

## 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) ?

- Adulte 1      âge : \_\_\_\_\_  
situation (étudiant, salarié, etc.) : \_\_\_\_\_
- Adulte 2      âge : \_\_\_\_\_  
situation (étudiant, salarié, etc.) : \_\_\_\_\_
- Adulte 3      âge : \_\_\_\_\_  
situation (étudiant, salarié, etc.) : \_\_\_\_\_
- Enfant 1      âge : \_\_\_\_\_
- Enfant 2      âge : \_\_\_\_\_
- 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](mailto:muriel.bories@mairie-saint-orens.fr)**