Questionnaire facultatif

Mutuelle communale

Le 10 Mars 2025

Madame, Monsieur,

Dans le but de renforcer l'accès à la santé, la commune a décidé de lancer une consultation auprès des organismes mutualistes et de travailler sur la possibilité de vous proposer une mutuelle de groupe. Nous lançons donc une enquête auprès de toute la population pour connaître vos besoins en matière de couverture santé.

Le questionnaire ci-dessous est à retourner en mairie avant le **15 avril 2025** par courrier ou par mail à *mairie@ville-labarredemonts.fr* et peut être renseigné sur le site internet de la commune.

Les informations recueillies sont confidentielles. Elles seront utilisées uniquement par la commune dans le cadre de l'étude préparatoire à la mise en œuvre d'une mutuelle négociée et ne seront pas conservées au-delà du temps nécessaire au montage de ce dossier.

Le Maire

1. **Avez-vous actuellement une couverture santé complémentaire ?**

☐ Oui ☐ Non

Si oui, avez-vous :

- ☐ Une mutuelle santé
- ☐ Une complémentaire santé par votre employeur
- ☐ La Complémentaire Santé Solidaire

Si non, pourquoi ?

- ☐ Trop cher
- ☐ Pas besoin
- ☐ Prestations proposées ne sont pas adaptées
- ☐ Autre, préciser :

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

Adulte : âge et situation

Adulte : âge et situation

Nombre et âge des enfants :

3. **Êtes-vous satisfait de votre (vos) mutuelle(s) santé ?**

Optique :

☐ Oui, taux de couverture :
☐ Non, pourquoi ?

Dentaire :

☐ Oui, taux de couverture :
☐ Non, pourquoi ?

Auditif :

☐ Oui, taux de couverture :
☐ Non, pourquoi ?

Hospitalisation :

☐ Oui, taux de couverture :
☐ Non, pourquoi ?

Médecine douce (cure thermale, ostéopathe) :

☐ Oui, taux de couverture :
☐ Non, pourquoi ?

Autres, précisez

4. **Quel est le coût mensuel de votre mutuelle santé ?**

☐ Moins de 25€
☐ Entre 26€ et 50€
☐ Entre 51€ et 75€
☐ Entre 76€ et 100€
☐ Entre 101€ et 150€
☐ Plus de 151€

5. **Si la commune de La Barre de Monts négocie des contrats avantageux avec des mutuelles, seriez-vous intéressé(e) ?**

☐ Oui ☐ Non

6. **Quelles prestations souhaitez-vous voir prise en charge ?**

☐ Dentaire
☐ Auditif
☐ Hospitalisation
☐ Médecine douce
☐ Dispositif de prévention
☐ Médicaments
☐ Séances de psychologue, psychomotricité
☐ Autres, précisez

7. **Vos coordonnées (facultatif), si vous souhaitez que nous puissions vous contacter**