



PROJET de dispositif d'accès à une Complémentaire santé pour les habitants de Thorigné-Fouillard

1- Avez-vous déjà une complémentaire santé (Oui - Non), la Cmu-c (Oui - Non), l'AcS (Oui - Non) (*rayez la mention inutile*).

Si Non, pourquoi ? :

2 - Si un contrat avantageux était négocié avec une complémentaire santé, seriez-vous intéressé (e) ? Oui Non

3 - Quelles sont les garanties dont vous souhaiteriez bénéficier (*numérotez par ordre d'importance*)

- ... Soins médicaux courants et pharmacie
- ... Soins dentaires
- ... Optique et audition
- ... Hospitalisations
- ... Médecines douces (ostéopathie, acupuncture, pédicure...)
- ... Autres :

4 - Quelle est la composition de votre foyer ?

	Ages	Situation (étudiant, salarié, retraité...)
Adulte(s)	- -	- -
Enfant(s)	- - - -	- - - -

5 - Si vous souhaitez être contacté, merci d'indiquer vos coordonnées :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : .. / .. / .. / .. / ..

Mail : @

