



## Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Rostrenen

### Mutuelle communale

#### (Formulaire confidentiel & anonyme)

02 96 57 42 00 · [mutuelle@ville-rostrenen.bzh](mailto:mutuelle@ville-rostrenen.bzh)

Le projet de mutuelle communale répond à la volonté de la Municipalité de Rostrenen et des actrices et acteurs sociaux, réuni-es notamment au sein du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), d'instaurer une politique sociale et sanitaire solidaire sur le territoire communal.

Pour que l'accès aux soins reste une priorité de santé publique, il est nécessaire de faciliter le recours à une mutuelle santé accessible et adaptée aux besoins de la population.

La mise en œuvre d'une **mutuelle communale** est l'une des solutions en ce sens, qui permet aux habitant-es de gagner en pouvoir d'achat et en sécurité, grâce à des tarifs préférentiels et des services de qualité.

En résumé, c'est une « complémentaire santé » comme les autres, à la différence qu'elle est négociée collectivement pour toutes les personnes intéressées à Rostrenen, ce qui permet de bénéficier de meilleures prestations à des tarifs plus bas.

Afin de consolider cette démarche, il est nécessaire de recenser le nombre et la typologie des personnes volontaires et des foyers intéressés. C'est l'objectif du présent formulaire, qui restera confidentiel.

Par la suite, un comité de pilotage municipal sera constitué pour démarcher plusieurs prestataires et proposer aux personnes intéressées une mutuelle qui soit la plus accessible et efficace possible.

**Ce formulaire intégralement complété est à retourner en Mairie de Rostrenen  
avant le 30 décembre 2025**

#### 1. La composition de votre foyer

Composition de votre foyer	Âge	Situation(s) : salarié.e, retraité.e, étudiant.e, en recherche d'emploi...
Personne 1		
Personne 2		
Personne 3		
Personne 4		
Personne 5		

**2. Avez-vous déjà une couverture santé (mutuelle) complémentaire ?**

Merci de cocher les cases qui correspondent à votre situation :

=> <b>NON</b>	
---------------	--

=> <b>OUI</b>		Pour moi uniquement		+ mon/ma conjoint-e		+ mon/mes enfant(s)	
---------------	--	------------------------	--	------------------------	--	------------------------	--

**a. Si oui avez-vous :**

- ☐ Une mutuelle santé souscrite à titre individuelle ?
- ☐ Une mutuelle santé par votre employeur ou ayant-droit de l'employeur de votre conjoint.e
- ☐ La Complémentaire Santé Solidaire (C2S, ex CMU-C)

**b. Quel est le montant mensuel de votre cotisation (pour l'ensemble du foyer) ?**

..... euros

**c. Considérez-vous votre cotisation actuelle :**

- ☐ Élevée                      ☐ Correcte                      ☐ Très accessible

**d. Considérez-vous vos garanties :**

- ☐ Satisfaisantes              ☐ Correctes                      ☐ Insuffisantes

**Si vous n'avez actuellement pas de mutuelle, quelle en est la raison principale ?**

- ☐ C'est trop cher, je ne dispose que d'un budget mensuel estimé à ..... pour l'ensemble du foyer
- ☐ Je n'en ai pas eu besoin jusqu'ici
- ☐ Les prestations ne sont pas adaptées à ma situation
- ☐ Exclusion pour cause médicale
- ☐ Autre (préciser) : .....

**3. En cas de changement de mutuelle, quelles garanties seraient, pour vous, prioritaires ?**  
**3 choix maximum parmi la liste suivante :**

- ☐ Soins médicaux courants & pharmacie
- ☐ Soins dentaires
- ☐ Soins et équipements optiques
- ☐ Équipements auditifs
- ☐ Hospitalisation
- ☐ Médecines douces (cures thermales, ostéopathie...)
- ☐ Autre (précisez) : .....