

QUESTIONNAIRE : PROJET DE MUTUELLE COMMUNALE

1- Avez-vous actuellement une couverture santé complémentaire ?

- ☐ une mutuelle santé
- ☐ une mutuelle santé par votre employeur
- ☐ la Couverture Maladie Universelle- Complémentaire (CMU-C)
- ☐ l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)
- ☐ Je n'ai pas de Complémentaire Santé

2- Dans votre foyer, qui est couvert par cette prestation (ayants droit) ?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Adulte 1 | âge : _____
situation (étudiant, salarié, etc.) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Adulte 2 | âge : _____
situation (étudiant, salarié, etc.) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Adulte 3 | âge : _____
situation (étudiant, salarié, etc.) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfant 1 | âge : _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfant 2 | âge : _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfant 3 | âge : _____ |

3- Etes-vous satisfait de votre (vos) mutuelle(s) santé ?

- | | |
|---|--|
| Optique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Taux de couverture : _____ |
| Dentaire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Taux de couverture : _____ |
| Auditif | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Taux de couverture : _____ |
| Hospitalisation, séjour en établissement de santé | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Taux de couverture : _____ |
| Médecine douce (cure thermale, ostéopathe) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Taux de couverture : _____ |
| Autres, précisez _____ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Taux de couverture : _____ |

4- Quelle prestation souhaitez-vous voir pris en charge et qu'attendez-vous ?

- | | |
|---|---|
| Sport/Santé | Exemple de prise en charge par an : _____ |
| Dépistage | Exemple de prise en charge par an : _____ |
| Transport | Exemple de prise en charge par an : _____ |
| Dispositif de prévention (ex : substitut nicotinique) | Exemple de prise en charge par an : _____ |
| Médicaments, Vaccins non remboursés | Exemple de prise en charge par an : _____ |
| Séances de psychologue, de psychomotricité,... | Exemple de prise en charge par an : _____ |
| Autres, précisez _____ | Exemple de prise en charge par an : _____ |

5- Quel est le coût mensuel de votre (vos) mutuelle(s) santé ?

- ☐ moins de 25€
☐ entre 25€ et 50€
☐ entre 51€ et 75€
☐ entre 76€ et 100€
☐ entre 101€ et 150€
☐ entre 151€ et 200€
☐ plus de 200€

6- Si la commune de Saint-Orens négocie des contrats avantageux avec des mutuelles, seriez-vous intéressé(e) ?

☐ Oui ☐ Non

7- Vos coordonnées (facultatif), si vous souhaitez que nous puissions vous recontacter:

Nom : Prénom :

Adresse :

Courriel :

Téléphone :

8- Vous pouvez ajouter, si vous le souhaitez, des informations complémentaires qui n'auraient pas été demandées dans le présent questionnaire.

Les informations recueillies sont confidentielles. Elles seront utilisées uniquement dans le cadre de l'étude préparatoire à la mise en œuvre d'une mutuelle négociée.

**Merci de déposer ce questionnaire en Mairie ou
de le renvoyer par courrier à l'attention de Madame Bories 46 av de Gameville 31650 Saint-Orens ou
de le retourner par mail à l'adresse suivante : muriel.bories@mairie-saint-orens.fr**