

# QUESTIONNAIRE MUTUELLE

1 Disposez-vous **actuellement** d'une couverture santé complémentaire ?

oui

non

2 Si oui, avez-vous :

Une mutuelle santé à titre personnel

Une mutuelle santé par votre employeur ou celui de votre conjoint(e)

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)

L'Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

3 Si non, pourquoi ?

En raison du prix trop élevé

Vous pensez ne pas en avoir besoin

Vous pensez que les prestations délivrées ne sont pas adaptées

Autre :

4 Composition de votre foyer :

Adultes – Enfants (à préciser)

Date de naissance

Situation professionnelle ou scolaire

Adultes – Enfants (à préciser)	Date de naissance	Situation professionnelle ou scolaire

5 Si la ville d'Andrésy négociait des contrats avantageux avec un organisme de mutuelle, seriez-vous intéressé ?

oui

non

6 Pour les personnes déjà affiliées à une complémentaire santé, seriez-vous prêtes à changer d'organisme ?

**7** Quelles sont pour vous les 4 prestations prioritaires ?

Optique

Soins dentaires

Audition

Actes non conventionnés (ostéopathie, pédicurie....)

Forfait hospitalier

Indemnités journalières complémentaires

Aide à la garde d'enfant

Aide Obsèques

Services à domicile

Aide aux aidants

**8** Dites-nous ce que vous attendez de votre mutuelle rêvée :

**9** Merci de nous communiquer vos coordonnées afin que nous puissions vous recontacter (ces données resteront strictement confidentielles) :

Nom de la personne à contacter :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Merci de remplir et de retourner ce questionnaire par mail à [ccas@andresy.com](mailto:ccas@andresy.com) au plus tard le 18/10/2020.