

QUESTIONNAIRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Avez-vous déjà une couverture santé complémentaire ?

Oui Non

Si oui, avez-vous :

- Une complémentaire santé (mutuelle)
 Une mutuelle santé par votre employeur
 La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)
 L'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

Si non, pourquoi ?

- Trop cher pas utile « ne sert à rien »
 Je ne suis pas malade autre

Composition de votre foyer :

	Agés	Situation : (étudiant, salarié, retraité)
Nombre d'adultes :		
Nombre d'enfants :		

Si le C.C.A.S. négocie un contrat avantageux avec une mutuelle, seriez-vous intéressé (e) ?

Oui Non

Seriez-vous disposé à changer de mutuelle ?

Oui Non

En cas de changement de mutuelle, merci d'indiquer les garanties prioritaires dont vous souhaiteriez bénéficier :

- Soins médicaux courants et pharmacie Soins dentaires
 Soins optiques Hospitalisations (forfait)
 Autres (cures thermales, analyses et examens)

A préciser.....

Vos coordonnées :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone : Courriel :@.....

Merci de déposer ce questionnaire ou de l'envoyer à la mairie de Douvres
ou de le remettre à un membre du CCAS.

avant le 31/ Mars 2016

Vous pouvez également le transmettre par courriel à mairie@douvres.fr