



n° 11421\*02

# couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)

## choix, par le demandeur, 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).*

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

Si vos droits sont reconnus, votre organisme d'assurance maladie transmettra ce formulaire à l'organisme complémentaire que vous aurez choisi. Les garanties offertes par la CMUC prendront effet pour vous-même et pour les membres de votre foyer à la date d'attribution du droit à la CMUC. Cette date sera indiquée sur l'attestation qui vous sera remise ou envoyée par votre organisme d'assurance maladie.



### COMPOSITION DU FOYER

le demandeur de la CMUC					
nom <i>(suivi, s'il y a lieu, du nom d'époux(se))</i>					
prénoms				date de naissance	
n° de sécurité sociale			code organisme		
adresse <i>(il figure sur l'attestation papier qui accompagne la carte vitale)</i>					
code postal		commune			
mon conjoint, mon concubin ou mon partenaire lié par un PACS					
nom					
prénoms				date de naissance	
n° de sécurité sociale			code organisme		
les autres personnes, âgées de moins de 25 ans, à ma charge					
nom et prénom	lien de par enté	résidence alternée (1)	date de naissance	n° de sécurité sociale	code organisme si différent du demandeur
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			

(1) Si votre enfant est considéré fiscalement en résidence alternée, cochez la case correspondante et joignez votre dernier avis d'imposition. *(Si vous manquez de place, complétez cette liste sur une feuille blanche que vous joindrez à cette demande.)*

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.  S'il s'agit d'un renouvellement, je peux choisir un autre organisme complémentaire qui figure dans la liste.	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe directement à la rubrique ② au verso.  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 <sup>ème</sup> complémentaire santé. Je complète ci-dessous les coordonnées de l'organisme complémentaire :	▶▶▶▶▶▶▶▶	Je passe à la rubrique ① au verso.
nom <input style="width: 90%;" type="text"/> adresse <input style="width: 90%;" type="text"/> code postal <input style="width: 15%;" type="text"/>		

(\*) 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".

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

<input type="checkbox"/> <b>Option A</b> 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"/> <b>Option B</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. <b>Important:</b> 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 LES MEMBRES DE MON FOYER

Ils relèvent de la même caisse et choisissent le même organisme complémentaire

Dans le cas contraire, chaque membre doit remplir un autre formulaire (réf. S3713)

### 4 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'information, 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)