**Mise à jour de la liste des organismes gérant la CMU**

|  |
| --- |
| IDENTIFICATION |
| NOM DE L’ORGANISME :N° SIREN :Mutuelle  Assurance Institution de prévoyance ADRESSE DU SIEGE SOCIAL :TELEPHONE :  |  |
| COORDONNEES DE LA PERSONNE REFERENTE EN CHARGE DE LA GESTION DU FORMULAIRE DE CHOIX (S 3712 / S3713) |
| Nom : Prénom : Fonction :Téléphone - email : Nom : Prénom : Fonction :Téléphone - email :  |   |
| COORDONNEES D’ENVOI DU FORMULAIRE DE CHOIX |
| Adresse postale à utiliser par les caisses d’assurance maladie :  |   |
| Numéro de fax utilisable pour l’envoi du formulaire de choix:  |  |
| Numéro Noémie déclaré par l’organisme complémentaire dans le cadre de la gestion de la CMU-C : S’agit-il bien d’un numéro unique (France entière et tous régimes d’assurance maladie) ? | * OUI
* NON
 |

*Date de la déclaration : Signature :*