

Aide Médicale Etat

Identification (NIR / NNP) :

Date de dépôt de la demande :/..../....

--	--	--	--	--	--

Dossier de : Mme. / M.

Nom et Prénom :

Né(e) le :

Objet de la demande

1^{ère} demande d'AME

renouvellement AME

demande de mise à jour AME

1. DEMANDE D'AME :

► **Complétude du formulaire**

Ressources

Date

Signature

► **Présence des pièces justificatives**

Identité de chaque membre du foyer

résidence

ressources

Si passeport original présenté, oui non

Si oui, ensemble des pages du passeport vérifié oui non

Copie des pièces justificatives lisible : oui non

► **Urgence médicale (présence d'un certificat ou attestation)**

Oui

Non

► **PRESENCE DU FORMULAIRE PHOTO**

OUI

NON

Si non, cocher le motif :

Mineur moins de 16 ans

Hospitalisation

Autre :.....

2. DEMANDE DE MISE A JOUR EN COURS DE DROIT AME

► Relevant du pôle AME (impliquant un changement de carte¹)

- naissance
- décès
- changement d'état civil
- autre (à préciser) :

3. Autre document remis

- Complément dossier incomplet (joindre courrier de demande à défaut mentionner la référence du dossier)
- autre (à préciser) :

Cachet de la caisse

¹ Pour mémoire relèvent du service GDB et non du pôle AME les mises à jour suivantes :

RIB, changement d'adresse, passage à situation régulière

Les MAJ qui entraînent l'édition d'une carte seront prises en charge par la caisse cédante jusqu'à la mise en place du lot 2