

QUESTIONNAIRE SUR LA MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE SANTÉ INTERCOMMUNALE
CENTRE INTERCOMMUNAL D'ACTION SOCIALE

Informations personnelles (facultatif)

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Date de naissance :

Quelle est votre situation?

- En activité professionnelle
- Sans emploi / demandeur d'emploi
- Retraité.e
- Étudiant.e

Autres :

Nombre d'enfant au sein du foyer :

Merci de préciser les âges des enfants :

Vous n'avez pas de complémentaire santé :

Pour quels motifs?

- Coût de la mutuelle
- Difficultés à trouver une mutuelle
- Problème dans les démarches

Autres :

Vous avez une complémentaire santé :

Êtes-vous satisfait(e) du tarif
de votre mutuelle et de vos
remboursements

- OUI
- NON

Si non, pourquoi?

- Montant de la prise en charge trop faible
- Nature des garanties liées au contrat
- Délais de remboursement/nécessité d'avancer les frais
- Coût de la mutuelle

Autres :

Vous avez

- Une complémentaire santé/mutuelle
- Une complémentaire santé par votre employeur
- Une complémentaire santé et vous bénéficiez de la Complémentaire Santé Solidaire

Quelles sont les 4 garanties qui vous semblent les plus importantes parmi celles ci-dessous.

➤ *Indiquez le numéro de priorité en commençant par 1 pour le plus important, jusqu'à 4.*

Hospitalisations médicales, chirurgicales et maternité	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Hospitalisations services spécialisés (frais de séjour, forfait hospitalier, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Médecine courante (consultations généralistes, spécialistes, pharmacie, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Paramédical (kiné, ostéopathie, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Soins et prothèses et dentaires	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Autre prothèses (orthopédie, prothèses accessoires, audioprothèses, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Optique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Cure thermale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Bien-être et prévention (médecine douce, activité physique, etc)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Assistance / Soutien psychologique	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

En soumettant ce formulaire, j'accepte que mes informations soient utilisées exclusivement dans le cadre de l'enquête. Si je venais à changer d'avis, je peux m'opposer à tout moment à l'utilisation des mes données en envoyant un mail à emilie.faye@ambertlivradoisforez.fr