

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

SERIE
STATISTIQUES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Les contrats les plus souscrits auprès
des organismes complémentaires
santé en 2008



Marguerite GARNERO

n° 162 – octobre 2011

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE
MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ÉTAT
MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE

Sommaire

Introduction	5
Le marché de la complémentaire santé :	6
<i>Les trois catégories d'acteurs présents sur le marché</i>	6
<i>L'Évolution du marché de la complémentaire santé</i>	7
<i>Les modes de souscription</i>	9
<i>La portabilité des droits en matière de prévoyance collective</i>	10
<i>Les contrats responsables</i>	10
Présentation de l'enquête	12
<i>Bref historique de l'enquête</i>	12
<i>Calendrier de collecte et d'exploitation de l'enquête</i>	12
<i>Champ de l'enquête</i>	13
<i>Plan de sondage de l'enquête 2008</i>	14
<i>Méthode de pondération</i>	15
Principaux résultats de l'enquête.....	19
<i>Les variables de l'enquête</i>	19
<i>Statistiques descriptives</i>	20
Bibliographie.....	28
Annexe I : Questionnaire de l'enquête	30
Annexe II : Tableaux de résultats de l'enquête	38

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 les garanties offertes par les 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.

Une nouvelle question a ainsi été ajoutée au questionnaire de l'enquête auprès des organismes complémentaires santé portant sur l'année 2008 : pour chacun des contrats modaux décrits, il est désormais demandé d'indiquer la répartition par âge de la population couverte par ce contrat. Il est donc possible d'apprécier les garanties des assurés en fonction de leur âge. Une première étude, axée sur l'analyse du niveau de couverture en fonction de l'âge, a été publiée à partir des résultats de l'enquête 2008¹.

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 fournit l'ensemble des résultats de l'enquête portant sur l'année 2008 : toutes les garanties y sont déclinées suivant le type d'organisme et de contrat des personnes couvertes d'une part et suivant l'âge des personnes assurées d'autre part.

¹ « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008 », Marguerite Garnerio et Marie-Odile Rattier, DREES, Études et Résultats n°752, février 2011.

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. Entre 2002 et 2010, le nombre de mutuelles exerçant une activité en santé est passé de 1520 à 559. 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 559 entités en 2010. Les mutuelles constituent la principale famille d'organismes complémentaires santé : elles représentent 82,1 % des organismes présents sur le marché et pèsent 56,4 % du chiffre d'affaires total en matière de couverture complémentaire santé.

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). En 2009, 2 millions d'entreprises adhérentes ont confié la gestion de couvertures de prévoyance complémentaire à une institution de prévoyance au profit de 12,5 millions de personnes pour les garanties de prévoyance et 5,6 millions au titre de la complémentaire santé. (CTIP, rapport annuel 2009). Les institutions de prévoyance représentent 4,4 % du nombre des organismes et détiennent 16,5 % du marché de la complémentaire santé. Parmi les 30 institutions de prévoyance, 18 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 2010, 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 2010, les sociétés d'assurances réalisent 27 % du marché de la complémentaire santé et représentent 13,5 % 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'assurance, **le marché de la complémentaire santé poursuit sa croissance, avec un chiffre d'affaires en santé en hausse de 4,0 % en 2010** par rapport à 2009 pour atteindre 31,3 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
2009	16 929	5 228	7 961	30 118
2010	17 664	5 176	8 469	31 309
Année 2010 (p)				
Structure	56,4 %	16,5 %	27,0 %	100,0 %
Évolution 2009/2010	4,3 %	-1,0 %	6,4 %	4,0 %
Évolution annuelle moyenne depuis 2002	5,7 %	4,7 %	9,9 %	6,5 %
Nombre d'OC	559	30	92	681

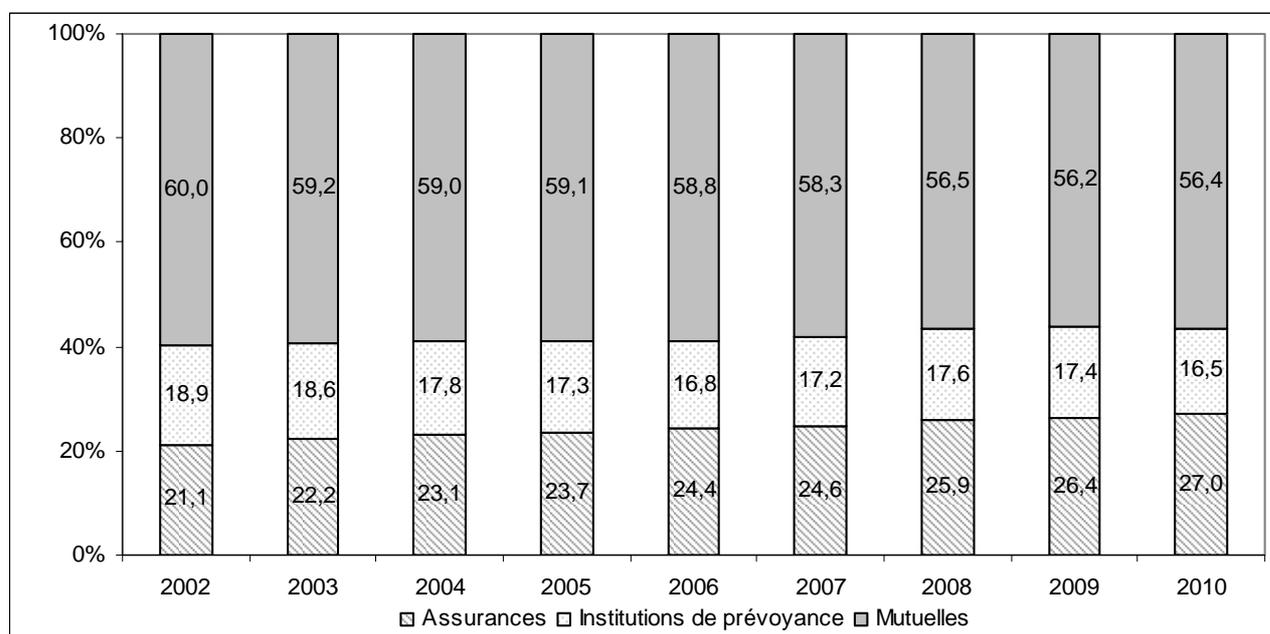
Sources : fonds CMU – Drees.

(p) : Données provisoires.

L'activité en santé des sociétés d'assurance et des mutuelles progresse en 2010, à un rythme toutefois moins élevé que celui de l'évolution annuelle moyenne observée au cours des huit dernières années. L'activité des institutions de prévoyance, en revanche, diminue de 1 % en 2010.

Entre 2002 et 2010, le chiffre d'affaires en santé, tous organismes confondus, a augmenté en moyenne de 6,5 % par an. Au cours de cette période, la part de marché des sociétés d'assurance a augmenté de 5,9 points aux dépens de celle des mutuelles (-3,6 points) et de celle des institutions de prévoyance (-2,4 points) (graphique 1).

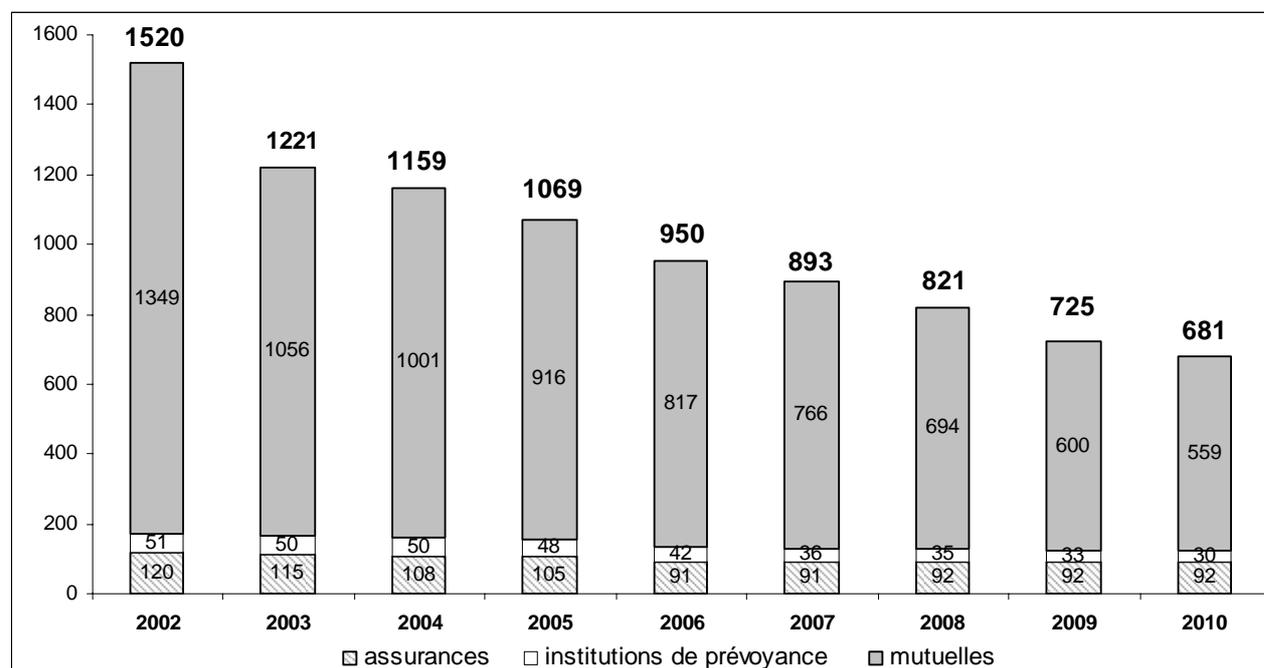
Graphique 1 -- Répartition de l'activité entre les trois types d'acteurs sur le marché de la complémentaire santé



Sources : déclarations des organismes complémentaires au fonds CMU.

Cette hausse d'activité des organismes complémentaires santé s'accompagne toutefois d'une constante diminution du nombre d'opérateurs : le nombre d'organismes s'acquittant de la contribution à la CMU a diminué de plus de moitié depuis 2002, pour s'établir à 681 à la fin de l'année 2010 (graphique 2). Fin 2010, 559 mutuelles, 92 sociétés d'assurances et 30 institutions de prévoyance se partageaient le marché de l'assurance complémentaire santé en France.

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).

En 2002, la transposition par ordonnance aux mutuelles des directives européennes relatives aux sociétés d'assurance a conduit à des regroupements d'organismes (par mouvement de fusions – absorption de portefeuilles) et à des disparitions de petites entités. Le relèvement du seuil du fonds minimum de garantie obligatoire pour toute mutuelle, en 2007 et 2008, a encore accentué ce mouvement de concentration.

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 2008, 99,6 % 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. L'enquête est menée conjointement auprès des trois types d'organismes depuis 2002.

Initialement, 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 rénovée, 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 2008).
- 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.

La DREES renouvellera en 2011 sa demande d'avis d'opportunité et de conformité pour l'enquête auprès des organismes complémentaires santé.

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 2008

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 68 premières, collectant 70 % des cotisations du secteur) ont été enquêtées de façon exhaustive, tandis que les autres ont été échantillonnées selon leur taille (140 mutuelles). L'échantillon représente 80 % 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 35 entités. Les cotisations des 17 premières représentent 90 % 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 17 sociétés). L'échantillon représente 95 % des cotisations.

Le taux de réponse global à l'enquête pour l'exercice 2008 s'élève à 89 % (tableau 2), soit un niveau légèrement supérieur à celui de 2007 (87 %). Les cotisations des organismes répondants représentent 97 % des cotisations des organismes enquêtés. Les 256 questionnaires réceptionnés ont permis d'étudier 989 contrats dont 631 individuels et 358 collectifs.

Tableau 2 - Taux de réponse selon le type d'organisme complémentaire pour l'année 2008

	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	694	209	88	16 437	13 199	97
Institutions de prévoyance	35	35	94	5 126	5 126	99
Sociétés d'assurance	92	43	91	7 545	7 095	95
Ensemble	821	287	89	29 108	25 420	97

Lecture : 88 % des mutuelles enquêtées ont renvoyé le questionnaire 2008. Leurs cotisations représentent 97 % du total des cotisations.

Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2008.

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.

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 5,70 (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%	92,9%	1,08
	3	43,0%	91,3%	2,55
	4	21,9%	80,2%	5,70
Sociétés d'assurance	1	100,0%	92,0%	1,09
	2	37,8%	88,2%	3,00
Institutions de prévoyance	1	100,0%	100,0%	1,00
	2	100,0%	88,9%	1,13

Sources : Drees, enquête auprès des organismes complémentaires santé, année 2008.

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 soit 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 : 42,4 % de la population couverte par un contrat de complémentaire santé en France bénéficie d'une couverture collective, tandis que 57,6 % bénéficie d'une couverture individuelle (tableau 4). Lorsque l'on se limite au champ des contrats modaux, la répartition est sensiblement différente : 79,4 % des bénéficiaires des contrats modaux sont couverts par un contrat individuel et 20,6 % 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	57,6%	42,4%	100,0%
Bénéficiaires des contrats modaux	79,4%	20,6%	100,0%
Représentativité des contrats modaux	63,3%	22,2%	45,9%

Source : Drees, enquête auprès des organismes complémentaires santé, année 2008.

Lecture : - 57,6 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé sont couverts par un contrat individuel.
 - 79,4 % des bénéficiaires d'un contrat modal sont couverts par un contrat individuel.
 - 63,3 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé en individuel sont couverts par un contrat modal.

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 à partir de 2007² corrige donc la répartition entre contrats modaux individuels et collectifs, permettant d'étudier les résultats sur l'ensemble des contrats modaux (individuels + collectifs). Toutefois, la représentativité des contrats modaux individuels (63 %) étant plus grande que la représentativité des contrats collectifs modaux (22 %), les résultats sur le champ des contrats collectifs et par conséquent ceux groupant contrats individuels et collectifs sont à considérer avec précaution.

Pondération utilisée pour décliner les garanties selon l'âge des personnes couvertes

Dans l'enquête auprès des organismes complémentaires portant sur l'année 2008 a été intégrée une nouvelle question qui indique la répartition par tranches d'âge (moins de 24 ans, de 25 à 59 ans, et 60 ans et plus) des adhérents des contrats modaux.

² Pour plus de détails, se référer au document de travail de la DREES, série statistiques, n° 151 « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2007 ».

Grâce à cette donnée, il est désormais possible de connaître les garanties dont profitent les assurés des contrats modaux suivant leur âge.

Principe de la méthode

Pour connaître les garanties par tranche d'âge des assurés, l'idée consiste à créer trois groupes (le groupe des moins de 25 ans, celui des 25-59 ans et celui des plus de 60 ans) et de classer les assurés de chaque contrat modaux dans ces trois groupes suivant leur tranche d'âge. Chacun des contrats modaux est ainsi représenté dans les trois groupes à hauteur du nombre d'assurés appartenant à la tranche d'âge.

Parmi les 823 contrats pour lesquels la répartition par âge des assurés a été renseignée, 719 sont représentés dans le groupe des jeunes assurés, 785 sont représentés dans le groupe des assurés d'âge actif et 759 dans celui des assurés seniors. Cependant, comme au sein de chaque contrat, les jeunes assurés sont les moins nombreux, le groupe des jeunes assurés représente 10 % du total des assurés, celui des assurés d'âge actif 63 % et celui des assurés seniors 27 %.

Une fois ces trois groupes créés, il suffit de comparer les niveaux de garanties dont profitent les assurés suivant leur groupe d'appartenance.

Correction de la non-réponse

Tous les organismes enquêtés n'ont toutefois pas été en mesure de répartir les assurés des contrats modaux par tranche d'âge : la répartition par âge des assurés est indiquée pour 823 des 989 contrats modaux décrits au sein de l'enquête. Pour pouvoir exploiter ces données, il est donc nécessaire de corriger cette question de la non-réponse.

L'analyse des taux de réponse à cette question révèle que la probabilité de réponse dépend notamment de deux facteurs (tableau 5) :

- Le caractère collectif ou individuel du contrat ; la répartition par âge des assurés est bien mieux renseignée pour les contrats individuels.
- La taille de l'organisme : les organismes appartenant aux premières strates interrogées sont plus à même de répondre à cette question.

Tableau 5 - Taux de réponse à la répartition par âge des assurés, selon la strate interrogée et le type de contrat

Type d'organisme	Taux de réponse à la répartition par âge selon la strate		Taux de réponse à la répartition par âge selon le type de contrat	
	Strate	Taux de réponse	Type de contrat	Taux de réponse
Mutuelles	Strate 1	96 %	Collectif	87 %
	Strate 2	90 %		
	Strate 3	90 %	Individuel	95 %
	Strate 4	79 %		
Institutions de prévoyance	Strate 1	88 %	Collectif	81 %
	Strate 2	70 %	Individuel	98 %
Assurances	Strate 1	96 %	Collectif	72 %
	Strate 2	85 %	Individuel	98 %

Source : Enquête OC 2008.
Pondéré par le nombre de bénéficiaires.

Pour corriger de la non-réponse, on regroupe donc les organismes par « groupe de réponse homogènes » (GRH), c'est-à-dire par groupe d'entités ayant des caractéristiques communes conduisant à un comportement de réponse proche.

Ces groupes sont définis comme le croisement entre le type d'organisme, la strate et le type de contrat.

Lorsque l'on souhaite connaître les garanties associées à un des trois groupes d'âge d'assurés, il faut pondérer chaque contrat modal avec le poids suivant :

$\text{Poids_Âge (groupe d'âge } g) = [\text{Poids P3} - \text{Pondération assurés}] \times [\text{Inverse du taux de réponse au sein du GRH}] \times [\text{Part des assurés du contrat appartenant au groupe } g].$

Il est important de noter que cette nouvelle variable, ainsi pondérée, permet de connaître les niveaux de garanties des assurés des contrats modaux suivant leur tranche d'âge, et non ceux des bénéficiaires des contrats modaux, comme c'est généralement le cas dans les études publiées à partir des résultats de l'enquête. En effet, le questionnaire demande de renseigner la répartition des assurés de chaque contrat modaux par tranche d'âge, et non celle ces bénéficiaires, cette dernière étant moins souvent connue par les organismes.

L'annexe II de ce document présente, pour chacune des garanties étudiées, les résultats obtenus à partir de ces deux jeux de pondérations (bénéficiaires et assurés).

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 31/12/2008 : 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, pour la première fois en 2008, répartition des adhérents par tranche d'âge.
 - Montant 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 %) ;

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.

Pour chacune des garanties décrites, on présente d'une part la répartition des montants remboursés aux bénéficiaires des contrats, en distinguant les contrats collectifs des contrats individuels, et d'autre part la répartition des montants remboursés aux assurés des contrats, selon leur tranche d'âge (moins de 25 ans, 25 à 29 ans et plus de 60 ans). En effet, la répartition par âge des personnes couvertes par les contrats modaux est connue pour les assurés mais ne l'est pas pour les bénéficiaires.

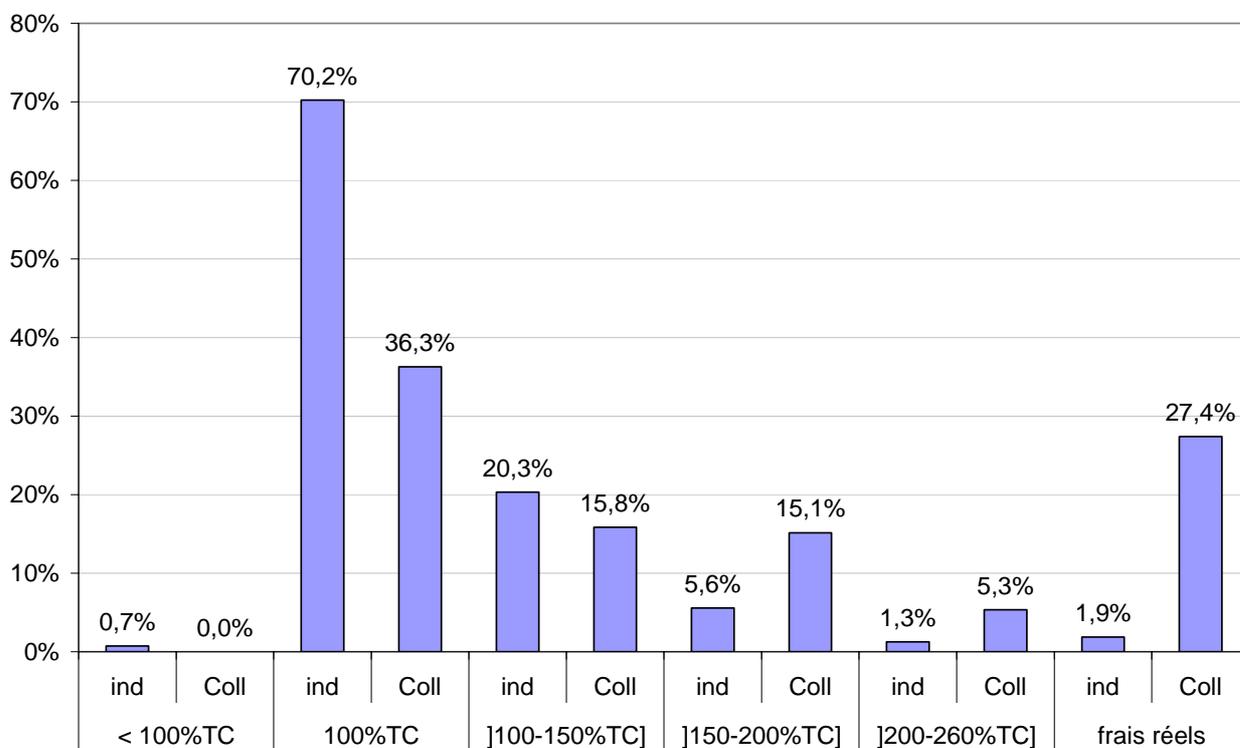
Remboursement des consultations

La majorité des bénéficiaires des contrats modaux individuels (70,2 %) et un peu plus du tiers des bénéficiaires des contrats modaux collectifs (36,3 %) 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 63,7 % des bénéficiaires de contrats modaux collectifs et 29,1 % 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 (27,4 %) qu'en individuel (1,9 %).

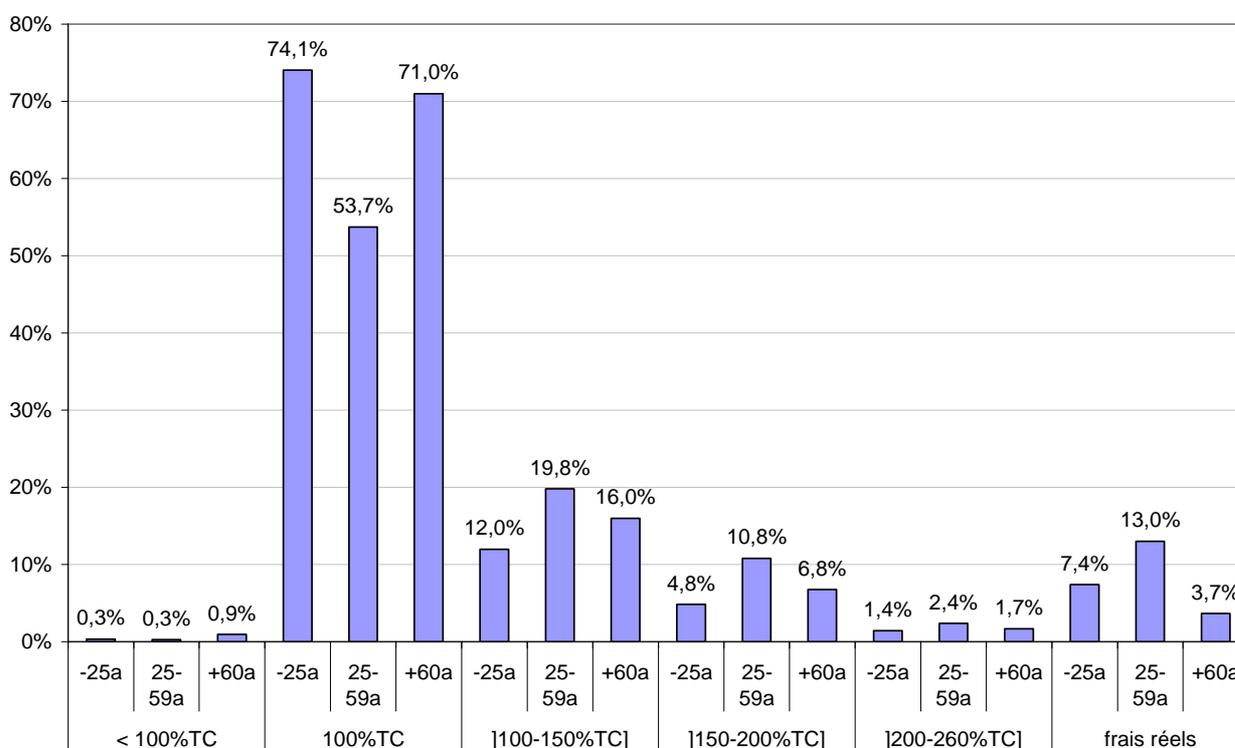
Les plus jeunes assurés ne sont que dans un quart des cas remboursés au-delà du ticket modérateur, alors que c'est le cas de près d'un assuré d'âge actif sur deux (46 %)

Graphique 3 - Distribution du montant remboursé aux bénéficiaires des contrats modaux pour une consultation de médecin spécialiste dans le parcours de soins (Prix de référence : 60 €)



Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2008.

Graphique 3 BIS : Distribution du montant remboursé aux assurés des contrats modaux pour une consultation de médecin spécialiste dans le parcours de soins (Prix de référence : 60 €).



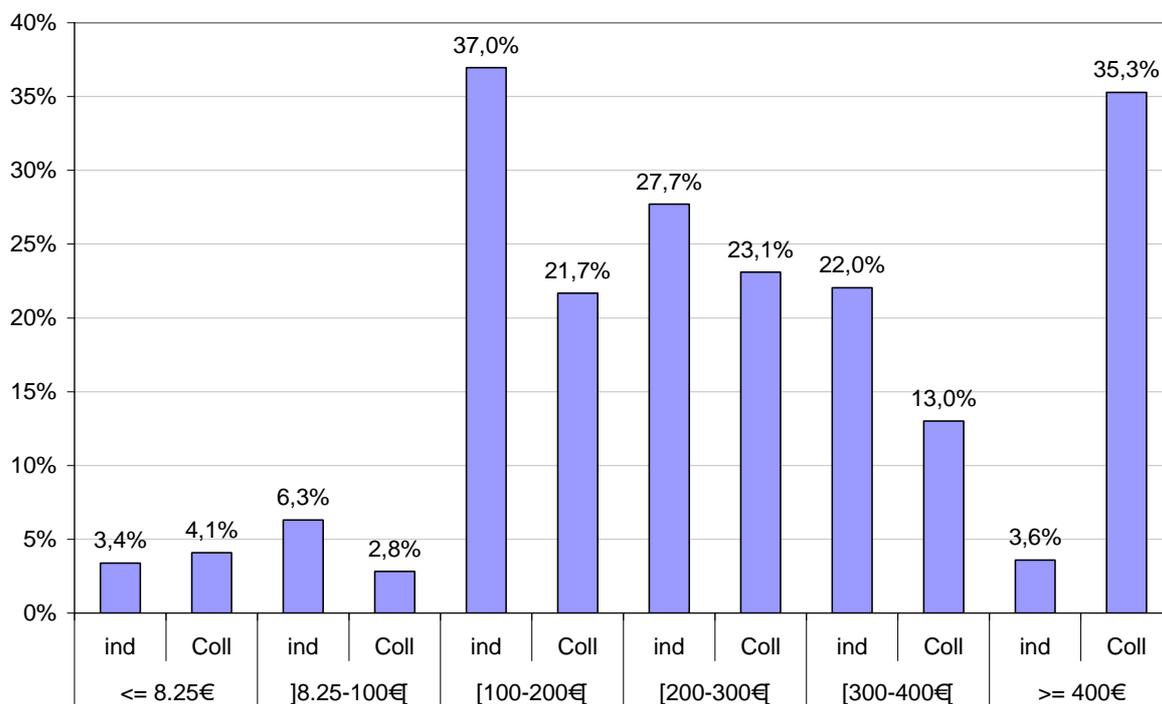
Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2008.

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 100 € pour une paire de lunettes facturée 500 €. Si 35,3 % des personnes couvertes par un contrat modal collectif sont remboursés plus de 400 €, seuls 3,6 % des personnes couvertes par un contrat modal individuel bénéficient d'une telle prise en charge.

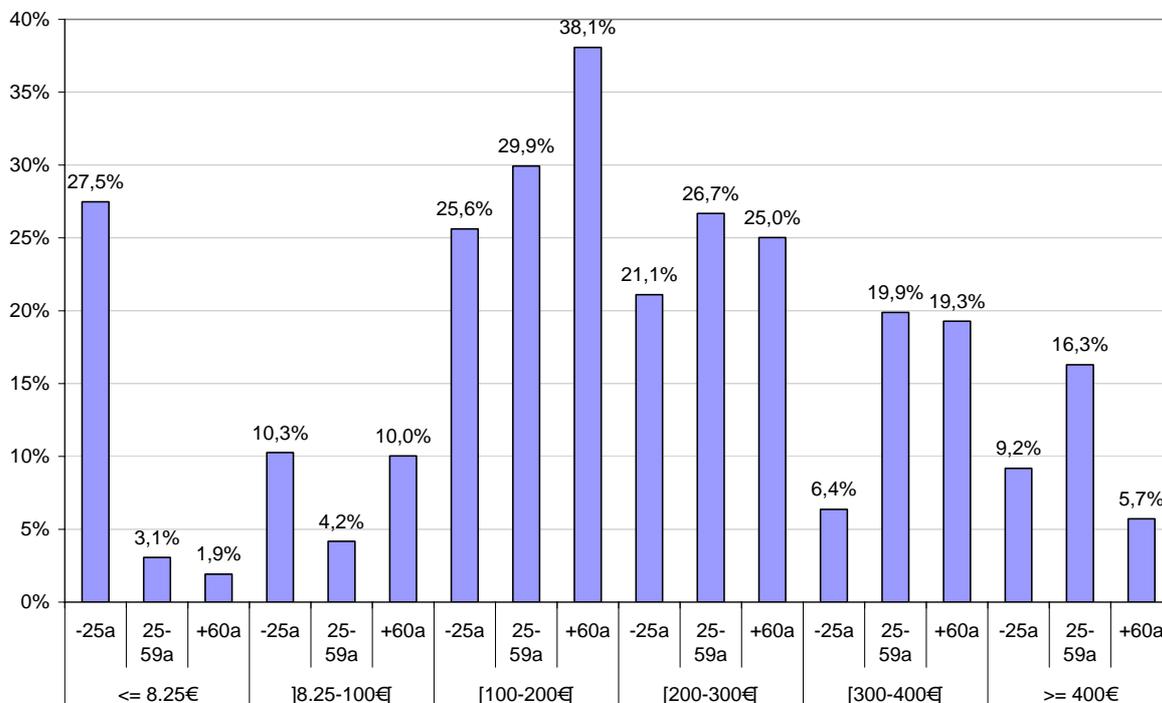
La non-prise en charge de l'optique, si elle est rare, touche quand même 27,5 % des assurés de moins de 25 ans. La majorité des assurés seniors (63 %) bénéficie d'un remboursement milieu de gamme en optique complexe, allant de 100 à 300 euros pour une paire de lunettes facturée 500 euros.

Graphique 4 - Distribution du montant remboursé aux bénéficiaires des contrats modaux en optique complexe (Prix de référence : 500€; 100€ de monture et 200€ par verre complexe)



Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2008.

Graphique 4 Bis - Distribution du montant remboursé aux assurés des contrats modaux en optique complexe (Prix de référence : 500€; 100€ de monture et 200€ par verre complexe)



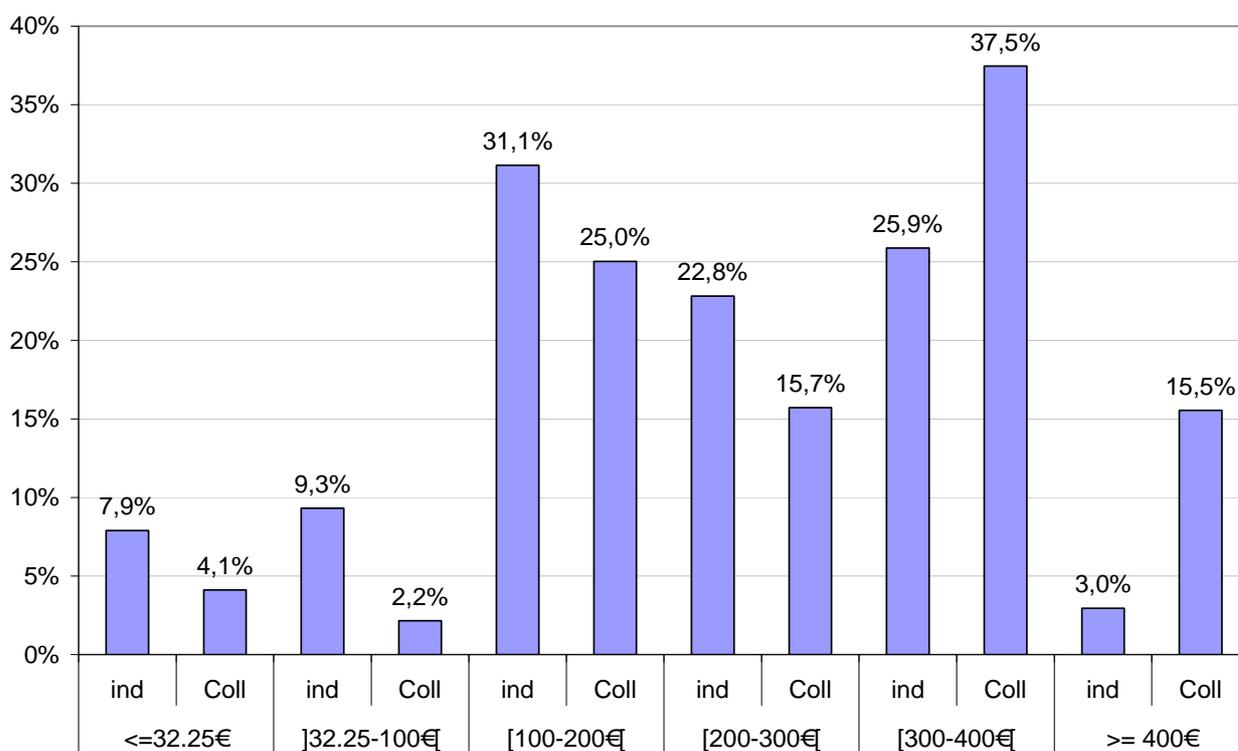
Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2008.

Remboursement de la prothèse dentaire

À l'instar des lunettes, les prothèses dentaires sont peu prises 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 €. Toutefois, seuls 15,5 % des bénéficiaires en collectif et 3 % des bénéficiaires en individuel sont remboursés d'un montant supérieur à 400 euros.

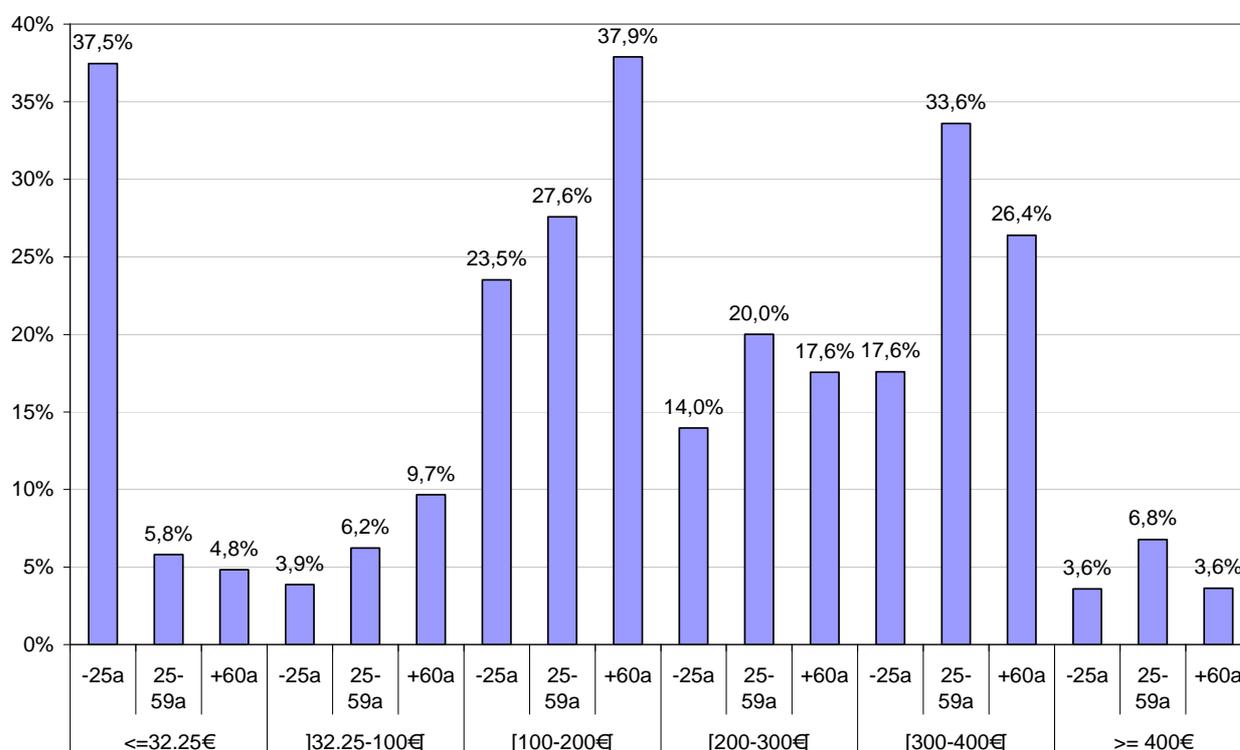
Les garanties des assurés de moins de 25 ans en matière de prothèses dentaires sont faibles : 37,5 % d'entre eux sont remboursés d'un montant inférieur ou égal au ticket modérateur. Les assurés d'âge actif des contrats modaux sont plus fréquemment remboursés plus de 300 euros (dans 40,4 % des cas), que les assurés seniors (30,0 % des cas) et les jeunes assurés (21,2 % des cas).

Graphique 5 - Distribution du montant remboursé aux bénéficiaires des contrats modaux pour une prothèse dentaire (Prix de référence : 750€)



Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2008.

Graphique 5 BIS - Distribution du montant remboursé aux assurés des contrats modaux pour une prothèse dentaire (Prix de référence : 750€)



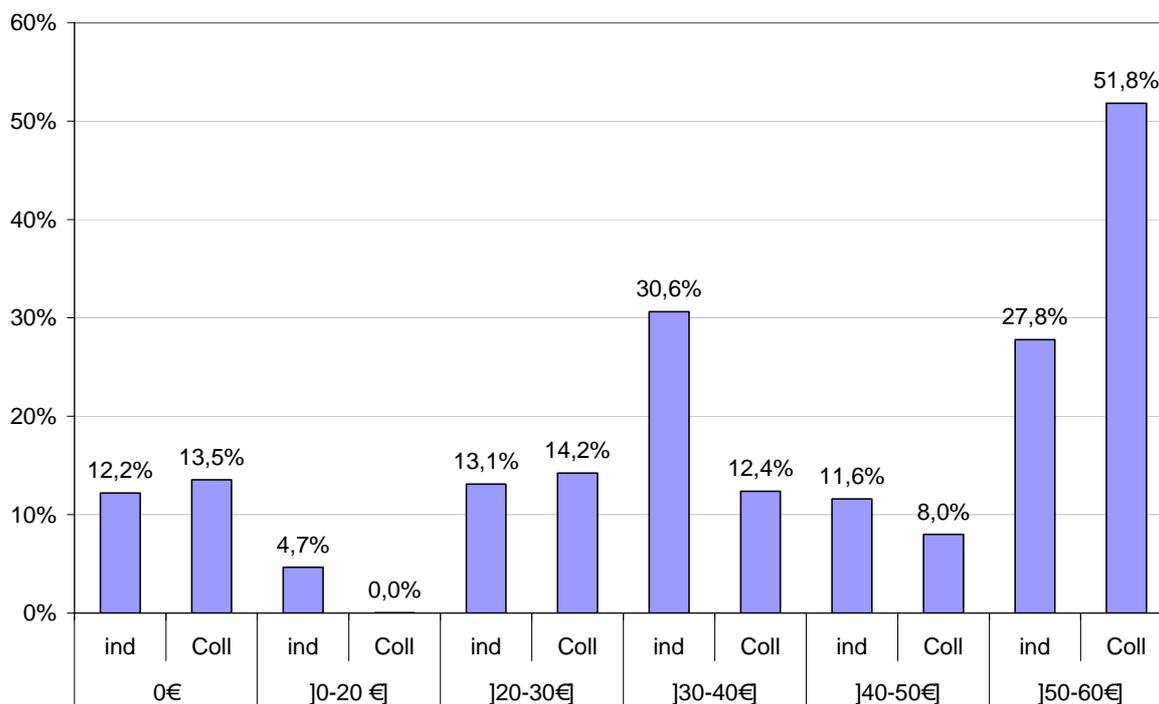
Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2008.

Remboursement de la chambre particulière

Des frais peuvent s'ajouter au forfait journalier hospitalier si le patient choisit de séjourner dans une chambre particulière. La plupart des bénéficiaires des contrats modaux (86,8 % en individuel et 87,8 % en collectif) sont remboursés de la chambre particulière en médecine. Plus de la moitié des bénéficiaires d'un contrat modal collectif (51,2 %) sont indemnisés entre 50€ et 60 € par jour.

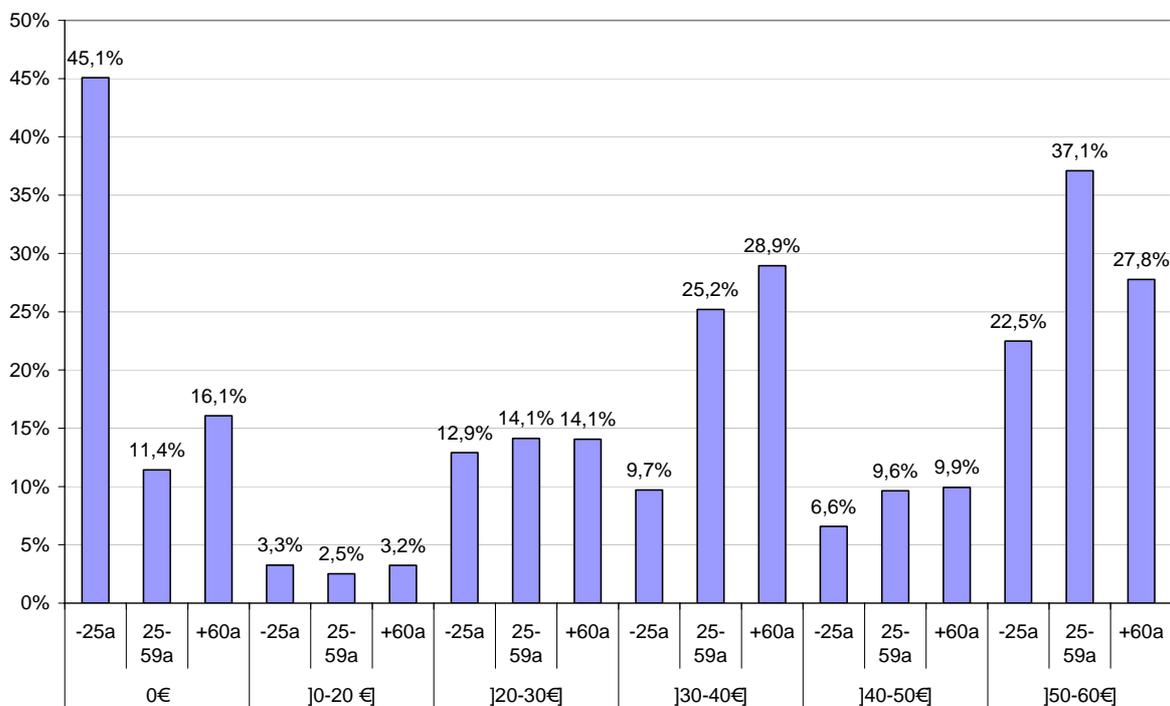
Les assurés des contrats modaux d'âge actif bénéficient de la meilleure prise en charge de la chambre individuelle : ils sont rarement remboursés moins de 20 euros (dans 13,9 % des cas) et fréquemment remboursés plus de 50 euros (dans 37,1 % des cas).

Graphique 6 - Distribution du montant remboursé aux bénéficiaires des contrats modaux pour une chambre particulière en médecine (Prix de référence : 60 €)



Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2008.

Graphique 6 BIS : Distribution du montant remboursé aux assurés des contrats modaux pour une chambre particulière en médecine (Prix de référence : 60 €)



Sources : Drees, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2008.

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 2008, ER n° 752 – Février 2011

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er752.pdf>

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

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/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/IMG/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/IMG/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/IMG/pdf/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/IMG/pdf/seriesource-method03.pdf>

Un deuxième document de travail de la Drees est paru dans la série « Statistiques » en février 2011 :

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriostat151.pdf>

Annexe I : Questionnaire de l'enquête

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 2008

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)

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

Démographie de la population couverte par l'ensemble des contrats "santé" au 31/12/2008

		Personnes âgées de			Total
		0 à 24 ans	25 à 59 ans	60 ans ou +	
Contrats individuels**	Adhérents (ouvrant droit)				
	Bénéficiaires* (yc ouvrant droit)				
Contrats collectifs	Adhérents (ouvrant droit)				
	Bénéficiaires* (yc ouvrant droit)				
Ensemble	Adhérents (ouvrant droit)				
	Bénéficiaires* (yc ouvrant droit)				

* 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

IV. COMPLEMENTAIRE SANTÉ : Prestations 2008 (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
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 HORS 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 S.S. depuis le 01/09/2007.</i>						
Remboursement de la radiologie et de l'imagerie médicale	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 frais d'analyse ou de laboratoire	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						
Précisions que vous souhaitez apporter sur les honoraires et soins ambulatoires:						

IV. 3. APPAREILLAGE (adulte)

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

IV. COMPLEMENTAIRE SANTÉ : Prestations 2008 (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)

Eventuellement, en plus du forfait global :

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)

Eventuellement, en plus du forfait global :

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

- 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

€	et	€								
%		%		%		%		%		%

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

- 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

€	et	€								
%		%		%		%		%		%

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

- 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

€	et	€								
%		%		%		%		%		%

2. LENTILLES

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

1. Oui
2. Non

Précisions que vous souhaitez apporter sur l'optique adulte:

IV. COMPLEMENTAIRE SANTÉ : Prestations 2008 (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 facturée 2000€ à l'assuré (implant+pilier=1300€ et couronne=700€)		€	€	€	€	€

Précisions que vous souhaitez apporter concernant le dentaire adulte:

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					

IV. COMPLEMENTAIRE SANTÉ : Prestations 2008 (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 2008) 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 €

Prise en charge du forfait journalier lors de **séjours en soins de suite et de réadaptation** (16 €en 2008) 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 €

Prise en charge du forfait journalier lors de **séjours en psychiatrie** (12 €en 2008) 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 €

Honoraires des praticiens hospitaliers (hors frais de séjour)

Remboursement des honoraires des praticiens 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

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 DUREE 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

--	--	--	--	--	--

Précisions que vous souhaitez apporter concernant l'hospitalisation:

IV. COMPLEMENTAIRE SANTÉ : Prestations 2008 (suite)

IV. 8 . PREVENTION

		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 les prestations de prévention suivantes, remboursées par la sécurité sociale:						
- 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 (DTP)	1. Oui 2. Non					
- Hépatite B	1. Oui 2. Non					
- Vaccin anti-grippe (avant 65 ans)	1. Oui 2. Non					

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

- Médecines douces (homéopathes, ostéopathes, chiropracteurs)	1. Oui 2. Non					
- Consultations diététiciens, nutritionnistes	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 10 avril 2009

à Marguerite GARNERO

Drees - bureau des dépenses de santé et des relations d'assurance maladie
Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative
14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Tél. : 01 40 56 81 89

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

Annexe II - Tableaux de résultats de l'enquête

Dans cette annexe sont présentés des tableaux de résultats de l'enquête 2008.

I. Données de cadrage

I.A. Bilan des réponses à l'enquête 2008

Bilan des réponses à l'enquête 2008

	Nombre d'organismes dans la population	Nombre d'organismes enquêtés	Nombre de réponses	Taux de réponse	Montant des cotisations (2008) des organismes de la population (millions d'euros)	Montant des cotisations (2008) des organismes enquêtés (millions d'euros)	Montant des cotisations (2008) des organismes répondants (millions d'euros)	Taux de réponse (en cotisations)
Mutuelles	694	209	184	88,0%	16 437	13 199	12 797	97,0%
Institutions de prévoyance	35	35	33	94,3%	5 126	5 126	5 090	99,3%
Sociétés d'assurance	92	43	39	90,7%	7 545	7 095	6 758	95,2%
Total	821	287	256	89,2%	29 108	25 420	24 646	97,0%

Lecture: 88 % des mutuelles enquêtées ont renvoyé le questionnaire 2008. Le montant de leurs cotisations représente 97 % du total des cotisations des mutuelles enquêtées.

Source: DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, 2008.

I.B. Nombre de contrats complétés

Nombre de contrats complétés

	Nombre de contrats individuels	Nombre de contrats collectifs	Nombre total de contrats
Mutuelles	480	253	733
Institutions de prévoyance	56	66	122
Assurances	95	39	134
Total	631	358	989

Lecture : Les mutuelles répondantes ont renseigné 480 contrats individuels et 253 contrats collectifs.

I.C. Répartition des bénéficiaires selon le type de contrat et d'organisme

Répartition des bénéficiaires (personnes couvertes) par type de contrats

	Bénéficiaires pondérés, en pourcentage		
	individuel	Collectif	Total
Mutuelles	71,8	28,2	100,0
Institutions de prévoyance	10,8	89,2	100,0
Assurances	58,6	41,4	100,0
Total	57,6	42,4	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes).

Lecture : 71,8 % des personnes couvertes par une mutuelle bénéficient d'un contrat individuel.

Répartition des bénéficiaires par type d'organisme

	Bénéficiaires pondérés, en pourcentage		
	individuel	Collectif	Total
Mutuelles	69,4	36,9	55,6
Institutions de prévoyance	3,3	36,9	17,6
Assurances	27,3	26,2	26,8
Total	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes)

Lecture : 69,4 % des bénéficiaires d'un contrat individuel sont couverts par une mutuelle.

I.D. Structure démographique par tranches d'âge

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

	Assurés jusqu'à 24 ans	Assurés de 25 à 59 ans	Assurés de 60 ans et plus	Total
Mutuelles	7,9	56,8	35,3	100,0
Institutions de prévoyance	10,4	71,4	18,2	100,0
Assurances	8,1	68,7	23,2	100,0
Total	8,3	61,4	30,2	100,0

En pourcentage des assurés

Lecture : 7,9 % des assurés des mutuelles ont moins de 24 ans.

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

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

	Bénéficiaires jusqu'à 24 ans	Bénéficiaires de 25 à 59 ans	Bénéficiaires de 60 ans et plus	Total
Mutuelles	27,7	46,2	26,2	100,0
Institutions de prévoyance	28,1	60,5	11,4	100,0
Assurances	28,8	52,9	18,3	100,0
Total	28,0	49,4	22,6	100,0

En pourcentage des bénéficiaires (personnes couvertes)

Lecture : 27,7 % des bénéficiaires des mutuelles ont moins de 24 ans.

Champ: les 205 organismes ayant indiqué la répartition par âge des bénéficiaires

I.E. Représentativité des contrats modaux

Représentativité des contrats modaux

	individuel	Collectif	Total
Mutuelles	69,8	30,4	58,7
Institutions de prévoyance	70,5	24,1	29,1
Assurances	45,7	8,2	30,2
Total	63,3	22,2	45,9

Lecture: Les bénéficiaires des contrats modaux individuels des mutuelles représentent 69,8 % de l'ensemble des bénéficiaires des contrats individuels des mutuelles.

II. Caractéristiques des contrats modaux

Pour chacune des variables se rapportant aux contrats modaux, deux tableaux sont présentés : le premier décrit les garanties offertes aux bénéficiaires des contrats modaux, suivant le type d'organisme et de contrat ; le second décrit les garanties dont profitent les assurés des contrats modaux, suivant leur tranche d'âge. Les pondérations associées à ces résultats sont présentées dans la section 2.5 (page 13) du document.

II.A. Contrats responsables

Le contrat est-il responsable ? Selon le type d'organisme et de 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	99,7	99,2	100,0	99,9	100,0	100,0	99,9	99,4	99,6
Non	0,3	0,8	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,6	0,4
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 : 99,2 % des bénéficiaires d'un contrat individuel modal souscrit auprès d'une mutuelle sont couverts par un contrat responsable.

Le contrat est-il responsable ? Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	99,7	99,7	99,3	99,6
Non	0,3	0,3	0,7	0,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : 99,7% des personnes de moins de 25 ans assurées par un contrat modal sont couvertes par un contrat responsable.

II.B. Nombre de personnes couvertes par un même contrat

Nombre de personnes couvertes par un même contrat. Selon le type d'organisme et de 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	2,0	1,6	2,3	1,7	2,0	1,7	2,1	1,6	1,8
Médiane	2,1	1,6	2,3	1,7	2,1	1,6	2,2	1,6	1,8
Premier quartile	1,6	1,5	2,2	1,7	1,5	1,5	1,8	1,5	1,5
Troisième quartile	2,3	1,8	2,3	2,0	2,3	1,8	2,3	1,8	2,2

Lecture : le nombre de moyen de personnes couvertes par un même contrat collectif modal s'établit à 2,0 pour les mutuelles.

Nombre de personnes couvertes par un même contrat. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Moyenne	1,5	1,8	1,6	1,7
Médiane	1,5	1,7	1,6	1,6
Premier quartile	1,0	1,5	1,4	1,5
Troisième quartile	1,9	2,1	1,7	1,9

Lecture : Parmi les assurés de moins de 25 ans, le nombre de moyen de personnes couvertes par un même contrat modal s'établit à 1,5.

II.C. Cotisations mensuelles par bénéficiaires et par assurés

Cotisations mensuelles **par bénéficiaires**. Selon le type d'organisme et de 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	35,4	41,4	28,4	49,8	36,8	39,1	32,7	41,2	37,7
Médiane	36,0	37,8	24,0	38,2	35,8	38,4	33,2	37,8	37,4
Premier quartile	28,8	34,1	21,5	37,1	30,2	31,4	24,0	32,7	30,2
Troisième quartile	42,2	49,4	33,3	59,2	43,6	46,2	39,6	47,5	45,1

Cotisations mensuelles des bénéficiaires (personnes couvertes) en €

Champ : Cotisations calculées à partir des 935 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 35,4 €.

Cotisations mensuelles **par assurés**. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Moyenne	41,7	64,2	71,1	63,7
Médiane	38,3	62,3	66,1	62,2
Premier quartile	15,6	52,5	60,0	52,5
Troisième quartile	61,5	75,4	80,2	75,4

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

Lecture : Les assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans paient en moyenne une cotisation mensuelle de 41,7€.

II.D. Répartition des assurés des contrats modaux par tranche d'âge

Répartition par âge des assurés (en %).

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Mutuelles - Collectif	16,2	67,3	16,5	100,0
Mutuelles - Individuel	7,6	54,6	37,8	100,0
Institutions de prévoyance - Collectif	13,4	83,8	2,7	100,0
Institutions de prévoyance - Individuel	2,3	9,3	88,4	100,0
Sociétés d'assurance - Collectif	7,6	88,4	4,0	100,0
Sociétés d'assurance - Individuel	10,6	68,1	21,3	100,0
Collectif	14,4	75,2	10,4	100,0
Individuel	8,0	55,7	36,3	100,0
Mutuelles	10,0	58,3	31,7	100,0
Institutions de prévoyance	11,8	72,7	15,5	100,0
Assurances	9,9	72,6	17,5	100,0
Ensemble	10,3	62,7	27,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : 16,2 % des assurés des contrats modaux collectifs des mutuelles sont âgés de moins de 25 ans.

III. Analyse des cotisations

III.A. Les cotisations dépendent-elles de l'âge ?

Les cotisations dépendent-elles de l'âge ? Selon le type d'organisme et de 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	24,8	72,6	0,2	83,3	36,1	99,7	16,1	78,3	51,9
Non	75,2	27,4	99,8	16,7	63,9	0,3	83,9	21,7	48,1
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 24,8 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, les cotisations dépendent de l'âge

Les cotisations dépendent-elles de l'âge ? Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	38,8	53,7	71,5	57,0
Non	61,2	46,3	28,5	43,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : Pour 38,8 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans, le montant de la cotisation dépend de l'âge.

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

Les cotisations dépendent-elles de l'ancienneté dans le contrat ? Selon le type d'organisme et de 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	0,3	19,6	0,0	0,2	0,0	8,5	0,1	16,7	9,7
Non	99,7	80,4	100,0	99,8	100,0	91,5	99,9	83,3	90,3
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 0,3 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, les cotisations dépendent de l'ancienneté dans le contrat

Les cotisations dépendent-elles de l'ancienneté dans le contrat ? Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	4,3	10,4	15,2	11,1
Non	95,7	89,6	84,8	88,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : Pour 4,3 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans, le montant de la cotisation dépend de l'ancienneté dans le contrat.

III.C. Les cotisations dépendent-elles des revenus ?

Les cotisations dépendent-elles des revenus ? Selon le type d'organisme et de 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	25,1	32,5	53,6	2,7	11,8	0,0	35,2	25,0	29,3
Non	74,9	67,5	46,4	97,3	88,2	100,0	64,8	75,0	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 25,1 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, les cotisations dépendent des revenus

Les cotisations dépendent-elles des revenus ? Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	17,5	31,0	24,3	27,8
Non	82,5	69,0	75,7	72,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : Pour 17,5 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans, le montant de la cotisation dépend des revenus.

III.D. Les cotisations dépendent-elles du lieu de résidence ?

Les cotisations dépendent-elles du lieu de résidence ? Selon le type d'organisme et de 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	7,6	16,1	7,1	78,6	47,2	72,8	11,2	29,6	21,8
Non	92,4	83,9	92,9	21,4	52,8	27,2	88,8	70,4	78,2
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 7,6 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, les cotisations dépendent du lieu de résidence.

Les cotisations dépendent-elles du lieu de résidence ? Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	20,6	23,7	21,8	22,9
Non	79,4	76,3	78,2	77,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : Pour 20,6 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans, le montant de la cotisation dépend du lieu de résidence.

III.E. Détermination du montant de cotisations des enfants

Comment sont pris en compte les enfants ayants droit dans la cotisation ? Selon le type d'organisme et de 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
Pas de prise en charge des enfants	11,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	5,8	0,1	2,5
Tous les enfants cotisent	2,5	19,3	0,5	3,1	0,0	32,1	1,5	21,2	12,8
Gratuité à partir du 2e, 3e ou 4e enfant	50,7	74,8	8,0	80,8	22,2	67,3	30,9	73,6	55,5
Forfait famille	35,4	5,9	91,5	16,0	77,8	0,0	61,9	5,1	29,2
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 : Les contrats de 2,5 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle prévoient que tous les enfants cotisent.

Comment sont pris en compte les enfants ayants droit dans la cotisation ? Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge des enfants	21,0	1,2	4,9	4,2
Tous les enfants cotisent	4,7	13,2	16,5	13,2
Gratuité à partir du 2e, 3e ou 4e enfant	52,1	56,8	68,6	59,5
Forfait famille	22,2	28,8	10,1	23,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : Pour 21 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans, les enfants ne sont pas pris en charge dans le contrat.

III.F. Limite d'âge à la souscription au contrat

Limite d'âge à la souscription au contrat. Selon le type d'organisme et de 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	18,8	21,7	5,0	85,2	37,2	77,4	15,0	35,0	26,5
Non	81,2	78,3	95,0	14,8	62,8	22,6	85,0	65,0	73,5
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 : Les contrats de 18,8 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle imposent une limite d'âge maximum à l'adhésion.

Limite d'âge à la souscription au contrat. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	41,8	27,6	31,2	30,0
Non	58,2	72,4	68,8	70,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : Pour 41,8 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans, le contrat impose une limite d'âge à la souscription.

III.G. Âge limite à la souscription du contrat

Âge limite à la souscription du contrat. Selon le type d'organisme et de 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	49,1	61,5	60,8	69,6	60,2	68,2	53,1	65,1	62,2
Médiane	60,0	60,0	61,0	70,0	60,0	69,0	60,0	65,0	65,0
Premier quartile	28,0	60,0	60,0	70,0	60,0	65,0	28,0	60,0	60,0
Troisième quartile	65,0	65,0	61,0	70,0	60,0	70,0	65,0	70,0	70,0

Lecture : La limite d'âge pour souscrire à un contrat modal collectif auprès d'une mutuelle s'établit en moyenne à 49,1 ans.

Âge limite à la souscription du contrat. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Moyenne	46,4	63,9	65,4	61,8
Médiane	28,0	65,0	65,0	65,0
Premier quartile	28,0	60,0	60,0	60,0
Troisième quartile	65,0	69,0	70,0	70,0

Lecture : La limite d'âge imposée par les contrats modaux des assurés de moins de 25 ans s'établit en moyenne à 46,4 ans.

IV. Prise en charge des dépenses de médicaments

IV.A. Médicaments à vignette blanche

Médicaments à vignette blanche remboursés à 65 % par la Sécurité sociale. Selon le type d'organisme et de 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
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	0,1	1,0	2,9	0,9	0,0	0,0	1,2	0,8	1,0
Prise en charge totale (Sécu + OC)	99,9	98,3	97,1	99,0	100,0	100,0	98,8	98,6	98,7
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 : 99,9 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal d'une mutuelle sont remboursés de la totalité du ticket modérateur pour les médicaments à vignette blanche

Médicaments à vignette blanche remboursés à 65 % par la Sécurité sociale. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	0,3	0,2	0,6	0,3
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,1	0,4	0,9	0,5
Prise en charge totale (Sécu + OC)	99,5	99,4	98,5	99,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : 99,5% des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans bénéficient d'une prise en charge totale du ticket modérateur pour les médicaments à vignette blanche.

IV.B. Médicaments à vignette bleue

Médicaments à vignette bleue remboursés à 35 % par la Sécurité sociale. Selon le type d'organisme et de 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
Pas de prise en charge de l'OC	0,0	0,8	2,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,6	0,7
Prise en charge partielle du TM par l'OC	1,7	19,7	2,9	1,1	0,0	0,0	2,0	15,1	9,6
Prise en charge totale (Sécu + OC)	98,3	79,5	95,0	98,9	100,0	100,0	97,2	84,3	89,7
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 : 98,3 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal d'une mutuelle sont remboursés de la totalité du ticket modérateur pour les médicaments à vignette bleue

Médicaments à vignette bleue remboursés à 35 % par la Sécurité sociale. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	0,4	0,9	1,0	0,9
Prise en charge partielle du TM par l'OC	2,2	9,6	14,4	10,1
Prise en charge totale (Sécu + OC)	97,5	89,5	84,7	89,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture: 97,5% des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans bénéficient d'une prise en charge totale du ticket modérateur pour les médicaments à vignette bleue.

V. Remboursements : Honoraires et soins ambulatoires

V.A. Consultations de médecins spécialistes de secteur 2, dans le parcours de soins

Remboursement des consultations de médecins spécialiste dans le parcours de soins. Selon le type d'organisme et de 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
Pas de prise en charge de l'OC	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,4
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
remboursement à 100 % BRSS	36,7	74,0	44,4	74,9	0,0	54,8	36,3	70,2	55,8
Prise en charge des dépassements d'honoraires	63,3	25,2	55,6	22,0	100,0	45,2	63,7	29,1	43,8
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 : 36,7 % 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.

Remboursement des consultations de médecins spécialiste dans le parcours de soins. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	0,3	0,3	0,6	0,4
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,0	0,0	0,3	0,1
remboursement à 100 % BRSS	74,1	53,7	71,0	60,5
Prise en charge des dépassements d'honoraires	25,6	46,0	28,1	39,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture: 74,1% des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont remboursés à hauteur du ticket modérateur pour les consultations de spécialistes de secteur 2 dans le parcours de soins.

V.B. Consultations dans le parcours de soins : distribution

Distribution du remboursement des consultations. Selon le type d'organisme et de 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	156,3	113,0	169,9	125,2	243,0	130,3	170,1	116,8	139,4
Médiane	150,0	100,0	145,7	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	200,0	110,0	260,9	100,0	260,9	150,0	260,9	125,0	165,0

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 156,3 % de la base de la sécurité sociale.

Distribution du remboursement des consultations. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Moyenne	122,0	140,4	119,3	132,8
Médiane	100,0	100,0	100,0	100,0
Premier quartile	100,0	100,0	100,0	100,0
Troisième quartile	110,0	166,1	122,2	150,0

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 modaux des assurés de moins de 25 ans proposent en moyenne un remboursement des consultations à 122,0 % de la base de la sécurité sociale.

V.C. Consultations hors parcours de soins

Consultations hors parcours de soins. Selon le type d'organisme et de 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
Pas de prise en charge de l'OC	5,4	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	2,4	2,5
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,0	2,5	1,9	5,2	0,0	0,5	0,7	2,2	1,6
remboursement à 100 % BRSS	53,7	84,0	47,8	77,8	1,5	61,3	46,3	79,3	65,3
Prise en charge des dépassements d'honoraires	40,9	10,4	50,3	16,9	98,5	38,2	50,2	16,1	30,6
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 : 53,7 % 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 consulté hors parcours de soins.

Consultations hors parcours de soins. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	3,9 %	1,8 %	6,7 %	3,3 %
Prise en charge partielle du TM par l'OC	2,8 %	3,4 %	4,3 %	3,6 %
remboursement à 100 % BRSS	73,1 %	63,0 %	73,2 %	66,8 %
Prise en charge des dépassements d'honoraires	20,1 %	31,9 %	15,9 %	26,4 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture: 73,1% des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont remboursés à hauteur du ticket modérateur pour les consultations de spécialistes de secteur 2 hors parcours de soins.

V.D. Consultations hors parcours de soins : distribution

Distribution du remboursement des consultations hors parcours de soins. Selon le type d'organisme et de contrat.

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		Ensemble
	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	
Moyenne	13,4	7,9	18,2	10,5	32,9	12,0	17,2	8,8	12,4
Médiane	6,9	6,9	8,4	6,9	35,9	6,9	8,4	6,9	6,9
Premier quartile	6,9	6,9	6,9	6,9	23,0	6,9	6,9	6,9	6,9
Troisième quartile	22,1	6,9	35,9	6,9	41,8	13,8	29,9	6,9	12,7

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 de 13,4€ des consultations de médecins spécialistes hors parcours de soins.

Distribution du remboursement des consultations hors parcours de soins. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Moyenne	10,60	12,79	9,31	11,66
Médiane	6,90	6,90	6,90	6,90
Premier quartile	6,90	6,90	6,90	6,90
Troisième quartile	6,90	13,80	6,90	11,00

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 modaux des assurés de moins de 25 ans remboursent en moyenne 10,6 euros pour une consultation d'un spécialiste de secteur 2 hors parcours de soins.

V.E. Actes de radiologie

Actes de radiologie. Selon le type d'organisme et de 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
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	0,7	0,6	0,0	0,2	0,0	0,0	0,4	0,5	0,4
remboursement à 100 % BRSS	55,1	88,9	55,8	78,0	3,2	49,6	50,4	80,8	67,9
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	44,1	10,1	44,2	21,9	96,8	50,4	49,2	18,5	31,5
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 : 55,1 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal d'une mutuelle sont remboursées de la totalité du ticket modérateur des actes de radiologie.

Actes de radiologie. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	0,3	0,1	0,3	0,2
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,1	0,3	0,5	0,3
remboursement à 100 % BRSS	80,9	67,7	82,2	73,0
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	18,7	31,9	17,0	26,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : 80,9 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont remboursés à hauteur du ticket modérateur pour les actes de radiologie.

V.F. Frais d'analyses médicales ou de laboratoire

Frais d'analyses médicales ou de laboratoire. Selon le type d'organisme et de 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
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	0,1	1,3	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	1,1	0,6
remboursement à 100 % BRSS	69,0	90,9	53,7	79,1	3,2	49,8	56,5	82,4	71,4
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	30,9	7,3	46,3	20,1	96,8	50,2	43,4	16,3	27,8
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 : 69,0 % 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.

Frais d'analyses médicales ou de laboratoire. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	0,3	0,1	0,3	0,2
Prise en charge partielle du TM par l'OC	1,2	0,7	1,0	0,8
remboursement à 100 % BRSS	82,3	72,4	84,5	76,7
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	16,3	26,8	14,3	22,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : 82,3 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont remboursés à hauteur du ticket modérateur pour leurs frais d'analyses et de laboratoires.

VI. Remboursement : appareillage

VI.A. Appareillage : prothèse auditive

Prothèse auditive. Selon le type d'organisme et de 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
Pas de prise en charge de l'OC	0,1	1,7	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	1,9	1,1
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,4	1,2	0,0	0,8	0,0	2,0	0,2	1,3	0,9
remboursement à 100 % BRSS	16,1	8,4	0,5	1,8	0,1	23,1	8,3	11,1	9,9
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	83,4	88,7	99,5	97,3	99,9	72,0	91,4	85,7	88,1
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 : 83,4 % 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.

Prothèse auditive. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	4,6	1,2	1,3	1,6
Prise en charge partielle du TM par l'OC	1,7	0,9	0,8	1,0
remboursement à 100 % BRSS	36,6	9,4	8,8	12,0
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	57,1	88,5	89,1	85,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : 82,3 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont remboursés à hauteur du ticket modérateur pour les prothèses auditives.

VI.B. Remboursement des prothèses auditives : Distribution.

Distribution du remboursement des prothèses auditives. Selon le type d'organisme et de 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	279,6	251,2	389,0	304,0	347,3	160,1	329,9	235,1	275,3
Médiane	250,0	250,0	350,0	250,0	325,0	137,6	320,0	225,2	250,0
Premier quartile	141,4	150,1	250,0	250,0	325,0	100,0	200,0	137,6	150,0
Troisième quartile	400,0	309,4	565,7	350,0	370,3	152,6	415,0	309,4	350,0

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 279,6 % du TR.

Distribution du remboursement des prothèses auditives. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Moyenne	194,8	269,4	245,0	255,1
Médiane	130,0	250,0	240,3	250,0
Premier quartile	100,0	150,0	152,6	140,1
Troisième quartile	265,0	350,0	309,4	320,0

En pourcentage du tarif de responsabilité (TR)

Montant de référence pour deux appareils numériques : 3000 €

Lecture : Les contrats modaux des assurés de moins de 25 ans proposent en moyenne un remboursement des prothèses auditives à 194,8 % du TR.

VI.C. Remboursement des prothèses capillaires.

Prothèse capillaire. Selon le type d'organisme et de 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
Pas de prise en charge de l'OC	8,6	9,9	3,8	0,0	6,7	24,3	6,5	12,4	9,9
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,0	0,7	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,5	0,3
remboursement à 100 % BRSS	23,3	10,4	5,9	3,0	0,1	27,0	14,1	13,4	13,7
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	68,1	79,0	90,3	96,2	93,3	48,7	79,4	73,7	76,1
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 : 68,1 % 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.

Prothèse capillaire. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	8,7	10,6	9,3	10,1
Prise en charge partielle du TM par l'OC	1,1	0,4	0,2	0,4
remboursement à 100 % BRSS	41,4	12,5	15,4	16,3
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	48,8	76,5	75,0	73,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : 48,8 % des assurés de moins de 25 ans couverts par un contrat modal ont un contrat qui prévoit un remboursement de la prothèse capillaire supérieur au ticket modérateur.

VI.D. Distribution du remboursement des prothèses capillaires.

Remboursement de la prothèse capillaire. Selon le type d'organisme et de 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	188,2	188,4	254,2	264,0	279,6	152,2	223,4	184,0	200,7
Médiane	165,0	200,0	300,0	250,0	320,0	100,0	250,0	196,0	200,0
Premier quartile	100,0	130,0	200,0	250,0	265,0	100,0	130,0	100,0	125,0
Troisième quartile	271,6	248,2	320,0	320,0	320,0	250,0	320,0	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 188,2 % du TR.

Remboursement de la prothèse capillaire. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Moyenne	161,5	199,6	186,7	192,2
Médiane	100,0	200,0	196,0	200,0
Premier quartile	100,0	125,0	105,0	100,0
Troisième quartile	240,0	265,0	248,2	250,0

En pourcentage du tarif de responsabilité (TR)

Montant de référence pour une prothèse capillaire : 400 €

Lecture : Les assurés de moins de 25 ans couverts par un contrat modal bénéficient pour une prothèse capillaire d'un remboursement moyen égal à 161,5 % du TR.

VII. Remboursements : Optique

VII.A. Optique : prise en charge des lunettes simples (dioptrie de -6 à +6).

Prise en charge des lunettes simples. Selon le type d'organisme et de 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
Pas de prise en charge de l'OC	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,7	0,4
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	2,6	0,5	0,1	0,0	3,5	4,1	2,7	3,3
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	92,2	96,5	99,5	99,7	100,0	96,3	95,9	96,6	96,3
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 : 92,2 % 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.

Prise en charge des lunettes simples. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	3,5	0,3	0,3	0,6
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,0	0,0	0,0	0,0
remboursement à 100 % BRSS	24,0	2,8	1,6	4,7
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	72,5	96,9	98,1	94,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : 72,5 % des assurés de moins de 25 ans couverts par un contrat modal bénéficient un remboursement supérieur au ticket modérateur de l'optique simple.

VII.B. Distribution des remboursements de l'optique simple.

Optique simple. Selon le type d'organisme et de 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	155,9	128,8	161,5	130,1	186,5	137,0	161,0	130,4	143,4
Médiane	189,0	138,0	177,0	125,0	195,2	145,0	189,0	142,0	147,0
Premier quartile	144,0	102,6	138,5	102,6	180,2	104,5	144,0	102,6	112,4
Troisième quartile	195,2	152,6	195,2	152,6	195,2	165,3	195,2	156,6	195,2

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 155,9 € pour une paire de lunettes avec des verres simples

Optique simple. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Moyenne	97,9	145,2	130,2	136,3
Médiane	110,0	147,0	142,0	143,0
Premier quartile	2,6	120,0	101,0	102,6
Troisième quartile	156,6	195,2	157,6	185,2

Remboursement par les organismes complémentaires, en euros

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

Lecture : Les contrats modaux des assurés de moins de 25 ans remboursent en moyenne 97,9 € pour une paire de lunettes avec des verres simples.

VII.C. Optique : prise en charge des lunettes complexes (dioptrie de -8 à +8).

Prise en charge des lunettes complexes. Selon le type d'organisme et de 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
Pas de prise en charge de l'OC	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,7	0,4
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	2,6	0,5	0,1	0,0	3,5	4,1	2,7	3,3
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	92,2	96,5	99,5	99,7	100,0	96,3	95,9	96,6	96,3
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 : 92,2 % 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.

Prise en charge des lunettes complexes. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	3,5	0,3	0,3	0,6
Prise en charge partielle du TM par l'OC	0,0	0,0	0,0	0,0
remboursement à 100 % BRSS	24,0	2,8	1,6	4,7
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	72,5	96,9	98,1	94,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : Les contrats modaux des assurés de moins de 25 ans proposent dans 24 % des cas un remboursement se limitant au ticket modérateur pour une paire de lunettes avec des verres complexes.

VII.D. Distribution des remboursements des lunettes complexes

Optique complexe. Selon le type d'organisme et de 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	292,8	219,4	305,9	218,2	362,4	193,2	304,7	214,2	252,6
Médiane	300,0	218,3	258,3	158,3	388,2	160,0	286,0	200,1	248,2
Premier quartile	168,0	151,0	180,7	158,3	277,0	134,3	182,5	148,3	158,3
Troisième quartile	453,3	306,0	464,7	258,3	444,7	250,0	453,3	305,0	320,0

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 292,8 € pour une paire de lunettes avec des verres complexes.

Optique complexe. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Moyenne	160,0	256,1	215,3	235,2
Médiane	148,3	254,7	199,0	218,3
Premier quartile	8,3	158,3	148,3	148,3
Troisième quartile	258,3	330,0	298,3	306,0

Remboursement par les organismes complémentaires, en euros

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

Lecture : Les contrats modaux des assurés de moins de 25 ans remboursent en moyenne 160,0 € pour une paire de lunettes avec des verres complexes.

VII.E. Remboursement des lentilles

Remboursement des lentilles. Selon le type d'organisme et de 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	84,5	91,2	85,8	55,9	95,1	85,5	86,1	88,8	87,6
Non	15,5	8,8	14,2	44,1	4,9	14,5	13,9	11,2	12,4
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 84,5% 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.

Remboursement des lentilles. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	67,1	89,8	82,8	85,6
Non	32,9	10,2	17,2	14,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : pour 67,1% des assurés de moins de 25 ans couverts par un contrat modal, le contrat prend en charge les lentilles non remboursées par la Sécurité sociale.

VIII. Remboursements : Dentaire

VIII.A. Dentaire : prise en charge des prothèses dentaires.

Prothèses dentaires. Selon le type d'organisme et de 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
Pas de prise en charge de l'OC	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,4
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	7,4	6,0	0,5	1,0	0,0	11,2	3,9	6,8	5,6
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	92,2	92,6	99,5	98,8	100,0	88,8	95,9	92,1	93,7
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 : 92,2 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal d'une mutuelle ont un contrat qui prévoit un remboursement supérieur au ticket modérateur des prothèses dentaires.

Prothèses dentaires. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge de l'OC	3,5	0,3	0,3	0,6
Prise en charge partielle du TM par l'OC	1,0	0,3	0,2	0,3
remboursement à 100 % BRSS	33,0	5,2	4,4	7,9
Prise en charge supérieure au ticket modérateur	62,5	94,2	95,2	91,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : 62,5 % des assurés de moins de 25 ans couverts par un contrat modal bénéficient d'un remboursement des prothèses dentaires supérieur au ticket modérateur.

VIII.B. Distribution du remboursement des prothèses dentaires

Prothèses dentaires. Selon le type d'organisme et de 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	260,4	218,8	296,1	253,2	353,1	193,1	283,6	215,0	244,1
Médiane	247,3	230,0	301,0	193,5	322,5	179,8	301,0	215,0	247,3
Premier quartile	166,6	125,0	193,5	193,5	301,0	126,0	193,5	129,0	139,8
Troisième quartile	357,0	332,3	376,3	301,0	430,0	247,3	357,0	320,0	332,3

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 260,4 € pour une prothèse dentaire céramo-métallique.

Prothèses dentaires. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Moyenne	161,5	244,1	217,1	228,3
Médiane	139,8	247,3	193,5	225,0
Premier quartile	32,3	139,8	123,6	129,0
Troisième quartile	268,8	332,3	323,3	332,3

Remboursement par les organismes complémentaires, en euros

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

Lecture : Les contrats modaux des assurés de moins de 25 ans remboursent en moyenne 161,5 € pour une prothèse dentaire céramo-métallique.

VIII.C. Travaux dentaires non remboursés par la sécurité sociale.

Travaux dentaires non remboursés par la sécurité sociale. Selon le type d'organisme et de 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	71,9	58,7	64,8	25,2	88,7	58,0	70,7	57,3	63,0
Non	28,1	41,3	35,2	74,8	11,3	42,0	29,3	42,7	37,0
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 58,7 % 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

Travaux dentaires non remboursés par la sécurité sociale. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	36,6	64,9	58,1	60,1
Non	63,4	35,1	41,9	39,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : 36,6% des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont couverts pour des travaux dentaires non pris en charge par la sécurité sociale.

VIII.D. Prise en charge de l'orthodontie adulte

Prise en charge de l'orthodontie adulte. Selon le type d'organisme et de 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	47,2	47,7	34,3	11,1	66,8	19,3	44,0	40,8	42,1
Non	52,8	52,3	65,7	88,9	33,2	80,7	56,0	59,2	57,9
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 47,7 % 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.

Prise en charge de l'orthodontie adulte. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	26,5	46,3	40,8	42,8
Non	73,5	53,7	59,2	57,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture: 26,5% des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont couverts pour des actes d'orthodontie pour adulte.

VIII.E. Remboursement de l'implantologie.

Remboursement de l'implantologie. Selon le type d'organisme et de 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	39,8	51,5	21,3	17,6	57,5	44,4	34,1	48,8	42,6
Non	60,2	48,5	78,7	82,4	42,5	55,6	65,9	51,2	57,4
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 39,8 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge de l'implantologie.

Remboursement de l'implantologie. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	21,1	40,9	43,7	39,6
Non	78,9	59,1	56,3	60,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture: 21,1% des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont couverts pour des travaux d'implantologie non pris en charge par la sécurité sociale.

VIII.F. Distribution des remboursements de l'implantologie.

Montant pris en charge pour l'implantologie. Selon le type d'organisme et de 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	462,6	327,5	826,1	558,4	1128,9	247,2	656,9	315,7	429,8
Médiane	400,0	230,0	471,0	300,0	1052,0	183,9	484,0	229,0	300,0
Premier quartile	230,0	122,0	320,0	300,0	500,0	102,0	277,0	122,0	122,0
Troisième quartile	718,0	550,0	1185,5	740,0	1548,0	343,5	915,0	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 prenant en charge l'implantologie remboursent en moyenne 462,6 € ces travaux.

Montant pris en charge pour l'implantologie. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Moyenne	350,4	402,0	325,7	376,3
Médiane	300,0	300,0	229,0	300,0
Premier quartile	140,0	122,0	122,0	122,0
Troisième quartile	450,0	550,0	491,0	550,0

Remboursement par les organismes complémentaires, en euros

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

Lecture : Lorsque leur contrat prend en charge l'implantologie, les assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont remboursés en moyenne 350,4 € pour ces travaux.

IX. Remboursements : participation forfaitaire de 18€ sur les actes médicaux lourds.

Participation sur les actes médicaux lourds. Selon le type d'organisme et de 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	99,6	99,0	98,0	100,0	100,0	100,0	99,0	99,2	99,1
Non	0,4	1,0	2,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,8	0,9
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 99,6 % 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 €.

Participation sur les actes médicaux lourds. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	99,7	99,8	99,6	99,7
Non	0,3	0,2	0,4	0,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : pour 99,7 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans, le contrat prévoit la prise en charge de la participation forfaitaire de 18 €.

X. Remboursements : Hospitalisation

X.A. Durée de prise en charge du forfait journalier en médecine

Durée de prise en charge du forfait journalier en médecine. Selon le type d'organisme et de 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
Pas de prise en charge	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prise en charge de 1 à 90 jours	3,3	9,0	0,0	0,5	8,8	2,0	2,5	7,3	5,3
Prise en charge de 91 à 360 jours	2,8	2,3	0,1	0,5	0,0	0,0	1,4	1,8	1,6
Prise en charge illimitée	93,9	88,8	99,9	99,0	91,2	98,0	96,0	91,0	93,1
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 3,3 % 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

Durée de prise en charge du forfait journalier en médecine. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge	0,0	0,0	0,0	0,0
Prise en charge de 1 à 90 jours	4,5	5,0	8,6	5,9
Prise en charge de 91 à 360 jours	1,1	1,8	2,5	1,9
Prise en charge illimitée	94,4	93,2	88,8	92,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture: 4,5% des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont remboursés du forfait journalier en médecine pour une durée inférieure à 90 jours.

X.B. Durée de prise en charge du forfait journalier en soins de suite.

Durée de prise en charge du forfait journalier en soins de suite. Selon le type d'organisme et de 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
Pas de prise en charge	0,6	1,2	0,0	0,0	0,0	5,6	0,3	2,0	1,3
Prise en charge de 1 à 90 jours	19,6	22,3	1,0	0,5	8,8	3,7	11,1	17,8	15,0
Prise en charge de 91 à 360 jours	2,2	1,9	0,1	0,5	0,0	0,0	1,1	1,5	1,3
Prise en charge illimitée	77,6	74,7	98,8	99,0	91,2	90,6	87,4	78,7	82,4
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 19,6 % 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.

Durée de prise en charge du forfait journalier en soins de suite. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge	0,7	1,6	1,9	1,6
Prise en charge de 1 à 90 jours	8,3	13,7	19,5	14,7
Prise en charge de 91 à 360 jours	0,7	1,4	2,3	1,6
Prise en charge illimitée	90,2	83,3	76,3	82,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture: 8,3% des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont remboursés du forfait journalier en soins de suite pour une durée inférieure à 90 jours.

X.C. Durée de prise en charge du forfait journalier en psychiatrie.

Durée de prise en charge du forfait journalier en psychiatrie. Selon le type d'organisme et de 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
Pas de prise en charge	1,5	1,9	0,2	0,3	0,0	0,4	0,8	1,6	1,3
Prise en charge de 1 à 90 jours	35,6	37,1	6,0	1,9	28,1	34,7	23,1	35,3	30,1
Prise en charge de 91 à 360 jours	2,8	2,1	0,9	0,0	0,0	0,0	1,8	1,6	1,7
Prise en charge illimitée	60,0	58,9	92,9	97,7	71,9	65,0	74,3	61,5	66,9
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 35,6 % 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.

Durée de prise en charge du forfait journalier en psychiatrie. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge	0,4	1,0	1,9	1,2
Prise en charge de 1 à 90 jours	21,3	27,8	34,7	29,0
Prise en charge de 91 à 360 jours	1,0	1,9	1,7	1,8
Prise en charge illimitée	77,4	69,4	61,7	68,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture: 21,3% des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont remboursés du forfait journalier en psychiatrie pour une durée inférieure à 90 jours.

X.D. Durée de prise en charge de la chambre particulière.

Durée de prise en charge de la chambre particulière. Selon le type d'organisme et de 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
Pas de prise en charge	15,1	9,5	13,8	41,1	0,0	17,2	13,2	12,2	12,6
Prise en charge de 1 à 90 jours	17,5	19,7	2,3	37,7	8,8	3,4	10,6	17,2	14,4
Prise en charge de 91 à 360 jours	2,9	11,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	8,4	5,5
Prise en charge illimitée	64,5	59,8	83,8	21,2	91,2	79,3	74,8	62,2	67,6
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 17,5 % 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

Durée de prise en charge de la chambre particulière. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Pas de prise en charge	45,1	11,1	16,0	15,9
Prise en charge de 1 à 90 jours	10,0	14,3	21,2	15,7
Prise en charge de 91 à 360 jours	3,1	5,9	8,2	6,2
Prise en charge illimitée	41,8	68,7	54,5	62,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : Pour 10,0 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans, la chambre particulière est prise en charge pour une durée inférieure à 90 jours.

X.E. Chambre particulière : montant remboursé.

Montant remboursé pour la chambre particulière. Selon le type d'organisme et de 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	43,1	36,8	38,6	23,0	58,2	39,9	42,8	36,9	39,4
Médiane	50,0	34,0	40,0	25,0	60,0	50,0	55,5	35,0	40,0
Premier quartile	34,5	30,0	25,0	0,0	60,0	28,3	25,0	29,0	29,0
Troisième quartile	60,0	53,0	60,0	40,0	60,0	60,0	60,0	55,0	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 43,1 € par jour pour la chambre particulière.

Montant remboursé pour la chambre particulière. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Moyenne	23,9	39,5	35,4	36,8
Médiane	23,0	40,0	35,0	37,0
Premier quartile	-	29,0	28,0	25,0
Troisième quartile	50,0	60,0	55,0	60,0

Remboursement par les organismes complémentaires, en euros

Prix de référence de la chambre particulière : 60 €

Lecture: Le montant moyen de prise en charge de la chambre particulière s'élève à 23,9€ pour les assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans.

X.F. Frais liés à l'accompagnement d'un enfant hospitalisé.

Accompagnement d'un enfant hospitalisé. Selon le type d'organisme et de 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	85,3	92,0	91,7	95,3	99,0	89,7	89,2	91,7	90,6
Non	14,7	8,0	8,3	4,7	1,0	10,3	10,8	8,3	9,4
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 85,3 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal d'une mutuelle, leur contrat participe aux frais liés à l'accompagnement d'un enfant hospitalisé.

Accompagnement d'un enfant hospitalisé. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	58,0	92,3	89,1	87,9
Non	42,0	7,7	10,9	12,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : pour 58,0 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans, le contrat participe aux frais liés à l'accompagnement d'un enfant hospitalisé.

XI. Remboursements : Prestations de prévention.

XI.A. Prestations de prévention remboursées par la sécurité sociale.

Scellement des sillons avant 14 ans. Selon le type d'organisme et de 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	77,2	73,5	78,8	91,3	93,5	90,0	79,4	77,4	78,3
Non	22,8	26,5	21,2	8,7	6,5	10,0	20,6	22,6	21,7
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 77,2 % 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.

Scellement des sillons avant 14 ans. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	53,0	81,3	81,1	78,3
Non	47,0	18,7	18,9	21,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : 47 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont remboursés pour le scellement des sillons avant 14 ans.

Détartrage annuel. Selon le type d'organisme et de 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	95,8	87,9	77,9	96,3	100,0	98,0	89,1	90,2	89,7
Non	4,2	12,1	22,1	3,7	0,0	2,0	10,9	9,8	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 95,8 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge du détartrage annuel.

Détartrage annuel. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	91,7	90,9	90,4	90,8
Non	8,3	9,1	9,6	9,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : Le détartrage annuel est pris en charge pour 91,7 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans.

Bilan du langage avant 14 ans. Selon le type d'organisme et de 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	67,8	67,1	66,1	88,9	93,5	87,2	69,6	71,8	70,9
Non	32,2	32,9	33,9	11,1	6,5	12,8	30,4	28,2	29,1
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 67,8 % 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.

Bilan du langage avant 14 ans. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	47,9	73,8	74,7	71,4
Non	52,1	26,2	25,3	28,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : Le bilan du langage avant 14 ans est pris en charge pour 47,9 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans.

Dépistage de l'hépatite B. Selon le type d'organisme et de 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	75,4	70,8	70,2	90,6	93,5	88,9	75,1	75,1	75,1
Non	24,6	29,2	29,8	9,4	6,5	11,1	24,9	24,9	24,9
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 75,4 % 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.

Dépistage de l'hépatite B. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	51,3	79,1	78,4	76,0
Non	48,7	20,9	21,6	24,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : Le dépistage de l'hépatite B est pris en charge pour 51,3 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans.

Ostéodensitométrie tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans. Selon le type d'organisme et de 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	83,2	91,7	76,0	93,2	98,5	96,0	81,8	92,6	88,0
Non	16,8	8,3	24,0	6,8	1,5	4,0	18,2	7,4	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 83,2 % 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.

Ostéodensitométrie tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	59,5	90,2	94,9	88,3
Non	40,5	9,8	5,1	11,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : L'ostéodensitométrie (tous les 6 ans, pour les femmes de 50 ans et plus) est prise en charge pour 59,7 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans.

Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans. Selon le type d'organisme et de 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	71,1	68,5	76,4	93,1	93,5	87,2	75,4	73,1	74,1
Non	28,9	31,5	23,6	6,9	6,5	12,8	24,6	26,9	25,9
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 71,1 % 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.

Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	51,0	78,6	78,4	75,7
Non	49,0	21,4	21,6	24,3
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : Le dépistage des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans est pris en charge pour 51,0 % des assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans.

Vaccin : Diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges). Selon le type d'organisme et de 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	94,9	92,1	76,0	98,4	80,2	100,0	85,9	93,9	90,5
Non	5,1	7,9	24,0	1,6	19,8	0,0	14,1	6,1	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 94,9 % 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 : Diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges). Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	93,3	91,2	92,0	91,6
Non	6,7	8,8	8,0	8,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : pour 93,3 % des assurés d'un contrat modal âgés de moins de 25 ans, le contrat prévoit la prise en charge du vaccin : diphtérie, tétanos, poliomyélite (tous âges).

Vaccin : Hépatite B (avant 14 ans). Selon le type d'organisme et de 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	93,0	91,1	72,2	93,0	78,7	99,7	83,3	92,9	88,8
Non	7,0	8,9	27,8	7,0	21,3	0,3	16,7	7,1	11,2
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 93,0 % 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 : Hépatite B (avant 14 ans). Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	91,8	90,4	91,7	90,9
Non	8,2	9,6	8,3	9,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : pour 91,8 % des assurés d'un contrat modal âgés de moins de 25 ans, le contrat prévoit la prise en charge du vaccin de l'hépatite B.

XI.B. Actions de prévention non remboursées par la Sécurité sociale

Médecines douces (homéopathes, ostéopathes, chiropracteurs). Selon le type d'organisme et de 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	53,6	33,5	16,4	2,4	24,8	38,9	35,9	33,4	34,5
Non	46,4	66,5	83,6	97,6	75,2	61,1	64,1	66,6	65,5
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 53,6 % 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).

Médecines douces (homéopathes, ostéopathes, chiropracteurs). Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	43,3	32,3	32,5	33,5
Non	56,7	67,7	67,5	66,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : pour 43,3 % des assurés d'un contrat modal âgés de moins de 25 ans, le contrat prévoit la prise en charge des consultations en médecine douce (homéopathes, ostéopathes, chiropracteurs).

Consultation chez un diététicien, chez un nutritionniste. Selon le type d'organisme et de 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	23,4	20,5	2,2	0,4	7,7	12,0	13,4	18,1	16,1
Non	76,6	79,5	97,8	99,6	92,3	88,0	86,6	81,9	83,9
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 23,4 % 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.

Consultation chez un diététicien, chez un nutritionniste. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	30,1	16,1	15,9	17,5
Non	69,9	83,9	84,1	82,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : pour 30,1 % des assurés d'un contrat modal âgés de moins de 25 ans, le contrat prévoit la prise en charge des consultations de diététiciens ou nutritionnistes.

Sevrage tabagique. Selon le type d'organisme et de 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	45,4	64,7	11,7	1,8	21,0	39,3	29,6	57,4	45,6
Non	54,6	35,3	88,3	98,2	79,0	60,7	70,4	42,6	54,4
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 45,4 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge le sevrage tabagique.

Sevrage tabagique. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	52,4	45,9	50,6	47,8
Non	47,6	54,1	49,4	52,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : pour 52,4 % des assurés d'un contrat modal âgés de moins de 25 ans, le contrat prévoit la prise en charge du sevrage tabagique.

Pilule contraceptive. Selon le type d'organisme et de 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	31,9	53,8	0,2	0,4	14,6	21,3	17,6	45,4	33,6
Non	68,1	46,2	99,8	99,6	85,4	78,7	82,4	54,6	66,4
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 31,9 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle, le contrat prévoit la prise en charge de la pilule contraceptive.

Pilule contraceptive. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Oui	49,5	33,6	36,6	36,1
Non	50,5	66,4	63,4	63,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture : pour 49,5 % des assurés d'un contrat modal âgés de moins de 25 ans, le contrat prévoit la prise en charge de la pilule contraceptive.

XII. Classification des contrats selon leur niveau de garanties.

Classification des contrats. Selon le type d'organisme et de 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
Classe A	32,9	3,8	35,7	10,4	50,4	5,2	35,7	4,3	17,6
Classe B	26,6	45,3	36,1	33,3	37,7	23,7	31,5	40,6	36,7
Classe C	30,5	41,9	27,8	54,5	11,9	55,2	27,6	45,0	37,6
Classe D	10,0	9,0	0,5	1,8	0,0	15,9	5,2	10,1	8,1
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 : 32,9 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal souscrit auprès d'une mutuelle bénéficient d'une couverture de classe A.

Classification des contrats. Selon l'âge des assurés.

	moins de 25 ans	25 à 59 ans	Plus de 60 ans	Ensemble
Classe A	9,0	16,6	6,4	13,1
Classe B	23,3	39,9	35,6	37,0
Classe C	28,3	36,2	50,8	39,3
Classe D	39,4	7,3	7,3	10,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

En pourcentage des personnes assurées.

Lecture: Les assurés de contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont couverts dans 9 % des cas par un contrat de classe A.

Index des tableaux

Annexe II : Tableaux de résultats de l'enquête.....	33
I. Données de cadrage.....	38
I.A. Bilan des réponses à l'enquête 2008.....	38
I.B. Nombre de contrats complétés.....	38
I.C. Répartition des bénéficiaires selon le type de contrat et d'organisme.....	38
I.D. Structure démographique par tranches d'âge.....	39
I.E. Représentativité des contrats modaux.....	39
II. Caractéristiques des contrats modaux.....	40
II.A. Contrats responsables.....	40
II.B. Nombre de personnes couvertes par un même contrat.....	40
II.C. Cotisations mensuelles par bénéficiaires et par assurés.....	41
II.D. Répartition des assurés des contrats modaux par tranche d'âge.....	42
III. Analyse des cotisations.....	43
III.A. Les cotisations dépendent-elles de l'âge ?.....	43
III.B. Les cotisations dépendent-elles de l'ancienneté dans le contrat ?.....	43
III.C. Les cotisations dépendent-elles des revenus ?.....	44
III.D. Les cotisations dépendent-elles du lieu de résidence ?.....	44
III.E. Détermination du montant de cotisations des enfants.....	45
III.F. Limite d'âge à la souscription au contrat.....	45
III.G. Age limite à la souscription du contrat.....	46
IV. Prise en charge des dépenses de médicaments.....	47
IV.A. Médicaments à vignette blanche.....	47
IV.B. Médicaments à vignette bleue.....	47
V. Remboursements : Honoraires et soins ambulatoires.....	49
V.A. Consultations de médecins spécialistes de secteur 2, dans le parcours de soins.....	49
V.B. Consultations dans le parcours de soins : distribution.....	50
V.C. Consultations hors parcours de soins.....	50
V.D. Consultations hors parcours de soins : distribution.....	51
V.E. Actes de radiologie.....	52
V.F. Frais d'analyses médicales ou de laboratoire.....	53
VI. Remboursement : appareillage.....	54
VI.A. Appareillage : prothèse auditive.....	54
VI.B. Remboursement des prothèses auditives : Distribution.....	54
VI.C. Remboursement des prothèses capillaires.....	55
VI.D. Distribution du remboursement des prothèses capillaires.....	56
VII. Remboursements : Optique.....	56
VII.A. Optique : prise en charge des lunettes simples (dioptrie de -6 à +6).....	56
VII.B. Distribution des remboursements de l'optique simple.....	57
VII.C. Optique : prise en charge des lunettes complexes (dioptrie de -8 à +8).....	58
VII.D. Distribution des remboursements des lunettes complexes.....	58
VII.E. Remboursement des lentilles.....	59
VIII. Remboursements : Dentaire.....	60
VIII.A. Dentaire : prise en charge des prothèses dentaires.....	60
VIII.B. Distribution du remboursement des prothèses dentaires.....	61
VIII.C. Travaux dentaires non remboursés par la sécurité sociale.....	61
VIII.D. Prise en charge de l'orthodontie adulte.....	62
VIII.E. Remboursement de l'implantologie.....	62
VIII.F. Distribution des remboursements de l'implantologie.....	63
IX. Remboursements : participation forfaitaire de 18€ sur les actes médicaux lourds.....	63
X. Remboursements : Hospitalisation.....	64
X.A. Durée de prise en charge du forfait journalier en médecine.....	64
X.B. Durée de prise en charge du forfait journalier en soins de suite.....	65
X.C. Durée de prise en charge du forfait journalier en psychiatrie.....	66
X.D. Durée de prise en charge de la chambre particulière.....	67
X.E. Chambre particulière : montant remboursé.....	67
X.F. Frais liés à l'accompagnement d'un enfant hospitalisé.....	68
XI. Remboursements : Prestations de prévention.....	68
XI.A. Prestations de prévention remboursées par la sécurité sociale.....	68
XI.B. Actions de prévention non remboursées par la Sécurité sociale.....	72
XII. Classification des contrats selon leur niveau de garanties.....	74
Index des tableaux.....	76