**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 :*