l'Assurance Maladie | Côte-d'Or

France services

FICHE SUPPORT ACCUEIL FRANCE SERVICES
AIDE MÉDICALE ÉTAT

Identification (NIR/NNP si c'est indiqué sur le formulaire) : _____

Date de dépôt de la demande : _____

Dossier de Madame/Monsieur (nom et prénom) : _____

Né(e) le : _____

☐ 1ère demande d'AME

> DEMANDE D'AME

Dossier remis par :
☐ demandeur ☐ autre majeur ☐ autre (à préciser) : _____

• **Complétude du formulaire :**

☐ Ressources complétées ☐ Date ☐ Signature

• **Présence des pièces justificatives :**

☐ Identité de chaque membre du foyer ☐ résidence ☐ ressources

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

• **Présence du formulaire photo** : . . . . . ☐ oui ☐ non
si non, cocher le motif :

☐ Mineur moins de 16 ans
☐ Hospitalisation
☐ Autre (à préciser) : _____

Signature et nom de la structure France service :

1165 Rpdf - 03/2024