



n° 11421\*01

**couverture maladie universelle - protection complémentaire  
choix, par le demandeur, de l'organisme chargé  
de la protection complémentaire en matière de santé**

Articles L 861-4 et 5 du Code de la sécurité sociale

à transmettre  
par la caisse à  
l'organisme choisi  
par le demandeur  
pour la couverture  
complémentaire

J'ai pris connaissance de l'offre faite par la loi de bénéficiaire d'une protection complémentaire en matière de santé dans les conditions décrites dans la notice.

**le demandeur**

<b>nom</b> (de naissance, suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)				
<b>prénoms</b>		<b>date de naissance</b>		
<b>n° de sécurité sociale</b>		<b>code organisme</b>		
<b>adresse</b>				
<b>code postal</b>		<b>commune</b>		

**le conjoint ou le concubin**

<b>nom</b> (de naissance, suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)				
<b>prénoms</b>		<b>date de naissance</b>		
<b>n° de sécurité sociale</b>		<b>code organisme</b>		

**les autres personnes âgées de moins de 25 ans à votre charge**

nom et prénom	lien de parenté	date de naissance	n° de sécurité sociale	code organisme si différent du demandeur

**le choix de l'organisme chargé de la couverture complémentaire en matière de santé**

- j'ai pris connaissance de la liste des organismes participant à la protection complémentaire de santé prévue par la loi
- je bénéficie déjà d'une protection complémentaire en matière de santé auprès d'un organisme figurant sur cette liste

Nom et adresse de l'organisme complémentaire actuel et de son représentant local :

<b>code postal</b>	<b>commune</b>
--------------------	----------------

- je ne bénéficie pas d'une protection complémentaire en matière de santé ou je bénéficie d'une protection complémentaire auprès d'un organisme ne figurant pas sur la liste. Je choisis la prise en charge par  
- une mutuelle, une institution de prévoyance, une société d'assurance (voir la liste)

Nom et adresse de l'organisme complémentaire choisi dans la liste prévue par la loi et de son représentant local :

<b>code postal</b>	<b>commune</b>
--------------------	----------------

- l'Etat, par l'intermédiaire de mon organisme d'assurance maladie
  - Les membres de mon foyer relèvent de la même caisse et choisissent le même organisme complémentaire. . . . .
- dans la négative, remplissez autant de formulaires d'option que nécessaire

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**signature du demandeur**

**droits à la protection complémentaire  
en matière de santé à compter du :**  
(à compléter par l'organisme d'assurance maladie)

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

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

**choix, par le demandeur, de l'organisme chargé  
de la protection complémentaire en matière de santé**

Articles L 861-4 et 5 du Code de la sécurité sociale

**notice concernant les conditions de prise en charge au titre de la couverture complémentaire****les ressources et les prestations**

Si mes ressources ne dépassent pas le plafond prévu par décret, je bénéficierai, ainsi que les membres de mon foyer, des prestations ci-dessous :

- la prise en charge du ticket modérateur, du forfait journalier hospitalier et des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et les dispositifs médicaux à usage individuel (notamment les lunettes. . .), dans les limites fixées par arrêté
- la dispense d'avance des frais.

Les garanties indiquées ci-dessus prennent effet, pour moi-même et les membres de mon foyer, à la date de reconnaissance du droit à la protection complémentaire en matière de santé qu'indiquera mon organisme d'assurance maladie sur ce formulaire.

La réception de ce document attestant l'ouverture des droits à la protection complémentaire en matière de santé est la seule condition ou formalité requise pour l'entrée en vigueur de la prise en charge par une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance.

**le choix de l'organisme**

**Si ma famille et moi-même bénéficions auparavant d'une protection complémentaire non obligatoire**, nous sommes en droit :

- soit de la résilier si l'organisme auquel nous sommes liés ne figure pas sur la liste qui nous est présentée,
- soit de la transformer en contrat CMU et, si elle offrait des garanties différentes, de la modifier par avenant pour la limiter aux garanties qui ne sont pas offertes par la protection maladie universelle complémentaire.

**Si ma famille et moi-même ne bénéficions d'aucune protection complémentaire ou si nous bénéficions d'une protection complémentaire auprès d'un organisme ne figurant pas sur la liste**, nous pouvons choisir la prise en charge de notre protection complémentaire de santé par :

- l'Etat par l'intermédiaire de notre organisme d'assurance maladie  
Dans ce cas, notre droit aux prestations est ouvert pour une année à compter de la date de reconnaissance du droit à la protection complémentaire
- une mutuelle, une institution de prévoyance, une société d'assurance figurant sur la liste qui nous est présentée  
Dans ce cas, notre droit aux prestations est ouvert pour une année à compter de la date de reconnaissance du droit à la protection complémentaire avec la possibilité, si nos ressources dépassent le plafond, de prolonger cette protection d'une année supplémentaire à un prix inférieur ou égal à un tarif maximal fixé par arrêté.

**Si ma famille et moi-même bénéficions d'une protection complémentaire dans le cadre d'un contrat d'assurance collectif professionnel obligatoire**, nous pouvons bénéficier de la complémentaire CMU. Cependant, notre participation au contrat collectif ne peut être, du fait de notre accès à la complémentaires CMU,

- ni résiliée
- ni modifiée.