

QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE SANTE

Avez-vous une couverture santé complémentaire ?

Oui Non

Si oui, avez-vous :

- Une mutuelle santé
- Une mutuelle santé par votre employeur
- La couverture mutuelle universelle (CMU)
- L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Si non, pourquoi ?

- Trop cher
- Je ne suis jamais malade
- Pas utile
- Autre

Si le CCAS négocie des contrats avantageux avec des mutuelles, seriez-vous intéressé(e)?

Oui Non

Seriez-vous disposé(e) à changer de mutuelle ?

Oui Non

En cas de changement de mutuelle, indiquez les garanties prioritaires dont vous souhaiteriez bénéficier:

- Soins médicaux courants et pharmacie
- Soins dentaires
- Soins optiques
- Hospitalisations

Autres, précisez

	<u>Nombre de personnes</u>	<u>Age</u>	<u>Situation (artisan, agriculteur, commerçant, sans profession, étudiant...)</u>
<u>Adultes</u>			
<u>Enfants</u>			

Vos coordonnées :

Nom et prénom...

Adresse

Téléphone :

Questionnaire à déposer ou à envoyer par courrier directement en Mairie