



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 <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
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. 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 ^{ème} 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".

