



n° 11422*01

**couverture maladie universelle - protection complémentaire
choix, par un des membres du foyer, de l'organisme chargé de la
protection complémentaire en matière de santé**

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

à remplir uniquement en cas de choix différent  celui de l'ouvrant droit

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

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

l'ouvrant droit

nom (de naissance, suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)

prénoms

date de naissance

n° de sécurité sociale

code organisme

adresse

code postal

commune

le membre du foyer faisant un choix différent de l'ouvrant droit

nom (de naissance, suivi s'il y a lieu, du nom d'usage)

prénoms

date de naissance

n° de sécurité sociale

code organisme

adresse

code postal

commune

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 :

code postal

commune

• 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 :

code postal

commune

- l'Etat, par l'intermédiaire de mon organisme d'assurance maladie

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



n° 50670#01

couverture maladie universelle - protection complémentaire choix, par un des membres du foyer, 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, 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 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 je bénéficiais auparavant d'une protection complémentaire non obligatoire, je suis en droit :

- soit de la résilier si l'organisme auquel je suis lié(e) ne figure pas sur la liste qui m'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 je ne bénéficiais d'aucune protection complémentaire ou je bénéficiais d'une protection complémentaire auprès d'un organisme ne figurant pas sur la liste, je peux choisir la prise en charge de ma protection complémentaire de santé par :

- l'Etat par l'intermédiaire de mon organisme d'assurance maladie
Dans ce cas, mon 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 m'est présentée
Dans ce cas, mon 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 mes 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 je bénéficie d'une protection complémentaire dans le cadre d'un contrat d'assurance collectif professionnel obligatoire, je peux bénéficier de la complémentaire CMU. Cependant, ma participation au contrat collectif ne peut être, du fait de mon accès à la complémentaire CMU,

- ni résiliée
- ni modifiée.