**Remplir obligatoirement et impérativement le cadre de réponse « Informations Complémentaires ». Toute réponse sous une autre forme sera refusée.**



CENTRE COMMUNAL D’ACTION SOCIALE

**Exemple de cadre de réponses « Informations complémentaires »**

|  |
| --- |
| **Préciser les critères et/ou les restrictions éventuelles des offres proposées (questionnaire médical, période de stage ou de carence, limite d’âge à la souscription…)** |
|  |
| **Détailler les réseaux et/ou partenariats avec les structures médicales et/ou paramédicales en fonction de celles présentes sur le territoire des communes** |
|  |
| **Préciser les modalités d’évolution possibles des garanties et/ou des formules pour les adhérents**(en cas de déménagement par exemple ou de changement d’option en cours de contrat …) |
|  |
| **Préciser les modalités de résiliation (préavis par exemple), d’accompagnement des adhérents, les modalités de prise en charge des formalités administratives pour la résiliation de leur ancienne assurance santé.** |
|  |
| **Préciser les modalités de prise en charge des foyers bénéficiant de l’ACS, de la**  **CMU-C et du contrat post-CMU ainsi que les modalités de gestion.** |
|  |
| **Définir la méthode de commercialisation de l’offre et de sa pérennité (moyens, outils, modalités d’information auprès du public)** |
|  |