



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 (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 | | | |
| 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 : uk mon drok'«'r'EO WE 'gvr' tqppe² . 'lg'f gxtck't² ukigt 'o qp'eqptcv'cewgn'«'cxge'ghgv 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 : uk mon droit à la CMUC guv prononcé, je devrai 'f go cpf gt'«'b qp'cuwtgw'f g'tcpuhqto gt mon contrat actuel en contrat CMUC. Il me proposera de plus un autre contrat correspondant 'cwz'f'ctcpvku antérieures excédant celles de la CMUC, le cas échéant, que je pourrai refuser. | ▶▶▶▶▶▶▶▶ Je passe directement à la rubrique ② au verso. | | | |
| <input type="checkbox"/> je bénéficie d'une complémentaire santé obligatoire : je la conserve et la CMUC sera alors une 2 ^{ème} complémentaire santé. Je complète ci-dessous les coordonnées de l'organisme complémentaire : | ▶▶▶▶▶▶▶▶ Je passe à la rubrique ① au verso. | | | |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">nom</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">adresse</td></tr> <tr><td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;">code postal</td></tr> </table> | nom | adresse | code postal | ▶▶▶▶▶▶▶▶ |
| nom | | | | |
| adresse | | | | |
| code postal | | | | |

(*) 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".

