

2
 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 :

Il serait préférable que l'assuré, c'est-à-dire la personne qui a souscrit le contrat, remplisse ce questionnaire. Si cela n'est pas possible, une autre personne peut le remplir à sa place. Dans tous les cas, indiquez ci-dessous le prénom de la personne qui le remplit.

1. Prénom de la personne qui remplit ce questionnaire : nind

2. 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 :

3. 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.

.....

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

	lunettes	prothèses dentaires	soins de spécialistes	forfait journalier
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

5. L'année dernière, à la même époque, l'assuré était-il protégé par une mutuelle (ou une assurance) ?

- 1 oui, à la cmu
 - 2 oui, à une mutuelle par son entreprise
 - 3 oui, à une mutuelle prise par ses propres moyens
 - 4 non
 - 5 ne sait pas
- ↳ au même organisme qu'actuellement ? 1 oui 2 non 3 ne sait pas

6. Depuis que vous bénéficiez de la cmu, vous est-il arrivé de payer directement, une partie ou la totalité de vos soins ?

- 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** sans avoir de caractère obligatoire.
 Label n° 2002X706AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2002.
 En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées au CREDES.
 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête.
 Elle 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.