



n° 11422*02

couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) choix, par un des membres du foyer, de l'organisme chargé de la CMUC

(articles L. 861-4 et 5 du Code de la sécurité sociale)

*ce formulaire complète le formulaire de demande de couverture maladie universelle complémentaire (cerfa n° 12504 - S3711).
Il est à remplir uniquement en cas de choix différent de celui du demandeur.*

Pour bénéficier de la CMUC, vous devez remplir ce formulaire à joindre en complément de la demande de CMUC (sinon votre choix ne pourra pas être pris en compte).

Si les droits sont reconnus, l'organisme d'assurance maladie du demandeur transmettra ce formulaire à l'organisme complémentaire que vous aurez choisi. Les garanties offertes par la CMUC prendront effet à la date d'attribution de la CMUC.

Cette date sera indiquée sur l'attestation qui sera remise ou envoyée par votre organisme d'assurance maladie au demandeur de la CMUC.



l'assuré(e) auquel (à laquelle) vous êtes rattaché(e), demandeur de la CMUC	
nom (suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))	
prénoms	date de naissance
n° de sécurité sociale	code organisme
adresse	(il figure sur l'attestation papier qui accompagne la carte vitale)
code postal	commune
le membre du foyer faisant un choix différent de celui du demandeur	
nom	
prénoms	date de naissance
n° de sécurité sociale	code organisme

La CMUC est servie soit par l'un des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances) figurant sur la liste des organismes participant à la CMUC^(*), soit par votre caisse d'assurance maladie pour le compte de l'Etat. Les possibilités de choix sont différentes selon votre situation

SITUATION ACTUELLE

<input type="checkbox"/> je n'ai pas de complémentaire santé.	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe à la rubrique ① au verso.
<input type="checkbox"/> je bénéficie d'une complémentaire santé facultative qui ne figure pas dans la liste des organismes participant à la CMUC : si mon droit à la CMUC est prononcé, je devrai résilier mon contrat actuel (avec effet immédiat).	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe à la rubrique ① au verso.
<input type="checkbox"/> je bénéficie d'une complémentaire santé facultative qui figure dans la liste des organismes participant à la CMUC : si mon droit à la CMUC est prononcé, je devrai demander à mon assureur de transformer mon contrat actuel en contrat CMUC. Il me proposera de plus un autre contrat correspondant aux garanties antérieures excédant celles de la CMUC, le cas échéant, que je pourrai refuser.	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe directement à la rubrique ② au verso.
S'il s'agit d'un renouvellement, je peux choisir un autre organisme complémentaire qui figure dans la liste.	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe à la rubrique ① au verso.
<input type="checkbox"/> je bénéficie d'une complémentaire santé obligatoire : je la conserve et la CMUC sera alors une 2 ^{cnc} complémentaire santé. Je complète ci-dessous les coordonnées de l'organisme complémentaire :		
nom		
adresse		
code postal		
	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe à la rubrique ① au verso.

^(*) Vous trouverez la liste des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances) sur le site "www.cmu.fr" ou en la demandant à votre caisse d'assurance maladie ou sur le site "www.ameli.fr".



n° 11422*02

couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)

choix, par un des membres du foyer, de l'organisme chargé de la CMUC

(articles L. 861-4 et 5 du Code de la sécurité sociale)

ce formulaire complète le formulaire de demande de couverture maladie universelle complémentaire (cerfa n° 12504 - S3711).

1 CHOIX DE L'ORGANISME COMPLÉMENTAIRE QUI GERERA MA CMUC (cochez une seule case)


<input type="checkbox"/> Option A je choisis une prise en charge de ma protection complémentaire par l'Etat, par l'intermédiaire de mon organisme d'assurance maladie. Dans ce cas, mes droits aux prestations sont ouverts automatiquement pour une année.	Je passe directement à la rubrique 3
<input type="checkbox"/> Option B je choisis une prise en charge de ma protection complémentaire par une mutuelle, une institution de prévoyance, une société d'assurance figurant sur la liste des organismes participant au dispositif de la CMUC. Dans ce cas, ma caisse d'assurance maladie se chargera de transmettre ce formulaire à cet organisme et mes droits aux prestations seront alors automatiquement ouverts pour une année. Important: si l'année suivante, mes ressources dépassent le plafond, cet organisme aura l'obligation de me proposer de prolonger cette protection d'une année supplémentaire à un prix inférieur ou égal à un tarif préférentiel réglementé et ce sans préjudice d'un droit éventuel à l'aide complémentaire santé (ACS).	Je passe à la rubrique 2

2 COORDONNEES DE L'ORGANISME COMPLEMENTAIRE QUI GERERA MA CMUC

Vous trouverez la liste des organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurances) sur le site "www.cmu.fr" ou en la demandant à votre caisse d'assurance maladie ou sur le site "www.ameli.fr".

nom adresse code postal	Je passe à la rubrique 3
-------------------------------	--------------------------

3 Je vérifie les informations puis je date et je signe le document. >>>>>>>>

Fait à le	signature du demandeur de la CMUC 
-----------------------	--

droits à la CMUC (à compléter par la caisse d'assurance maladie)

du au

cachet de l'organisme
ainsi que les nom et coordonnées de la personne
ayant aidé le demandeur à compléter le document

cachet de la caisse d'assurance maladie
et coordonnées du centre gérant la couverture maladie de base

Vous devez transmettre ce document avec le formulaire de demande (cerfa n° 12504 - S3711) à votre caisse d'assurance maladie.

La loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.
Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1, 441-1 et 441-6 du Code pénal, articles L.114-13 et L.162-1-14 du Code de la sécurité sociale)