



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)

**1 CHOIX DE L'ORGANISME COMPLÉMENTAIRE QUI GERERA MA CMUC (cochez une seule case)****☒ 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 2**☐ 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 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. >>>>>>>>**

signature du demandeur de la CMUC

Fait à ..... le .....

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

du ..... an .....

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

S 3712 a

27340811344364404