

**La CFDT continue à défendre un système de santé où chacun d'entre nous cotise selon ses moyens pour être soigné selon ses besoins. Actuellement l'inquiétude de voir attaquer ce système nous amène à recueillir vos constats, réflexions, observations afin de développer notre cahier revendicatif...**

### Situation individuelle

1 Quel est votre âge ?

2 Êtes-vous un Homme ou une Femme

4 Combien de personnes composent votre foyer ? .....

5 Vos dépenses de santé sont-elles prises en charge à 100% par la Sécurité sociale ? OUI NON

Si Oui veuillez préciser à quel titre est effectuée cette prise en charge ? .....

6 Pour les dépenses de santé restant à votre charge bénéficiez-vous d'une complémentaire santé ? OUI NON

Si Non merci d'en préciser les raisons ou motivations :

.....

Si Oui : Merci de bien vouloir répondre à la question 7 après avoir répondu à la question suivante :

6-1 Bénéficiez-vous d'une aide financière pour acquitter votre cotisation ?  
OUI NON

Si oui, quel en est le montant :

€

Questionnaire Complémentaires Santé

Paris

## La complémentaire santé à laquelle vous adhérez

7 Quel est l'organisme qui gère votre complémentaire santé ?

.....

8 Comment avez-vous connu votre complémentaire santé ?

Ex-employeur ?

.....

autre (à préciser) :

.....

9 Si vous avez un.e conjoint.e, a-t-il.elle la même complémentaire santé ?

OUI

NON

Si **Non**, merci d'indiquer l'intitulé et d'en préciser les raisons ou motivations.

.....

10 Quel est le coût mensuel à votre charge de votre complémentaire santé ? (ne tenir compte que des cotisations concernant la complémentaire santé – hors assurance décès, perte autonomie ...)

Si votre contrat a évolué merci de le préciser.






	2018	2017	2016	2014
Montant cotisation mensuelle				
Quel pourcentage de vos revenus représente ce montant ?				

11 Quels sont vos besoins et attentes en matière de santé ? :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

12 Rencontrez-vous des difficultés à faire face financièrement à vos frais de santé ? (précisez lesquelles)

**13 Comment estimez-vous être protégés par votre complémentaire ? indiquez une note de 1 ( le moins satisfaisant) à 5 (le plus satisfaisant) pour chaque domaine :**

	1 	2 	3 	4 	5 
<b>Domaines</b>					
Dents – soins					
Dents – Prothèse					
Yeux					
Oreilles – Prothèses					
Dépassements honoraires					
Forfaits hospitaliers					
Autres (à préciser)					

Merci d'illustrer votre appréciation en indiquant la principale motivation (taux de prise en charge, accompagnement, informations ....) :

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**14 Avez-vous été amené(e) à vous priver de certains soins ou à devoir les retarder ?**

OUI       NON

Si oui, merci d'en préciser les raisons :

.....  
 .....  
 .....

## La CFDT et la complémentaire santé

**15** Souhaitez-vous apporter un complément d'information ou de témoignage à ce questionnaire ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**16** Dans l'hypothèse où vous ne seriez pas adhérent.e à *MGEN-Filia*, connaissez-vous le contrat de groupe complémentaire santé négocié par la CFDT Retraités *MGEN-Filia* ?

OUI

NON

Si oui qu'en pensez-vous ?

.....  
...  
.....

Après l'avoir complété, merci de bien vouloir retourner ce questionnaire à  
UTR CFDT 7/9, rue Euryale Dehaynin – 75019 PARIS

Ce questionnaire peut être téléchargé sur notre site

<https://www.cfdt-retraités.fr/Paris>

et renvoyé par mél à [paris@retraites.cfdt.fr](mailto:paris@retraites.cfdt.fr)

***Merci de contribuer à ce que le plus grand nombre de réponses nous parvienne afin de nous aider à élaborer une plateforme revendicative pour une réelle prise en charge mutualisée de la santé.***