NMOD=NMOD_{\text{ind}}+NMOD_{\text{coll}}$).
- α la part des personnes couvertes par une garantie G parmi les bénéficiaires des contrats individuels modaux.
- β la part des personnes couvertes par la garantie G parmi les bénéficiaires des contrats collectifs modaux.
- γ la part des personnes couvertes par une garantie G parmi l'ensemble des bénéficiaires des contrats modaux.

Lorsque l'on utilise la pondération P2 pour calculer la part des personnes couvertes par la garantie G, on obtient :

$$\alpha = \frac{\sum P2_{i,j,k} * I(G=1) * I(\text{Contrat} = \text{Ind})}{\sum P2_{i,j,k} * I(\text{Contrat} = \text{Ind})} = \frac{\sum P2_{i,j,k} * I(G=1) * I(\text{Contrat} = \text{Ind})}{NMOD_{\text{ind}}}$$

$$\beta = \frac{\sum P2_{i,j,k} * I(G=1) * I(\text{Contrat} = \text{Coll})}{\sum P2_{i,j,k} * I(\text{Contrat} = \text{Coll})} = \frac{\sum P2_{i,j,k} * I(G=1) * I(\text{Contrat} = \text{Coll})}{NMOD_{\text{coll}}}$$

$$\gamma = \frac{\sum P2_{i,j,k} * I(G=1)}{\sum P2_{i,j,k}} = \frac{\sum P2_{i,j,k} * I(G=1)}{NMOD} = \frac{NMOD_{\text{ind}} * \alpha + NMOD_{\text{coll}} * \beta}{NMOD}$$

$$\rightarrow \text{En 2007, } \gamma = 78,2\% * \alpha + 21,8\% * \beta$$

Pondération P3 (données sur les contrats, sans prise en compte de la répartition de l'ensemble des bénéficiaires entre collectif et individuel)

Pour que la répartition au niveau de l'ensemble des organismes entre collectif et individuel soit correctement reflétée, il faudrait que la part γ de personnes couvertes par la garantie G soit égale à :

$$\gamma = \alpha * \frac{N_{\text{ind}}}{N} + \beta * \frac{N_{\text{coll}}}{N}$$

$$\rightarrow \text{Il faudrait qu'en 2007, } \gamma = 60,3\% * \alpha + 39,7\% * \beta$$

On choisit donc d'affecter au $j^{\text{ème}}$ contrat modal du $k^{\text{ème}}$ organisme de la strate i la pondération $P3_{i,j,k}$ suivante :

$$P3_{i,j,k} = P1_i * Nbbenef_{i,j,k} * \left[\frac{Nind}{NMODind} * I(contrat = Ind) + \frac{Ncoll}{NMODcoll} * I(contrat = coll) \right]$$

$$\Leftrightarrow P3_{i,j,k} = P2_{i,j,k} * \left[\frac{Nind}{NMODind} * I(contrat = Ind) + \frac{Ncoll}{NMODcoll} * I(contrat = coll) \right]$$

En utilisant cette pondération pour calculer les parts de personnes couvertes α , β et γ on obtient les résultats suivants :

$$\alpha_{P3} = \frac{\sum P3_{i,j,k} * I(G=1) * I(Cont = Ind)}{\sum P3_{i,j,k} * I(Cont = Ind)} = \frac{\sum P2_{i,j,k} * I(G=1) * I(Cont = Ind) * \frac{Nind}{NMODind}}{\sum P2_{i,j,k} * I(Cont = Ind) * \frac{Nind}{NMODind}} = \alpha_{P2}$$

De même, $\beta_{P3} = \beta_{P2}$

$$\gamma_{P3} = \frac{\sum P3_{i,j,k} * I(G=1)}{\sum P3_{i,j,k}}$$

$$\Leftrightarrow \gamma_{P3} = \frac{\sum P2_{i,j,k} * I(G=1) * I(Cont = Ind) * \frac{Nind}{NMODind} + \sum P2_{i,j,k} * I(G=1) * I(Cont = Coll) * \frac{Ncoll}{NMODcoll}}{N}$$

$$\Leftrightarrow \gamma_{P3} = \alpha * \frac{Nind}{N} + \beta * \frac{Ncoll}{N}$$

Principaux résultats de l'enquête

Les variables de l'enquête

L'enquête permet d'une part de rassembler quelques informations sur l'activité globale de l'organisme et d'autre part de décrire de façon détaillée les caractéristiques et les garanties proposées par les cinq contrats modaux.

Éléments sur l'activité de l'organisme

- Parts des activités dans le chiffre d'affaires total des organismes.
- Démographie de la population couverte par type de contrats « santé » au 31/12/2007 : Effectifs démographique par type de contrats et par tranche d'âge des assurés et des bénéficiaires.
- Éléments d'identification des contrats étudiés : Caractéristiques des contrats modaux (contrat responsable ?, nombre d'adhérents et de bénéficiaires d'un même contrat et les montants des cotisations collectées pour chacun des contrats.

Analyse des cotisations

- Les cotisations dépendent-elles de l'âge ?, de l'ancienneté dans le contrat ?, des revenus ?, du lieu de résidence ?
- Détermination du montant de cotisations des enfants : Comment sont pris en compte les enfants ayants droit dans la cotisation ?
- Clauses particulières : Limite d'âge maximum à la souscription au contrat (Oui/ Non et si oui, âge limite). Présence d'un questionnaire médical précédant la souscription (Oui/Non).

Prise en charge des prestations

Pharmacie

- niveau de remboursement des médicaments à vignette blanche (65 %) ;
- niveau de remboursement des médicaments à vignette bleue (35 %) ;
- niveau de remboursement des médicaments à vignette orange (15 %) ;

Honoraires et soins ambulatoires

- niveau de remboursement d'une consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2, dans le parcours de soins ;
- niveau de remboursement d'une consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2, hors du parcours de soins ;
- niveau de remboursement de la radiologie et de l'imagerie médicale ;
- niveau de remboursement des frais d'analyse et de laboratoire ;

Appareillage

- niveau de remboursement des prothèses auditives ;
- niveau de remboursement de la prothèse capillaire ;

Optique (adulte)

- niveau de remboursement de l'optique simple ;
- niveau de remboursement de l'optique complexe ;
- remboursement des lentilles non remboursées par la Sécurité sociale (oui/non) ;

Dentaire (adulte – hors soins conservateurs)

- niveau de remboursement de la prothèse céramo-métallique sur dent visible ;
- remboursement du dentaire non pris en charge par la Sécurité sociale (oui/non) ;
- remboursement de l'orthodontie adulte [(oui/non) et montant];
- remboursement de l'implant dentaire [(oui/non) et montant] ;

Participation forfaitaire de 18 € sur les actes médicaux

- prise en charge de la participation forfaitaire de 18 € sur les actes médicaux lourds (oui/non) ;

Hospitalisation

- remboursement du forfait journalier en médecine (montant, durée) ;
- remboursement du forfait journalier en soins de suite et de réadaptation (montant, durée) ;
- remboursement du forfait journalier en psychiatrie (montant, durée) ;
- niveau de remboursement des honoraires hospitaliers adulte ;
- remboursement de la chambre particulière en médecine (montant, durée) ;
- prise en charge des frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé (oui/non) ;

Prévention

- prise en charge des actes de prévention, après participation de la Sécurité sociale (arrêté du 8 juin 2006, concernant les contrats responsables) (oui/non) ;
- prise en charge des actions de prévention, non remboursées par la Sécurité sociale (oui/non).

Statistiques descriptives

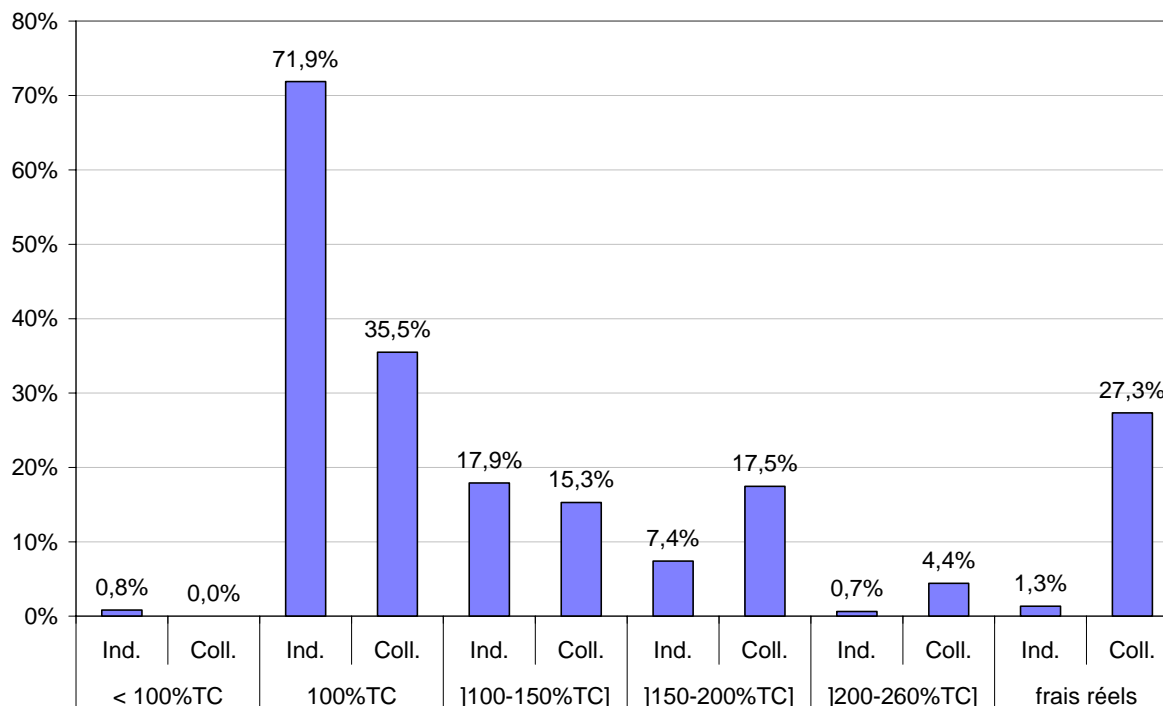
Sont présentées ci-dessous quelques statistiques descriptives sur les principales variables de l'enquête.

Remboursement des consultations

La majorité des bénéficiaires des contrats modaux individuels (71,9 %) et un peu plus du tiers des bénéficiaires des contrats modaux collectifs (35,5 %) sont remboursés du montant du ticket modérateur pour une consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 effectuée dans le parcours de soins. De rares contrats proposent un remboursement inférieur au ticket modérateur.

Les dépassements d'honoraires sont au moins en partie pris en charge par l'assurance complémentaire pour 64,5 % des bénéficiaires de contrats modaux collectifs et 27,3 % des bénéficiaires de contrats modaux individuels. Le remboursement de la totalité des frais engagés pour une consultation réglée 60 € au médecin est plus fréquent en collectif (27,3 %) qu'en individuel (1,3 %).

Graphique 3 - Répartition des contrats selon le remboursement des consultations de médecins spécialistes, dans le parcours de soins (Prix de référence : 60€)

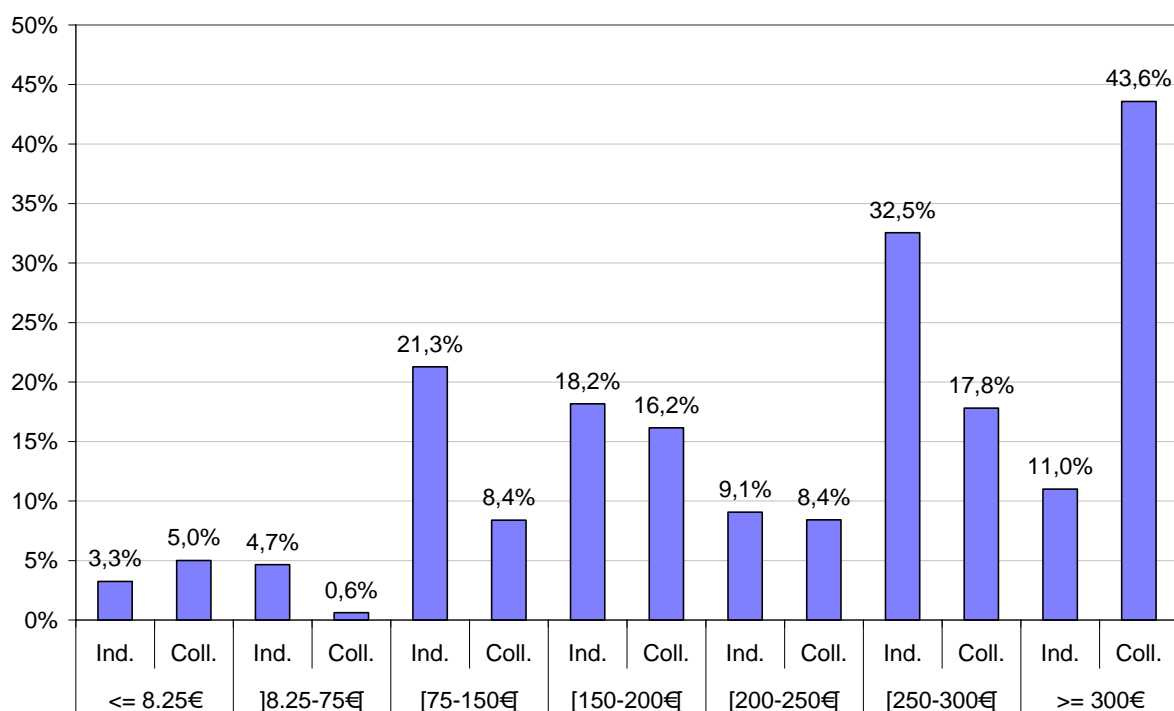


Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2007.

Remboursement de l'optique complexe

Une large majorité des contrats va au-delà du remboursement du ticket modérateur pour des lunettes à verres complexes, étant donnée la faible prise en charge de la Sécurité sociale (15,33 €). Plus de neuf bénéficiaires sur dix sont remboursés par leur assurance complémentaire d'un montant supérieur à 75 € pour une paire de lunette facturée 500 €. Si 43,6 % des personnes couvertes par un contrat modal collectif sont remboursés plus de 300 €, seuls 11 % des personnes couvertes par un contrat modal individuel bénéficient d'une telle prise en charge.

Graphique 4 - Répartition des contrats selon le remboursement de l'optique complexe
(Prix de référence : 500€; 100€ de monture et 200€ par verre complexe)

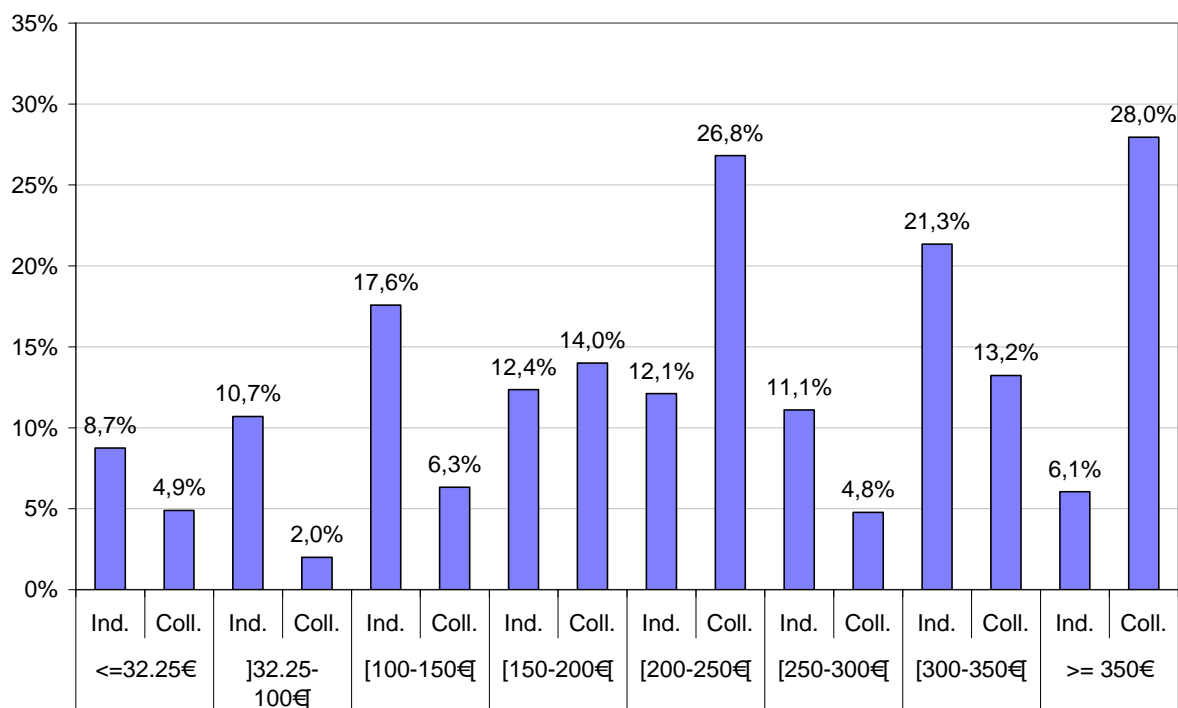


Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2007.

Remboursement de la prothèse dentaire

La prothèse dentaire est également peu prise en charge par de la Sécurité sociale. Aussi pour pallier ce faible remboursement, une très grande majorité des bénéficiaires sont couverts par des contrats dont le remboursement dépasse le ticket modérateur de 32,25 € moins de la moitié des personnes couvertes sont remboursées d'un montant supérieur à 250 € (38,5 % en individuel et 46 % en collectif).

**Graphique 5 - Répartition des contrats selon le remboursement de la prothèse dentaire
(Prix de référence : 750€)**

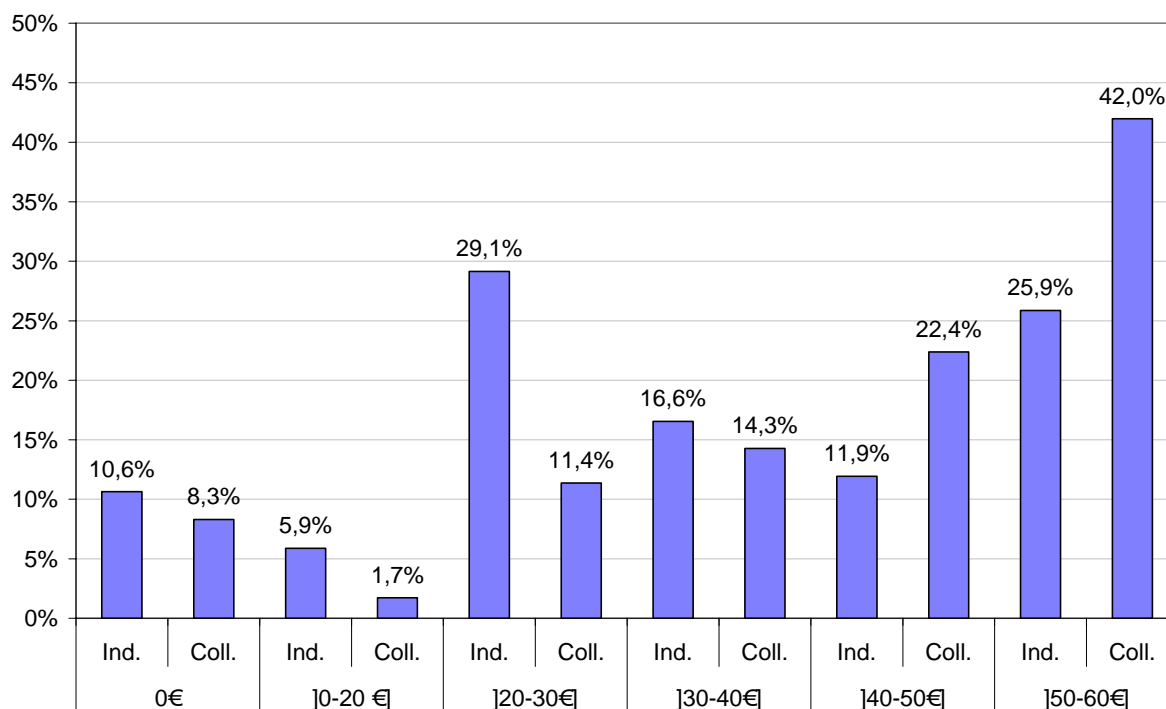


Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2007.

Remboursement de la chambre particulière

Des frais peuvent s'ajouter au forfait journalier hospitalier si le patient choisit de séjourner dans une chambre particulière. Neuf bénéficiaires sur dix sont remboursés de la chambre particulière en médecine et le montant remboursé est très variable. La majorité des bénéficiaires sont pris en charge entre 30€ et 60 € par jour pour une chambre particulière facturée 60€ à l'assuré (54,3 % en collectif et 78,6 % en individuel) ; les bénéficiaires d'un contrat modal collectif sont dans 42 % des cas indemnisés entre 50€ et 60 € par jour.

Graphique 6 - Répartition des contrats selon la prise en charge de la chambre particulière en médecine (Prix de référence : 60€).



Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2007.

Bibliographie

Les résultats de cette enquête font chaque année l'objet d'une à deux publications dans la collection « Études et Résultats » :

Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007 , ER n° 698 – août 2009.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er698.pdf>

Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 , ER n° 663 - octobre 2008.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er663.pdf>

Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006, ER n° 635- mai 2008.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er635.pdf>

Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2005, ER n° 575- mai 2007.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er575/er575.pdf>

Un premier document de travail de la Drees est paru dans la série « sources et méthodes » en octobre 2008 :

Les cotisations des contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006, document de travail série « sources et méthodes » n° 3, octobre 2008.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriesource-method/seriesource-method03.htm>

Annexe 1 - Questionnaire de l'enquête

Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports
Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique



**ENQUÊTE AUPRÈS DES ORGANISMES OFFRANT DES COUVERTURES COMPLÉMENTAIRES
SANTÉ**

Données portant sur l'année 2007
Questionnaire à renvoyer avant le 4 avril 2008

Personne responsable à contacter pour toute information : Marie-Laure ARNOULD
 tél. : 01 40 56 81 89 - drees-enquete-oc@sante.gouv.fr

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête, reconnue d'intérêt général et de qualité statistique, est **obligatoire**.

Visa n°2008A065SA du Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports et du Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie valable pour l'année 2008.

Aux termes de l'article 6 de la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistique, les renseignements transmis en réponse au présent questionnaire ne sauraient en aucun cas être utilisés à des fins de contrôle fiscal ou de répression économique.

L'article 7 de la loi précitée stipule d'autre part que tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte peut entraîner l'application d'une amende administrative.

Questionnaire confidentiel destiné à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Consignes pour remplir ce questionnaire

- Ne pas modifier la mise en page ou la structure du questionnaire, ne pas ajouter ou supprimer de cellules.
- Un coin rouge sur une cellule signale qu'un commentaire y est ajouté : placer le curseur dessus pour le consulter.

• **Les questions portent sur cinq contrats :**

- les 3 premiers **contrats individuels MODAUX** : les 3 *contrats individuels* couvrant *le plus grand nombre de personnes*.
- les 2 premiers **contrats collectifs MODAUX** : les 2 *contrats collectifs* couvrant *le plus grand nombre de personnes*.

- Inscrire vos réponses dans les cases colorées en vert pâle.

Exemple :

		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal	3 ^{ème} modal	1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal
Le contrat prévoit-il le remboursement des lunettes ?	1. Oui 2. Non	2	1	1	2	1

- Inscrire la réponse dans une seule cellule, même si le texte dépasse.

Exemple :

	Contrats individuels			Contrats collectifs	
	1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal	3 ^{ème} modal	1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal
Quel est le nom du contrat ?	Sécurité économi	Contrat central	Top sécurité	Contrat de group	Groupe 2

DÉBUT DU QUESTIONNAIRE**I. IDENTIFICATION DE L'ORGANISME**

Raison sociale :

Sigle éventuel :

N° SIREN ou RNM (9 chiffres) :

Type d'organisme :

(1. Mutuelle 2. Institution de prévoyance 3. Société d'assurance)

Adresse :

Lieu-dit/BP :

Code postal :

Commune :

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

Nom :

Service :

N° de tél. :

Adresse électronique (e-mail) :

RENSEIGNER PAR DES DONNÉES DE L'ANNÉE 2007**II. ÉLÉMENTS SUR L' ACTIVITÉ DE L'ORGANISME**

(si l'organisme fait partie d'un groupe, il s'agit bien ici de renseigner ce qui concerne l'organisme et pas le groupe)

<i>Activités</i>	1. Oui	2. Non	Part de l'activité dans le chiffre d'affaires total (%)
Santé	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>dont Santé individuelle</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>dont Santé collective</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Démographie de la population couverte par les contrats "santé" au 31/12/2007

Personnes âgées de

		0 à 24 ans	25 à 59 ans	60 ans ou +	Total
Contrats individuels**	Adhérents (ouvrant droit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Bénéficiaires* (yc ouvrant droit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Contrats collectifs	Adhérents (ouvrant droit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Bénéficiaires* (yc ouvrant droit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ensemble	Adhérents (ouvrant droit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Bénéficiaires* (yc ouvrant droit)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* il s'agit de l'ensemble des personnes couvertes par les contrats de complémentaire santé.

** 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) et CMU complémentaire

Dans la suite, les questions portent sur les **contrats couvrant le plus grand nombre de personnes en 2007, qu'ils fassent encore partie de l'offre commerciale ou non. Ils sont appelés contrats modaux.**

Pour les contrats **individuels**, les questions portent sur les **trois contrats** couvrant le plus grand nombre de personnes au sein de l'ensemble des contrats individuels. Ils sont dénommés 1^{er} contrat modal, 2^{ème} contrat modal et 3^{ème} contrat modal.

Pour les contrats **collectifs**, les questions portent sur les **deux** contrats couvrant le plus grand nombre de personnes au sein de l'ensemble des contrats collectifs, que l'adhésion soit obligatoire ou facultative, que le contrat soit "sur-mesure" ou standard. Ils sont dénommés 1^{er} et 2^{ème} contrat modal.

Eléments d'identification des contrats étudiés

	Contrats individuels			Contrats collectifs	
	1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal	3 ^{ème} modal	1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal
Quel est le nom commercial de l'offre ?					
Le contrat est-il responsable ?					
1. Oui 2. Non					
Nombre d'adhérents (ouvrant droit) au 31/12/2007					
Nombre de bénéficiaires (yc ouvrant droit) au 31/12/2007					
Montant des cotisations collectées (en milliers d'euros, K€)	K€	K€	K€	K€	K€

III. ANALYSE DES COTISATIONS DE 2007

Analyse des cotisations "santé"

		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal	3 ^{ème} modal	1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal
Les cotisations dépendent-elles de l'âge ?	1. Oui 2. Non					
De l'ancienneté dans le contrat ?	1. Oui 2. Non					
Des revenus ?	1. Oui 2. Non					
Du lieu de résidence ?	1. Oui 2. Non					
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						

Clauses particulières en contrats "santé"

Existe-t-il un âge maximum lors de la souscription du contrat ?	1. Oui 2. Non					
Si oui, quel âge ?						
Un questionnaire médical précède-t-il la souscription ?	1. Oui 2. Non					

IV. COMPLEMENTAIRE SANTÉ : Prestations 2007

IMPORTANT - Les forfaits monétaires s'entendent hors remboursement de la sécurité sociale (RSS)
- Les remboursements en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (dite base sécu.) ou en % des frais réels s'entendent remboursement de la sécurité sociale (RSS) compris

IV. 1. PHARMACIE

		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal	3 ^{ème} modal	1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal
Ne pas mettre les unités. Par exemple, pour 100% taper simplement 100.						
Remboursement des médicaments pris en charge à 65 % par la S.S. (vignette blanche)	1. Oui 2. Non					
Si oui, préciser :						
- soit le remboursement en % de la base sécu., yc remboursement de la sécurité sociale (RSS)						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS						
Remboursement des médicaments pris en charge à 35 % par la S.S. (vignette bleue)	1. Oui 2. Non					
Si oui, préciser :						
- soit le remboursement en % de la base sécu., yc RSS						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS						
Remboursement des médicaments pris en charge à 15 % par la S.S. (vignette orange)	1. Oui 2. Non					
Si oui, préciser :						
- soit le remboursement en % de la base sécu., yc RSS						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS						

IV. COMPLEMENTAIRE SANTE : Prestations 2007 (suite)

IV. 2 . HONORAIRES ET SOINS AMBULATOIRES

		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal	3 ^{ème} modal	1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal
		Ne pas mettre les unités. Par exemple, pour 100% taper simplement 100.				
Remboursement des consultations de médecin spécialiste de secteur 2 à honoraires libres, pour un assuré dans le parcours de soins	1. Oui 2. Non					
Si oui , préciser :						
- soit le forfait monétaire de remboursement, hors RSS						
- soit le remboursement en % de la base sécu., yc RSS						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS						
Remboursement des consultations de médecin spécialiste de secteur 2 à honoraires libres, pour un assuré ne respectant pas le parcours de soins	1. Oui 2. Non					
Si oui , préciser le montant versé par l'assurance complémentaire (hors RSS) pour la consultation directe d'un médecin spécialiste du secteur 2 à honoraires libres (tarif SS = CS = 23 €), hors parcours de soins, réglée 60 € au médecin.		,00 €	,00 €	,00 €	,00 €	,00 €
<i>Cette consultation est remboursée à 10,50 € par la Sécurité sociale à compter du 01/09/2007. Compléter l'information pour une consultation réalisée par exemple en décembre 2007.</i>						

Remboursement de la radiologie et de l'imagerie médicale

	1. Oui 2. Non					
Si oui , préciser :						
- soit le forfait monétaire de remboursement, hors RSS						
- soit le remboursement en % de la base sécu., yc RSS						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS						

Remboursement des frais d'analyse ou de laboratoire

	1. Oui 2. Non					
Si oui , préciser :						
- soit le forfait monétaire de remboursement, hors RSS						
- soit le remboursement en % de la base sécu., yc RSS						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS						

IV. 3 . APPAREILLAGE (adulte)

		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal	3 ^{ème} modal	1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal
		Ne pas mettre les unités. Par exemple, pour 100% taper simplement 100.				
Prise en charge des appareils auditifs (équipement des deux oreilles)	1. Oui 2. Non					
Si oui , préciser :						
- soit la combinaison du montant du forfait monétaire et du remboursement en % de la base sécu., yc RSS (remboursement après l'achat de deux appareils)		€ et %	€ et %	€ et %	€ et %	€ et %
- soit le forfait monétaire de remboursement, hors RSS (remboursement après l'achat de deux appareils)						
- soit le remboursement en % de la base sécu., yc RSS						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS						
Prise en charge de la prothèse capillaire (remboursée à 65 % par la Sécurité sociale)	1. Oui 2. Non					
Si oui , préciser :						
- soit la combinaison du montant du forfait monétaire et du remboursement en % de la base sécu., yc RSS		€ et %	€ et %	€ et %	€ et %	€ et %
- soit le forfait monétaire de remboursement, hors RSS						
- soit le remboursement en % de la base sécu., yc RSS						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS						

IV. COMPLEMENTAIRE SANTÉ : Prestations 2007 (suite)

IV. 4 . OPTIQUE (adulte, hors soins)

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.

	Contrats individuels			Contrats collectifs	
	1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal	3 ^{ème} modal	1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal
	Ne pas mettre les unités. Par exemple, pour 100% taper simplement 100.				
Le contrat prend-il en charge l'optique pour adulte ?	1. Oui				
	2. Non				

1. LUNETTES - Renseigner soit la partie A, soit la partie B - 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 :

	€	€	€	€	€
montant du forfait global pour des lunettes "monture + verres simples unifocaux" (dioptrie de -6 à +6) (code 2203240)					
<i>Eventuellement, en plus du forfait global :</i>					
remboursement pour la monture en % de la base sécu., yc RSS	%	%	%	%	%
remboursement pour les verres en % de la base sécu., yc RSS	%	%	%	%	%

	€	€	€	€	€
montant du forfait global pour des lunettes "monture + verres complexes multifocaux ou progressifs" (dioptrie de -8 à +8) (code 2227038)					
<i>Eventuellement, en plus du forfait global :</i>					
remboursement pour la monture en % de la base sécu., yc RSS	%	%	%	%	%
remboursement pour les verres en % de la base sécu., yc RSS	%	%	%	%	%

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

Monture

Préciser :

- soit la combinaison du montant du forfait "monture" et du remboursement en % de la base sécu., yc RSS	et €	et €	et €	et €	et €
	%	%	%	%	%
- soit le montant du forfait "monture", hors RSS					
- soit le remboursement en % de la base sécu., yc RSS					
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS					

Verres

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

préciser :

- soit la combinaison du montant du forfait "pour deux verres" et du remboursement en % de la base sécu., yc RSS	et €	et €	et €	et €	et €
	%	%	%	%	%
- soit le montant du forfait "pour deux verres", hors RSS					
- soit le remboursement en % de la base sécu., yc RSS					
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS					

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

préciser :

- soit la combinaison du montant du forfait "pour deux verres" et du remboursement en % de la base sécu., yc RSS	et €	et €	et €	et €	et €
	%	%	%	%	%
- soit le montant du forfait "pour deux verres", hors RSS					
- soit le remboursement en % de la base sécu., yc RSS					
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS					

2. LENTILLES

Le contrat prend-il en charge des lentilles non remboursées par la sécurité sociale ?	1. Oui				
	2. Non				

IV. COMPLEMENTAIRE SANTE : Prestations 2007 (suite)

IV. 5 . DENTAIRE (adulte, hors soins conservateurs)

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.

Prothèses dentaires dans la nomenclature, prises en charges par la Sécurité sociale - Adulte

		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal	3 ^{ème} modal	1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal
Le contrat prend-il en charge la prothèse céramo-métallique sur dent visible ?	1. Oui					
	2. Non					
Si oui, préciser :						
- soit la combinaison du montant du forfait monétaire et du remboursement en % de la base sécu., yc RSS		€ et %	€ et %	€ et %	€ et %	€ et %
- soit le forfait monétaire de remboursement, hors RSS						
- soit le remboursement en % de la base sécu., yc RSS						
- soit le remboursement exprimé en % des frais réels, yc RSS						

Travaux dentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale - Adulte

Le contrat prend-il en charge des travaux dentaires non pris en charge par la sécurité sociale (ex : prothèse dentaire non remboursée par la Sécurité sociale ou orthodontie adulte ou implantologie ...) ?	1. Oui					
	2. Non					
Le contrat prend-il en charge de l' orthodontie adulte ?	1. Oui					
	2. Non					
Si oui, préciser le remboursement annuel (si votre prise en charge est semestrielle, multipliez le montant par deux)		€	€	€	€	€
Le contrat prend-il en charge l' implantologie ?	1. Oui					
	2. Non					
Préciser le remboursement pour le traitement d'une dent (implant + pilier + prothèse/couronne)						

Précisions que vous souhaitez apporter concernant l'implantologie :

IV. 6 . PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 18 € SUR LES ACTES MÉDICAUX LOURDS

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

		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal	3 ^{ème} modal	1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal
Le contrat prend-il en charge la participation forfaitaire à la charge de l'assuré ?	1. Oui					
	2. Non					
Si oui, préciser le montant remboursé en €		€	€	€	€	€

IV. COMPLEMENTAIRE SANTÉ : Prestations 2007 (suite)

IV. 7. HOSPITALISATION

Contrats individuels Contrats collectifs
1^{er} modal 2^{ème} modal 3^{ème} modal 1^{er} modal 2^{ème} modal

Ne pas mettre les unités. Par exemple, pour 100% taper simplement 100.

Forfaits journaliers

Prise en charge du forfait journalier lors de séjours en médecine (16 € en 2007)

1. Oui
2. Non

Si oui, préciser :

la durée de prise en charge du forfait journalier en jours par an (écrire 999 si illimitée)

ET le montant maximum remboursé par jour en € (écrire 999 si frais réels)

Prise en charge du forfait journalier lors de séjours en soins de suite et de réadaptation (16 € en 2007)

1. Oui
2. Non

Si oui, préciser :

la durée de prise en charge du forfait journalier en jours par an (écrire 999 si illimitée)

ET le montant maximum remboursé par jour en € (écrire 999 si frais réels)

Prise en charge du forfait journalier lors de séjours en psychiatrie (12 € en 2007)

1. Oui
2. Non

Si oui, préciser :

la durée de prise en charge du forfait journalier en jours par an (écrire 999 si illimitée)

ET le montant maximum remboursé par jour en € (écrire 999 si frais réels)

Honoraires hospitaliers

La prise en charge des honoraires hospitaliers dépend-elle des conventions spécifiques passées entre votre organisme complémentaire et les établissements de soins ?

1. Oui
2. Non

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

1. Oui
2. Non

Si oui, préciser :

- soit le forfait monétaire de remboursement, hors RSS

- soit le remboursement en % de la base sécu., yc RSS

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

Chambre particulière

La prise en charge de la chambre particulière dépend-elle des conventions spécifiques passées entre votre organisme complémentaire et les établissements de soins ?

1. Oui
2. Non

Le contrat prend-il en charge la chambre particulière en médecine dans les établissements conventionnés Sécurité Sociale (hors conventions spécifiques passées avec des établissements) ?

1. Oui
2. Non

Si oui, préciser :

- soit le montant du forfait par jour en €

- soit le montant du forfait annuel en €

- soit le remboursement exprimé en % des frais réels

ET la durée maximum de prise en charge de la chambre particulière en nombre de jours par an (écrire 999 si illimitée)

Accompagnement d'un enfant hospitalisé

Le contrat prend-il en charge des frais pour accompagnement d'enfant ?

1. Oui
2. Non

IV. COMPLEMENTAIRE SANTÉ : Prestations 2007 (suite)

IV. 8 . PREVENTION

Le contrat prend-il en charge les prestations de prévention suivantes, **après participation de la Sécurité sociale** (arrêté du 8 juin 2006, concernant les contrats responsables) ?

		Contrats individuels			Contrats collectifs	
		1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal	3 ^{ème} modal	1 ^{er} modal	2 ^{ème} modal
- Scellement des sillons avant 14 ans	1. Oui 2. Non					
- Détartrage annuel	1. Oui 2. Non					
- Bilan du langage avant 14 ans	1. Oui 2. Non					
- Dépistage de l'hépatite B	1. Oui 2. Non					
- Ostéodensitométrie tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans	1. Oui 2. Non					
- Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans (audiométrie tonale et/ou vocale)	1. Oui 2. Non					
Vaccinations suivantes :						
- Diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges)	1. Oui 2. Non					
- Coqueluche (avant 14 ans)	1. Oui 2. Non					
- Hépatite B (avant 14 ans)	1. Oui 2. Non					
- BCG (avant 6 ans)	1. Oui 2. Non					
- Rubéole	1. Oui 2. Non					
- Haemophilus influenzae B	1. Oui 2. Non					
- Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (enfants avant 18 mois)	1. Oui 2. Non					

Le contrat prend-il en charge les actions de prévention suivantes, **non remboursées par la Sécurité sociale** ?

- Médecines douces (homéopathes, ostéopates, chiropracteurs)	1. Oui 2. Non					
- Consultations diététiciens, nutritionnistes	1. Oui 2. Non					
- Recherche de cholestérol	1. Oui 2. Non					
- Vaccin anti-grippe avant 65 ans	1. Oui 2. Non					
- Sevrage tabagique	1. Oui 2. Non					
- Pilule contraceptive	1. Oui 2. Non					

Avez-vous des précisions à apporter à vos réponses ?

Avez-vous des remarques et suggestions supplémentaires à faire sur ce questionnaire ?

FIN DU QUESTIONNAIRE

MERCI D'AVOIR RÉPONDU A CETTE ENQUÊTE

Questionnaire à renvoyer avant le 4 avril 2008

à Madame Marie-Laure ARNOULD

Drees - bureau des dépenses de santé et des relations d'assurance maladie

Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports

14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Tél. : 01 40 56 81 89

Courrier électronique : drees-enquete-oc@sante.gouv.fr

Quelque soit votre mode de réponse (questionnaire papier ou questionnaire complété et enregistré sur le cd-rom),
merci de bien vouloir nous retourner le cd-rom par courrier

Annexe 2 - Tableaux de résultats de l'enquête

Dans cette annexe est présentée un ensemble de tableaux de résultats de l'enquête 2007

1. Données de cadrage

1.a Bilan des réponses à l'enquête 2007

Bilan des réponses à l'enquête 2007

	Nombre d'organismes dans la population	Nombre d'organismes enquêtés	Nombre d'organismes répondants	Part des répondants (en %)	Montant des cotisations des organismes de la population (millions d'euros)	Montant des cotisations des organismes enquêtés (millions d'euros)	Montant des cotisations des organismes répondants (millions d'euros)	Part des répondants (en % des cotisations)
Mutuelles	766	217	191	88,0	15 950	12 627	12 117	96,0
Institutions de prévoyance	36	36	32	88,9	4 695	4 695	4 535	96,6
Assurances	90	42	33	78,6	6 725	6 339	5 650	89,1
Ensemble	892	295	256	86,8	27 370	23 661	22 302	94,3

Lecture : 88 % des mutuelles enquêtées ont renvoyé le questionnaire 2007. Le montant de leurs cotisations représente 96 % du total des cotisations des mutuelles.

Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2007.

1.b Nombre de contrats complétés

Nombre de contrats complétés

	contrats individuels	contrats collectifs	Ensemble
Mutuelles	482	244	726
Institutions de prévoyance	57	63	120
Assurances	90	36	126
Ensemble	629	343	972

Lecture : Les mutuelles répondantes ont renseigné 482 contrats individuels et 244 contrats collectifs.

1.c Répartition des bénéficiaires (personnes couvertes) par type de contrat

Répartition des bénéficiaires (personnes couvertes) par type de contrat

	contrats individuels	contrats collectifs	Ensemble
Mutuelles	71,6	28,4	100,0
Institutions de prévoyance	12,1	87,9	100,0
Assurances	67,7	32,3	100,0
Ensemble	60,3	39,7	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 71,6 % des personnes couvertes par une mutuelle bénéficient d'un contrat individuel.

1.d Répartition des bénéficiaires par type d'organisme

Répartition des bénéficiaires par type d'organisme

	contrats individuels	contrats collectifs	Ensemble
Mutuelles	69,5	41,8	58,5
Institutions de prévoyance	3,5	38,6	17,4
Assurances	27,0	19,6	24,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 69,5 % des bénéficiaires d'un contrat individuel sont couverts par une mutuelle.

1.e Part des activités dans le chiffre d'affaires total des organismes

Part des activités dans le chiffre d'affaires total des organismes

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Assurances	Ensemble
Santé	98,1	52,1	28,4	89,6
<i>Dont Santé Individuelle</i>	75,1	9,5	22,8	67,2
<i>Dont SANTÉ collective</i>	23,1	42,7	5,6	22,4
Autres	1,9	47,9	71,6	10,4

En pourcentage du chiffre d'affaires total de l'organisme.

Lecture : La santé individuelle représente 75,1 % du chiffre d'affaires des mutuelles.

Champ : les 247 organismes qui ont ventilé leur chiffre d'affaires par activités.

1.f Structure démographique par type d'organisme et par tranche d'âge des assurés

Structure démographique par type d'organisme et par tranche d'âge des assurés

	Assurés de moins de 24 ans	Assurés de 25 à 59 ans	Assurés de 60 ans et plus	Total
Mutuelles	8,6	57,5	33,9	100,0
Institutions de prévoyance	10,9	70,8	18,3	100,0
Assurances	8,4	69,3	22,3	100,0
Ensemble	8,9	61,7	29,4	100,0

En pourcentage des assurés.

Lecture : 8,6% des assurés des mutuelles ont moins de 24 ans.

Champ : les 211 organismes ayant indiqué la répartition par âge des assurés.

1.g Structure démographique par type d'organisme et par tranche d'âge des bénéficiaires

Structure démographique par type d'organisme et par tranche d'âge des bénéficiaires

	Bénéficiaires moins de 24 ans	Bénéficiaires de 25 à 59 ans	Bénéficiaires de 60 ans et plus	Total
Mutuelles	28,7	46,3	25,0	100,0
Institutions de prévoyance	28,6	60,0	11,4	100,0
Assurances	29,8	52,0	18,3	100,0
Ensemble	28,9	49,2	21,9	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 28,7% des bénéficiaires des mutuelles ont moins de 24 ans.

Champ : les 206 organismes ayant indiqué la répartition par âge des bénéficiaires.

2. Caractéristiques des contrats modaux

2.a Contrats responsables par type d'organisme et type de contrats

Le contrat est-il responsable ?

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	100,0	98,9	100,0	99,9	100,0	100,0	100,0	99,2	99,5
Non	0,0	1,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,8	0,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 98,9 % des bénéficiaires d'un contrat individuel modal souscrit auprès d'une mutuelle est déclaré responsable.

2.b Nombre de personnes couvertes par un même contrat

Nombre de personnes couvertes par un même contrat

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Moyenne	1,9	1,6	2,2	1,5	2,2	1,6	2,1	1,6	1,8
Médiane	2,0	1,6	2,2	1,4	2,2	1,6	2,2	1,6	1,7
Premier quartile	1,7	1,5	2,2	1,4	2,2	1,4	1,8	1,4	1,5
Troisième quartile	2,3	1,8	2,3	1,4	2,3	1,8	2,3	1,8	2,2

Lecture : le nombre de personnes couvertes par un même contrat collectif modal s'établit en moyenne à 1,9 pour les mutuelles.

2.c Cotisations mensuelles par bénéficiaires

Cotisations mensuelles par bénéficiaires

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Moyenne	36,0	40,1	33,0	55,9	31,3	37,1	34,6	40,1	37,9
Médiane	36,3	36,8	29,9	48,0	31,4	36,3	35,0	36,8	36,8
Premier quartile	30,1	32,2	25,6	40,4	19,4	30,3	25,6	32,1	30,3
Troisième quartile	43,0	47,7	43,3	73,4	41,6	43,6	43,3	46,4	44,3

Cotisations mensuelles des bénéficiaires (personnes couvertes) en €.

Champ : Cotisations calculées à partir des 921 contrats pour lesquels le montant total des cotisations était indiqué.

Lecture : la prime mensuelle par bénéficiaire d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle s'élève en moyenne à 36 €.

3. Analyse des cotisations

3.a Les cotisations dépendent-elles de l'âge ?

Les cotisations dépendent-elles de l'âge ?

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	22,2	66,9	0,0	74,3	34,9	99,7	16,5	73,0	50,6
Non	77,8	33,1	100,0	25,7	65,1	0,3	83,5	27,0	49,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 22,2 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, les cotisations dépendent de l'âge.

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

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

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	2,4	23,2	0,0	0,0	0,0	10,9	1,4	20,2	12,8
Non	97,6	76,8	100,0	100,0	100,0	89,1	98,6	79,8	87,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 2,4 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, les cotisations dépendent de l'ancienneté dans le contrat.

3.c Les cotisations dépendent-elles des revenus ?

Les cotisations dépendent-elles des revenus ?

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	29,6	35,7	43,6	4,7	16,9	0,0	32,7	28,3	30,1
Non	70,4	64,3	56,4	95,3	83,1	100,0	67,3	71,7	69,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 29,6 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, les cotisations dépendent des revenus.

3.d Les cotisations dépendent-elles du lieu de résidence ?

Les cotisations dépendent-elles du lieu de résidence ?

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	6,0	14,1	8,4	69,8	61,5	71,3	12,6	26,1	20,7
Non	94,0	85,9	91,6	30,2	38,5	28,7	87,4	73,9	79,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 6 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, les cotisations dépendent du lieu de résidence.

3.e Détermination du montant de cotisations des enfants.

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

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge des enfants	11,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	6,4	0,2	2,7
Tous les enfants cotisent	5,1	20,0	3,7	7,8	0,6	14,0	4,2	18,5	12,8
Gratuité à partir du 2e, 3e ou 4e enfant	48,8	73,5	6,5	70,7	52,2	86,0	35,6	75,6	59,8
Forfait famille	34,9	6,2	89,8	21,5	47,1	0,0	53,8	5,6	24,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 5,1 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, leur contrat prévoit que tous les enfants cotisent.

3.f Limite d'âge maximum à la souscription au contrat

Limite d'âge maximum à la souscription au contrat

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	23,1	26,0	3,7	77,1	24,6	80,2	17,1	37,3	29,3
Non	76,9	74,0	96,3	22,9	75,4	19,8	82,9	62,7	70,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 23,1 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, leur contrat impose une limite d'âge maximum à l'adhésion.

3.g Âge limite à la souscription au contrat

Âge limite à la souscription au contrat

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Moyenne	52,1	61,1	62,2	69,4	62,9	68,7	54,5	64,5	62,2
Médiane	60,0	60,0	65,0	70,0	65,0	70,0	60,0	65,0	65,0
Premier quartile	28,0	60,0	60,0	70,0	60,0	65,0	55,0	60,0	60,0
Troisième quartile	65,0	65,0	65,0	70,0	65,0	70,0	65,0	70,0	70,0

Lecture : pour souscrire à un contrat modal collectif auprès d'une mutuelle, la limite d'âge s'établit en moyenne à 52,1 ans.

4. Remboursements : Pharmacie

4.a Pharmacie : médicaments à vignette blanche (remboursés à 65 % par la Sécurité sociale)

Pharmacie : médicaments à vignette blanche (remboursés à 65 % par la Sécurité sociale)

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,4
Prise en charge partielle du TM par l'OC	1,6	1,5	2,9	2,9	0,0	0,0	1,8	1,3	1,5
Prise en charge totale (Sécu + OC)	98,4	97,8	97,1	97,1	100,0	100,0	98,2	98,2	98,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 98,4 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal d'une mutuelle sont remboursés de la totalité du ticket modérateur pour les médicaments à vignette blanche.

4.b Pharmacie : médicaments à vignette bleue (remboursés à 35 % par la Sécurité sociale)

Pharmacie : médicaments à vignette bleue (remboursés à 35 % par la Sécurité sociale)

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	0,0	0,7	2,5	0,0	0,0	0,0	0,8	0,6	0,7
Prise en charge partielle du TM par l'OC	3,0	19,2	2,9	4,4	0,0	0,0	2,7	15,3	10,3
Prise en charge totale (Sécu + OC)	96,9	80,1	94,6	95,6	100,0	100,0	96,5	84,1	89,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 96,9 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal d'une mutuelle sont remboursés de la totalité du ticket modérateur pour les médicaments à vignette bleue.

4.c Pharmacie : médicaments à vignette orange (remboursés à 15 % par la Sécurité sociale)

Pharmacie : médicaments à vignette orange (remboursés à 15 % par la Sécurité sociale)

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	53,3	71,3	12,0	3,7	0,0	0,5	34,5	56,5	47,8
Prise en charge partielle du TM par l'OC	12,4	8,7	2,9	4,4	0,0	0,0	8,1	7,0	7,4
Prise en charge totale (Sécu + OC)	34,2	20,0	85,1	91,9	100,0	99,5	57,5	36,5	44,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 34,2 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal d'une mutuelle sont remboursés de la totalité du ticket modérateur pour les médicaments à vignette orange.

5. Remboursements : Honoraires et soins ambulatoires

BRSS : Base de remboursement de la sécurité sociale

5.a Consultations de médecins spécialistes de secteur 2, dans le parcours de soins

Remboursement des consultations de médecins spécialistes de secteur 2, dans le parcours de soins

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,5
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
remboursement à 100 % BRSS	43,8	76,3	32,0	69,1	0,7	52,6	35,5	71,9	57,4
Prise en charge des dépassements d'honoraires	56,1	22,6	68,0	30,8	99,3	47,4	64,5	27,3	42,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 43,8 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal d'une mutuelle sont remboursées de la totalité du ticket modérateur des consultations de médecin spécialiste de secteur 2.

5.b Consultations dans le parcours de soins : distribution

Remboursement des consultations de médecins spécialistes de secteur 2, dans le parcours de soins

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Moyenne	143,5	111,5	194,2	130,6	244,8	131,6	170,4	115,7	137,4
Médiane	126,0	100,0	244,7	100,0	260,9	100,0	150,0	100,0	100,0
Premier quartile	100,0	100,0	100,0	100,0	260,9	100,0	100,0	100,0	100,0
Troisième quartile	170,0	100,0	260,9	122,5	260,9	150,0	260,9	122,5	152,2

En pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS).

Montant de référence de la consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 : 60 €

Lecture : Les contrats collectifs modaux des mutuelles proposent en moyenne un remboursement des consultations à 143,5 % de la base de la Sécurité sociale.

5.c Consultations Hors parcours de soins

Consultations Hors parcours de soins

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	4,2	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,9	1,5
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,3	3,6	0,0	3,9	0,0	0,0	0,2	3,0	1,8
remboursement à 100 % BRSS	60,5	87,0	32,5	72,4	0,8	58,0	45,3	81,4	67,0
Prise en charge des dépassements d'honoraires	35,0	8,3	67,5	23,7	99,2	42,0	52,2	14,8	29,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 60,5 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal d'une mutuelle sont remboursées de la totalité du ticket modérateur des consultations de médecin spécialiste de secteur 2.

Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2007.

5.d Consultations hors parcours de soins : distribution

Remboursement des consultations de médecins spécialistes de secteur 2, hors parcours de soins

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Moyenne	12,1	7,7	23,2	11,7	33,7	13,1	18,0	8,8	12,4
Médiane	6,9	6,9	34,1	6,9	35,9	6,9	11,0	6,9	6,9
Premier quartile	6,9	6,9	6,9	6,9	35,9	6,9	6,9	6,9	6,9
Troisième quartile	16,1	6,9	35,9	6,9	35,9	18,4	35,9	6,9	12,7

Remboursement par les organismes complémentaires, en euros.

Montant de référence de la consultation chez un médecin spécialiste de secteur 2 : 60 €.

Lecture : Les contrats collectifs modaux des mutuelles proposent en moyenne un remboursement de 12,1€ des consultations hors parcours de soins.

5.e Actes de radiologie

Actes de radiologie

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Prise en charge partielle du TM par l'OC	1,9	0,7	0,0	0,2	0,0	0,0	1,1	0,6	0,8
remboursement à 100 % BRSS	58,2	89,4	51,1	73,3	0,7	45,9	49,8	81,1	68,7
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	39,9	9,7	48,9	26,5	99,3	54,1	49,1	18,2	30,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 58,2 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal d'une mutuelle sont remboursées de la totalité du ticket modérateur des actes de radiologie.

5.f Frais d'analyses médicales ou de laboratoire

Frais d'analyses médicales ou de laboratoire

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2
Prise en charge partielle du TM par l'OC	1,6	1,7	0,0	0,6	0,0	0,0	0,9	1,3	1,2
remboursement à 100 % BRSS	70,3	92,3	39,7	72,2	0,7	45,9	53,2	83,4	71,4
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	28,1	5,7	60,3	27,2	99,3	54,1	45,9	15,0	27,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 70,3 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal d'une mutuelle sont remboursées de la totalité du ticket modérateur des frais d'analyses médicales ou de laboratoire.

6. Remboursements : appareillage

6.a Appareillage : prothèse auditive

Appareillage : prothèse auditive

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	1,2	0,7
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,0	0,9	0,0	0,9	0,0	1,6	0,0	1,0	0,6
remboursement à 100 % TR	11,0	9,0	0,7	2,4	0,7	26,7	6,6	11,9	9,8
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	89,0	89,0	99,3	96,7	99,3	69,8	93,4	85,9	88,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 89 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal d'une mutuelle ont un contrat qui prévoit un remboursement supérieur au ticket modérateur des prothèses auditives.

6.b Appareillage : prothèse auditive

Remboursement des prothèses auditives

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Moyenne	276,1	241,4	435,9	300,0	317,4	147,5	331,5	226,6	268,2
Médiane	260,0	250,1	415,0	250,0	265,0	130,0	300,0	225,2	252,7
Premier quartile	195,0	156,6	300,0	250,0	265,0	100,0	212,7	140,1	152,6
Troisième quartile	320,0	309,4	565,0	300,0	370,3	152,6	410,0	309,4	315,4

En pourcentage du tarif de responsabilité (TR).

Montant de référence pour deux appareils numériques : 3000 €.

Lecture : Les contrats collectifs modaux des mutuelles proposent en moyenne un remboursement des prothèses auditives à 276,1 % du TR.

6.c Appareillage : prothèse capillaire

Appareillage : prothèse capillaire

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	4,3	8,1	6,7	3,4	0,0	20,7	4,6	10,2	8,0
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,4	0,7	0,0	0,7	0,0	0,0	0,2	0,6	0,4
remboursement à 100 % TR	21,3	11,8	6,8	2,9	0,7	30,8	14,4	14,9	14,7
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	74,1	79,4	86,5	92,9	99,3	48,4	80,7	74,3	76,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 74,1 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal d'une mutuelle ont un contrat qui prévoit un remboursement supérieur au ticket modérateur de la prothèse capillaire.

6.d Appareillage : prothèse capillaire

Remboursement de la prothèse capillaire

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Moyenne	202,3	184,2	250,1	252,5	274,8	145,5	225,3	179,5	197,7
Médiane	200,0	196,0	300,0	250,0	270,0	100,0	250,0	187,4	200,0
Premier quartile	100,0	132,0	195,0	250,0	265,0	100,0	138,6	100,0	129,0
Troisième quartile	265,0	248,2	320,0	300,0	320,0	200,0	309,0	248,2	265,0

En pourcentage du tarif de responsabilité (TR).

Montant de référence pour une prothèse capillaire : 400 €

Lecture : Les contrats collectifs modaux des mutuelles proposent en moyenne un remboursement de la prothèse capillaire à 202,3 % du TR.

7. Remboursements : Optique

7.a Optique : Prise en charge des lunettes simples

Optique : lunettes simples

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,5	0,5
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
remboursement à 100 % BRSS	7,8	2,7	0,5	0,1	0,0	3,2	4,6	2,7	3,5
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	91,6	96,6	99,5	99,6	100,0	96,8	95,0	96,7	96,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 91,6 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal d'une mutuelle ont un contrat qui prévoit un remboursement supérieur au ticket modérateur de l'optique simple.

7.b Optique : lunettes simples

Remboursement d'une paire de lunettes avec des verres simples (dioptrie de -6 à +6)

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Moyenne	144,0	118,2	172,4	120,6	186,0	131,6	157,5	120,7	135,3
Médiane	168,5	111,3	195,2	92,0	195,2	142,6	177,5	122,1	142,6
Premier quartile	114,0	78,6	142,6	82,6	177,5	102,6	142,6	82,6	100,5
Troisième quartile	195,2	152,6	195,2	147,0	195,2	160,0	195,2	157,0	188,0

Remboursement par les organismes complémentaires, en euros.

Prix de référence = 200 € (100 € pour la monture et 50€ par verre simple).

Lecture : Les contrats collectifs modaux des mutuelles remboursent en moyenne 144 € pour une paire de lunettes avec des verres simples.

7.c Optique : Prise en charge des lunettes complexes

Optique : lunettes complexes

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,5	0,5
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
remboursement à 100 % BRSS	7,8	2,7	0,5	0,1	0,0	3,2	4,6	2,7	3,5
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	91,6	96,6	99,5	99,6	100,0	96,8	95,0	96,7	96,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 91,6 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal d'une mutuelle ont un contrat qui prévoit un remboursement supérieur au ticket modérateur de l'optique complexe.

7.d Optique : lunettes complexes

Remboursement d'une paire de lunettes avec des verres complexes (dioptrie de -8 à +8)

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Moyenne	249,7	204,9	336,0	209,2	303,0	176,7	282,9	200,0	232,9
Médiane	247,7	219,0	324,9	148,3	241,4	148,3	275,0	200,1	221,9
Premier quartile	160,3	153,0	208,3	148,3	214,6	108,3	187,1	148,3	155,0
Troisième quartile	342,4	240,0	484,7	208,3	444,7	200,0	404,7	234,7	295,0

Remboursement par les organismes complémentaires, en euros.

Prix de référence = 500 € (100 € pour la monture et 200€ par verre complexe).

Lecture : Les contrats collectifs modaux des mutuelles remboursent en moyenne 249,7 € pour une paire de lunettes avec des verres complexes.

7.e Optique : lentilles non remboursées par la Sécurité sociale

Optique : lentilles non remboursées par la Sécurité sociale

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	84,4	89,0	89,3	95,0	95,7	91,7	87,2	89,7	88,7
Non	15,6	11,0	10,7	5,0	4,3	8,3	12,8	10,3	11,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 84,4 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prend en charge les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale.

8. Remboursements : Dentaire

8.a Dentaire : Prise en charge des prothèses dentaires

Dentaire : prothèse dentaire

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,3
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,4	0,5	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,4	0,3
remboursement à 100 % BRSS	7,8	5,9	0,5	0,9	0,0	17,1	4,6	7,8	6,5
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	91,8	92,8	99,5	98,8	100,0	82,9	95,1	91,3	92,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 91,8 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal d'une mutuelle ont un contrat qui prévoit un remboursement supérieur au ticket modérateur de l'optique complexe.

8.b Dentaire : prothèses dentaires

Remboursement de la prothèse dentaire céramo-métallique sur dent visible

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Moyenne	239,6	216,1	315,4	240,3	417,6	167,4	282,7	208,2	237,8
Médiane	225,8	230,0	247,3	193,5	430,0	159,1	247,3	215,0	240,0
Premier quartile	150,5	118,3	215,0	193,5	215,0	92,3	193,5	118,3	139,8
Troisième quartile	311,8	317,0	381,6	247,3	592,0	242,3	376,3	317,0	317,0

Remboursement par les organismes complémentaires, en euros.

Prix de référence de la prothèse dentaire céramo-métallique = 750 €

Lecture : Les contrats collectifs modaux des mutuelles remboursent en moyenne 349,6 € pour une prothèse dentaire céramo-métallique.

8.c Dentaire : Travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale

Dentaire : Travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	62,1	59,7	64,6	25,3	89,1	51,5	65,7	57,1	60,5
Non	37,9	40,3	35,4	74,7	10,9	48,5	34,3	42,9	39,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 53,4 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal d'une mutuelle, leur contrat prend en charge des travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale.

8.d Dentaire : Orthodontie Adulte

Remboursement de l'orthodontie adulte non prise en charge par la Sécurité sociale.

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	45,6	42,8	52,5	18,9	53,8	15,7	48,7	37,2	41,8
Non	54,4	57,2	47,5	81,1	46,2	84,3	51,3	62,8	58,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 45,6 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit le remboursement de l'orthodontie adulte non prise en charge par la Sécurité sociale.

8.e Dentaire : Implantologie

Remboursement de l'implantologie

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	41,5	45,2	29,0	17,9	85,4	38,0	42,2	43,1	42,7
Non	58,5	54,8	71,0	82,1	14,6	62,0	57,8	56,9	57,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 41,5 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge de l'implantologie.

8.f Dentaire : Implantologie

Remboursement des travaux d'implantologie

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Moyenne	466,6	305,2	385,2	407,5	1 035,4	197,0	570,7	289,6	399,8
Médiane	460,0	200,0	305,0	319,8	482,8	140,0	460,0	175,0	300,0
Premier quartile	225,8	122,0	268,2	167,0	460,0	100,0	268,2	122,0	122,0
Troisième quartile	751,0	550,0	456,0	465,0	2 000,0	300,0	751,0	486,0	550,0

Remboursement par les organismes complémentaires, en euros.

Prix de référence: 2000 € (implant + pilier = 1300 € et couronne = 700 €).

Lecture : Les contrats collectifs modaux des mutuelles remboursent en moyenne 466,6 € les travaux d'implantologie.

9. Remboursements : Participation forfaitaire de 18€ sur les actes médicaux lourds

Prise en charge de la participation forfaitaire sur les actes médicaux lourds?

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	99,8	99,7	99,5	97,7	100,0	97,9	99,7	99,3	99,5
Non	0,2	0,3	0,5	2,3	0,0	2,1	0,3	0,7	0,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 99,8 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge de la participation forfaitaire de 18 €.

10. Remboursements : Hospitalisation

10.a Durée de prise en charge du forfait journalier en médecine

Durée de prise en charge du forfait journalier en médecine

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,2
Prise en charge de 1 à 90 jours	7,7	8,8	0,0	2,0	0,0	0,0	4,4	7,0	6,0
Prise en charge de 91 à 360 jours	5,2	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	2,0	2,4
Prise en charge illimitée	86,5	88,7	100,0	97,9	100,0	100,0	92,2	91,0	91,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 7,7 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal d'une mutuelle, leur contrat rembourse le forfait journalier en médecine pour une durée inférieure ou égale à 90 jours.

10.b Durée de prise en charge du forfait journalier en soins de suite et réadaptation

Durée de prise en charge du forfait journalier en soins de suite et réadaptation

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge	1,4	1,8	0,0	0,0	0,0	3,5	0,8	2,0	1,5
Prise en charge de 1 à 90 jours	22,2	22,7	0,2	2,0	1,0	1,4	12,9	18,2	16,1
Prise en charge de 91 à 360 jours	4,4	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	2,8	2,7
Prise en charge illimitée	71,9	72,0	99,8	97,9	99,0	95,1	83,7	77,0	79,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 22,2 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal d'une mutuelle, leur contrat rembourse le forfait journalier en soins de suite et de réadaptation pour une durée inférieure ou égale à 90 jours.

10.c Durée de prise en charge du forfait journalier en psychiatrie

Durée de prise en charge du forfait journalier en psychiatrie

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge	2,2	2,6	3,3	2,4	0,0	3,2	2,3	2,7	2,5
Prise en charge de 1 à 90 jours	35,1	39,9	0,2	1,9	31,7	32,6	23,6	37,4	31,9
Prise en charge de 91 à 360 jours	5,4	3,2	0,8	0,0	0,0	0,0	3,4	2,5	2,9
Prise en charge illimitée	57,3	54,3	95,7	95,7	68,3	64,3	70,7	57,4	62,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 35,1 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal d'une mutuelle, leur contrat rembourse le forfait journalier en psychiatrie pour une durée inférieure ou égale à 90 jours.

10.d Durée de prise en charge de la chambre particulière

Durée de prise en charge de la chambre particulière

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Pas de prise en charge	12,5	7,8	3,7	42,8	0,0	17,3	8,4	10,7	9,8
Prise en charge de 1 à 90 jours	28,5	21,1	3,1	30,6	0,0	1,6	17,4	18,0	17,7
Prise en charge de 91 à 360 jours	2,2	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	8,8	5,8
Prise en charge illimitée	56,8	59,9	93,2	26,7	100,0	81,0	73,0	62,6	66,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 28,5 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal d'une mutuelle, leur contrat participe aux frais de la chambre particulière en médecine pour une durée inférieure ou égale à 90 jours.

10.e Montant de prise en charge de la chambre particulière

Montant de prise en charge de la chambre particulière

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Moyenne	41,3	35,6	44,1	23,0	57,3	41,0	43,9	36,2	39,2
Médiane	46,0	30,5	44,0	21,0	60,0	50,0	50,0	34,0	40,0
Premier quartile	34,5	29,0	25,0	-	53,0	30,0	35,0	28,0	30,0
Troisième quartile	60,0	47,0	60,0	44,0	60,0	60,0	60,0	53,0	60,0

Remboursement par les organismes complémentaires, en euros.

Prix de référence de la chambre particulière : 60 €

Lecture : Les contrats collectifs modaux des mutuelles remboursent en moyenne 41,3 € par jour pour la chambre particulière.

10.f Frais liés à l'accompagnement d'un enfant hospitalisé

Frais liés à l'accompagnement d'un enfant hospitalisé

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	84,1	93,3	91,0	94,0	98,9	87,1	87,8	92,2	90,5
Non	15,9	6,7	9,0	6,0	1,1	12,9	12,2	7,8	9,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 84,1 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal d'une mutuelle, leur contrat participe aux frais liés à l'accompagnement d'un enfant hospitalisé.

11. Remboursements : Prestations de prévention

11.a Prestations de prévention remboursées par la Sécurité sociale

Scellement des sillons avant 14 ans

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	79,2	73,0	83,3	90,1	95,2	92,9	82,2	77,1	79,1
Non	20,8	27,0	16,7	9,9	4,8	7,1	17,8	22,9	20,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 79,2 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge du scellement des sillons avant 14 ans.

Détartrage annuel

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	95,3	87,7	85,2	96,5	100,0	100,0	92,5	90,2	91,1
Non	4,7	12,3	14,8	3,5	0,0	0,0	7,5	9,8	8,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 95,3 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge du détartrage annuel.

Bilan du langage avant 14 ans

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	74,5	68,9	67,0	88,1	95,2	89,5	74,3	73,2	73,6
Non	25,5	31,1	33,0	11,9	4,8	10,5	25,7	26,8	26,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 74,5 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge du bilan du langage avant 14 ans.

Dépistage de l'hépatite B

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	81,0	71,4	78,6	90,2	95,2	91,3	81,8	75,6	78,0
Non	19,0	28,6	21,4	9,8	4,8	8,7	18,2	24,4	22,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 81 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge du dépistage de l'hépatite B.

Ostéodensitométrie tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	85,1	91,5	71,0	89,7	98,8	93,8	82,0	91,8	88,0
Non	14,9	8,5	29,0	10,3	1,2	6,2	18,0	8,2	12,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 85,1 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge d'ostéodensitométrie tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans.

Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	75,9	70,0	86,2	91,7	95,2	89,5	81,3	74,2	77,0
Non	24,1	30,0	13,8	8,3	4,8	10,5	18,7	25,8	23,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 75,9 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge du dépistage des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans.

Vaccin : Diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges)

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	92,7	90,1	76,2	98,5	100,0	98,5	88,2	91,9	90,4
Non	7,3	9,9	23,8	1,5	0,0	1,5	11,8	8,1	9,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 92,7 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge du vaccin : diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges).

Vaccin : Coqueluche (avant 14 ans)

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	92,0	89,5	74,9	96,9	98,8	97,9	87,3	91,2	89,7
Non	8,0	10,5	25,1	3,1	1,2	2,1	12,7	8,8	10,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 92 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge du vaccin de la coqueluche (avant 14 ans).

Vaccin : Hépatite B (avant 14 ans)

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	92,1	90,8	74,9	96,9	98,8	97,9	87,3	92,3	90,3
Non	7,9	9,2	25,1	3,1	1,2	2,1	12,7	7,7	9,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 92,1 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge du vaccin contre l'hépatite B (avant 14 ans).

Vaccin : BCG (avant 6 ans)

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	92,0	89,5	74,9	96,9	98,8	97,9	87,3	91,2	89,7
Non	8,0	10,5	25,1	3,1	1,2	2,1	12,7	8,8	10,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 92 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge du vaccin BCG (avant 6 ans).

Vaccin : Rubéole

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	92,1	90,9	74,9	96,9	98,8	97,9	87,3	92,4	90,3
Non	7,9	9,1	25,1	3,1	1,2	2,1	12,7	7,6	9,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 92,1 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge du vaccin contre la rubéole.

Vaccin : Haemophilus influenzae B

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	91,4	88,8	75,4	96,9	98,8	97,9	87,1	90,7	89,2
Non	8,6	11,2	24,6	3,1	1,2	2,1	12,9	9,3	10,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 91,4 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge du vaccin : haemophilus influenzae B.

Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (enfants avant 18 mois)

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	91,4	89,0	74,9	96,9	98,8	97,9	86,9	90,8	89,3
Non	8,6	11,0	25,1	3,1	1,2	2,1	13,1	9,2	10,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 91,4 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge la vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (enfants avant 18 mois).

11.b Actions de prévention non remboursée par la Sécurité sociale

Médecines douces (homéopathes, ostéopathes, chiropracteurs)

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	37,6	23,3	17,3	7,9	48,2	25,8	32,2	23,3	26,8
Non	62,4	76,7	82,7	92,1	51,8	74,2	67,8	76,7	73,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 37,6 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge des consultations de médecine douce (homéopathes, ostéopathes, chiropracteurs).

Consultation chez un diététicien, chez un nutritionniste

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	13,9	14,1	2,3	0,0	41,4	9,5	13,1	12,8	12,9
Non	86,1	85,9	97,7	100,0	58,6	90,5	86,9	87,2	87,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 13,9 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge la consultation chez un diététicien, chez un nutritionniste.

Recherche de cholestérol

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	14,9	4,8	11,0	6,5	30,3	0,5	15,3	4,1	8,5
Non	85,1	95,2	89,0	93,5	69,7	99,5	84,7	95,9	91,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 14,9 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge de la recherche de cholestérol.

Vaccin antigrippe avant 65 ans

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	54,4	48,0	14,7	4,2	72,3	78,5	43,6	52,0	48,7
Non	45,6	52,0	85,3	95,8	27,7	21,5	56,4	48,0	51,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 54,4 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge du vaccin antigrippe avant 65 ans.

Sevrage tabagique

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	44,9	40,2	11,8	2,0	62,5	37,4	36,2	38,4	37,5
Non	55,1	59,8	88,2	98,0	37,5	62,6	63,8	61,6	62,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 44,9 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge le sevrage tabagique.

Pilule contraceptive

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	Ensemble
Oui	24,4	45,8	0,0	0,0	58,5	13,0	20,2	38,5	31,2
Non	75,6	54,2	100,0	100,0	41,5	87,0	79,8	61,5	68,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : pour 24,4 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge de la pilule contraceptive.