Santéclair **Réseau Santéclair d'Audioprothésistes Partenaires**

Questionnaire de satisfaction

(A retourner **juste après** l'achat de votre équipement)

L'objet de ce document est d'évaluer votre satisfaction du réseau Santéclair d'audioprothésistes partenaires et les services qui y sont associés afin d'y apporter, si nécessaire, d'éventuelles améliorations.
Par avance, nous vous remercions des quelques minutes que vous voudrez bien y accorder et de votre précieuse collaboration.

Fabian HURET, Responsable des Réseaux Optique et Audioprothèse Santéclair.

Complémentaire santé : ..... N° de contrat : .....

Nom de l'assuré : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom du patient : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Tél. Portable : |0|6| |_|_|_|_|_| Tél. *(en journée)* : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : .....

.....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

Nom du centre de correction auditive : .....

Nom de l'audioprothésiste : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : |_|_|_|_|_| Commune : .....

Date d'aujourd'hui |_|_|_|_|_|_|_|_| Date d'achat de l'équipement |_|_|_|_|_|_|_|_|

Merci de noircir les cercles avec un crayon. Merci de ne pas mettre de croix.

Exemple : ○ ➔ ●

Date du 1er appareillage si vous aviez déjà été appareillé : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nombre de semaine(s) d'essai dans ce centre avant l'achat : ○ 1 à 2 ○ 3 à 4 ○ 5 à 6 ○ 7 et +

Nombre de séance(s) de réglage avant l'achat sur l'appareillage acheté : ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 et +

Nombre d'appareil(s) acheté(s) : ..... ○ 1 ○ 2

Prix ..... du 1er appareil : ..... € du 2e appareil : ..... €

Prix de la prestation initiale : ..... du 1er appareil : ..... € du 2e appareil : ..... €

Prix de la prestation de suivi sur 5 ans : ... du 1er appareil : ..... € du 2e appareil : ..... €

Marque de(s) l'appareil(s) acheté(s) (Siemens, Oticon, Phonak...) : .....

Nom commercial (modèle) du (des) appareil(s) acheté(s) (voir notice, facture...) : .....

Type d'appareil : ○ Contour ○ Intra Conduit ○ Open Ear[1] Autre(s), précisez : .....

Niveau de gamme :

○ très économique ○ économique ○ moyenne gamme ○ haut de gamme ○ très haut de gamme

Génération de l'appareil : ○ dernière génération ○ génération précédente

1 Appareil contour avec embout ouvert

Association Guide Audition ©

Santéclair **Réseau Santéclair d'Audioprothésistes Partenaires**

Notation : **A :** Très satisfait **B :** Plutôt satisfait **C :** Plutôt insatisfait **D :** Très insatisfait

1. Appréciation du service rendu par l'audioprothésiste

	A	B	C	D
Aspect général du centre de correction auditive	○	○	○	○
Accueil et amabilité	○	○	○	○
Affichage des prix en salle d'attente	○	○	○	○
Approche pédagogique et psychologique de l'audioprothésiste	○	○	○	○
Remise d'une information écrite	○	○	○	○
Choix d'appareillage à différents niveaux de prix	○	○	○	○
Maîtrise des logiciels et des produits	○	○	○	○
Conseils d'utilisation	○	○	○	○
Utilisation systématique du carnet de suivi	○	○	○	○

Votre note sur 10 de votre appréciation du service rendu par l'audioprothésiste ○ 1 à 2 ○ 3 à 5 ○ 6 à 8 ○ 9 à 10

2. Appréciation du service rendu par le réseau Santéclair d'audioprothésistes partenaires

Parmi les avantages Santéclair dont vous avez bénéficié en vous adressant à un audioprothésiste partenaire, merci de les classer du plus important (1) au moins important (3) à vos yeux :

	1	2	3
• L'accès au tiers payant	○	○	○
• Le prix des prothèses qui vous ont été proposées	○	○	○
• L'accompagnement de votre appareillage par Santéclair et votre complémentaire santé	○	○	○

Santéclair et votre complémentaire santé vous ont adressé un ouvrage en deux parties :

- Un guide de l'appareillage :
  - l'avez-vous lu ? ○ oui ○ non
  - vous a-t-il été utile ? ○ oui ○ non
- Un carnet de suivi de votre appareillage :
  - vous est-il utile ? ○ oui ○ non

Votre audioprothésiste vous a donné :

- Une fiche technique de l'appareil ○ oui ○ non
- Le compte-rendu de votre appareillage ○ oui ○ non

Dans le réseau Santéclair d'audioprothésistes partenaires, il vous a été proposé :

- Une extension de garantie à 4 ans ou + : ○ oui ○ non Si oui : ○ gratuite ○ payante : ..... €
- Une assurance casse, vol, perte de 5 ans : ○ oui ○ non Si oui : ○ gratuite ○ payante : ..... €

Si ce questionnaire ne vous a pas permis de dire tout ce que vous auriez souhaité, vous avez la possibilité de le faire ci-dessous.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de bien vouloir avoir la gentillesse de nous retourner ce document à l'adresse suivante :
Santéclair – Réseau Audioprothèse
78 boulevard de la République – 92514 Boulogne-Billancourt cedex

Association Guide Audition ©