

0
 Année Vague Mode
 d'enquête

**QUESTIONNAIRE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE
 CMU (Couverture maladie universelle)**

N° adresse

MUTUELLE OU ASSURANCE : N°
 (zone réservée au chiffrage)

Code CC : | | | | | | | |
 (zone réservée au chiffrage)

Prénoms des personnes protégées :
Nom, adresse et ville de la mutuelle, assurance ou caisse de Sécurité sociale :

1. Si le nom et l'adresse de la mutuelle, de l'assurance ou caisse de Sécurité sociale reportés ci-dessus sont inexacts ou incomplets, veuillez noter ci-dessous le nom correct ou l'adresse correcte :

NOM de la mutuelle ou assurance ou caisse de Sécurité sociale :
 ADRESSE :
 VILLE :

2. Si d'autres personnes que celles notées dans le cadre ci-dessus sont protégées par cette couverture complémentaire, notez leur prénom ci-après. En revanche, si des personnes sont notées à tort, les barrer dans le cadre ci-dessus.

.....

3. Pour chacun des soins suivants, comment cette couverture complémentaire prend-elle en charge ?

| | lunettes | prothèses dentaires | appareils de redressement dentaire | soins de spécialistes |
|--------------------|----------------------------|----------------------------|---|------------------------------|
| très bien | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| bien | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |
| moyennement | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |
| mal | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 |
| très mal | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 5 |
| pas du tout | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 6 |
| ne sait pas | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 7 |

4. Avez-vous choisi cette mutuelle, cette assurance ou cette caisse de Sécurité sociale ?

(3 réponses maximum)

- 1 sur le conseil d'un proche (famille, ami, collègue...)
- 2 car vous avez d'autres contrats dans cet organisme
- 3 parce que le guichet, l'agence est près de chez vous
- 4 parce que les remboursements proposés, les services offerts correspondaient bien à votre attente
- 5 pour éviter des démarches qui semblaient compliquées
- 6 autre, précisez

5. Etiez-vous déjà couvert par une mutuelle (ou une assurance) avant de bénéficier de la couverture complémentaire au titre de la CMU ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, **cette enquête est reconnue d'intérêt général et n'a pas de caractère obligatoire.**
 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.
 Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy les Moulineaux.