

Demande d'aide médicale de l'Etat (AME)

(Articles L.251-1 à L.252-4, D.252-2 du code de l'Action sociale et des familles)

Si votre séjour en France n'est pas régulier, l'aide médicale de l'Etat peut prendre en charge vos dépenses de santé pour les soins dispensés en ville et dans un établissement de santé. Le droit à l'AME d'une durée de douze mois est conditionné, pour les personnes majeures, à une double condition de résidence en France (**3 mois minimum de séjour irrégulier**) et de ressources qui doivent être inférieures à un certain seuil. Si les conditions sont remplies, vous serez convoqué(e) pour la remise de votre carte d'admission à l'AME.

Le droit à l'AME est ouvert également pour les personnes qui se trouvent à votre charge : conjoint, partenaire d'un PACS, concubin, enfants mineurs, ou enfants jusqu'à l'âge de 21 ans s'ils poursuivent des études ou sont dans l'incapacité permanente de travailler, cohabitant(e) (personne non mentionnée précédemment qui se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois, par exemple, un neveu de 25 ans).

Même si vous ne remplissez pas la condition de résidence en France ou de ressources, vous pouvez dès à présent faire la demande pour les personnes mineures à votre charge sans avoir à joindre de justificatif de résidence ou de ressources.

Comment déposer votre demande ?

Pour une première demande, vous ou une autre personne majeure de votre foyer, devez vous présenter physiquement à l'accueil de l'organisme d'assurance maladie de votre lieu de résidence pour y déposer votre dossier. En cas de prise en charge dans un établissement de santé ou une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), votre dossier est transmis directement à votre organisme d'assurance maladie par l'établissement concerné (dans un délai de 8 jours).

Pour un renouvellement, vous pouvez envoyer directement votre dossier à votre organisme d'assurance maladie. Vous pouvez également le déposer auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale ou auprès des services sanitaires et sociaux de votre lieu de résidence, ou des associations ou organismes à but non lucratifs agréés à cet effet.

Peuvent déposer leur première demande, dans les mêmes conditions que pour une demande de renouvellement, les mineurs isolés, les personnes à mobilité réduite (sur présentation d'une attestation sur l'honneur de situation de handicap due à une diminution des capacités de déplacement), les personnes sous curatelle (tuteur doit présenter le jugement de tutelle/curatelle renforcée).

Le demandeur et les personnes à charge

Rubrique "Nom" :

indiquez votre nom de famille. Il s'agit du nom de naissance suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu).

Rubrique "Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e)" :

joignez à la demande une attestation de domiciliation établie par un Centre Communal ou Intercommunal d'Action Sociale (CCAS ou CIAS) ou un organisme agréé, ou une attestation sur l'honneur, établie par la personne qui vous héberge.

Vous devez joindre la copie **de l'un des documents suivants qui prouve votre identité et celle des personnes qui sont à votre charge (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e)) et vivent en France** :

- passeport (copie de toutes les pages y compris les vides),
- carte nationale d'identité (copie recto/verso),
- titre de séjour antérieurement détenu,
- extrait d'acte de naissance ou livret de famille,
- tout autre document de nature à attester l'identité du demandeur et celle des personnes à sa charge est autorisé, à condition qu'il comporte une photographie d'identité pour les personnes majeures.

Pour le (la) cohabitant(e), vous devez joindre une déclaration sur l'honneur, signée par vous-même et cette personne, attestant qu'elle vit sous votre toit et qu'elle se trouve à votre charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois.

Votre résidence en France

Vous résidez en France, en situation irrégulière, depuis plus de trois mois (c'est-à-dire au-delà de la période de validité du visa, de la période de dispense de visa ou de la période de libre circulation pendant laquelle vous êtes en situation régulière) :

Joignez la copie **du passeport indiquant la date d'entrée en France (toutes les pages, même blanches).**

Joignez également la copie **de l'un des documents ci-dessous datant de plus de trois mois* et de moins de douze mois** :

- contrat de location ou quittance de loyer,
- facture d'électricité, de gaz, d'eau, d'internet ou de téléphone fixe,
- avis d'impôt ou avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu (ASDIR), à la taxe foncière ou d'habitation,
- quittance de loyer ou facture d'électricité, de gaz, d'eau, d'internet ou de téléphone fixe établie au nom de l'hébergeant, accompagnée d'une attestation sur l'honneur signée par l'hébergeant lorsque le demandeur est hébergé par une personne physique,
- attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale,
- attestation de domiciliation établie par un organisme agréé, si vous n'avez pas de domicile,
- tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.

***datant de plus de six mois pour les ressortissants d'un Etat membre de l'Union Européenne ou partie à l'Espace Economique Européen ou de la Suisse et les ressortissants d'un Etat tiers dispensés de visa court séjour pour entrer dans l'espace Schengen.**

Vos ressources et celles des personnes à votre charge et obligation alimentaire

Indiquez la **nature** et le **montant** de vos **ressources** et de **celles des personnes à votre charge**, perçues en France et à l'étranger (imposables ou non), pendant les douze derniers mois (si vous avez plusieurs enfants, indiquez, dans la même colonne, le montant total de leurs ressources).

Joignez les **documents relatifs à vos ressources** en votre possession.

Les **ressources des membres de votre famille** habitant en France, en situation régulière (**père, mère, conjoint, enfants**), ne sont pas prises en compte pour vous attribuer l'aide médicale de l'Etat. En revanche, après votre admission à l'aide médicale, le préfet est habilité à leur demander le remboursement des sommes versées à ce titre.

Un contrôle de vos déclarations peut être opéré auprès de l'administration fiscale ou d'autres organismes (art. L.114-12, L.114-14 et L.114-19 du Code de la Sécurité Sociale).

Vous souhaitez corriger une erreur ? Vous avez besoin d'aide ?

Vous avez la possibilité de corriger les informations que vous avez déclarées dans ce formulaire en application du droit à l'erreur. Pour ce faire, ou si vous désirez des informations complémentaires, vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'assurance maladie : par téléphone au **3646** Service gratuit
prix appel ou consulter le site www.ameli.fr



17620*01

Demande d'aide médicale de l'Etat (AME)

(Articles L. 251-1 à L. 252-4 du Code de l'action sociale et des familles)

Le demandeur

Nom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

EXEMPLE

Prénom(s)

Camille

Date de naissance

14031991

Nationalité : Européenne *

☐

Autre pays

☒

N° de Sécurité sociale ou d'AME

(si vous en avez un)

N° d'allocataire

(allocations familiales - si vous en avez un)

Adresse en France

12 rue de l'Exemple

N° tél. portable

0639981234

Code postal

69003

Commune

Lyon

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e)

► cochez la case

☒

et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Avez-vous déjà bénéficié de l'AME ?

non

☒

si oui

☐

année

département :

• Si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours des trois derniers mois

► cochez la case

☐

IMPORTANT : lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME prend effet au jour d'entrée dans l'établissement ou la date des soins. Pour cela, il est nécessaire que la demande ait été présentée dans un délai de 90 jours à compter du jour de sortie de l'établissement ou de la délivrance des soins. Les droits sont alors ouverts rétroactivement. Vous devez fournir les justificatifs en votre possession concernant des soins reçus à l'hôpital ou en ville, précisant la date de début des soins ou de l'hospitalisation.

Votre résidence en France

- Vous résidez en France de façon stable depuis le
- 15112025
- (joignez les justificatifs mentionnés dans la notice)

Les personnes à votre charge résidant en France (conjoint(e), partenaire d'un PACS, concubin(e), enfants et cohabitant(e))

Nom	Prénom(s)	Lien de parenté	Date de naissance

Vos ressources et celles des personnes à votre charge

Indiquez les montants cumulés au cours des douze derniers mois et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Nature des ressources	Vous	Votre conjoint(e), partenaire d'un PACS ou concubin(e)	Enfant(s)	Cohabitant(e)
► Ressources perçues à l'étranger	0 €	€	€	€
► Salaires	0 €	€	€	€
► Pensions, retraites et rentes	0 €	€	€	€
► Autres ressources (aides financières, sommes d'argent versées par un tiers, etc) Précisez la nature	0 €	€	€	€
► Avez-vous perçu des prestations versées par l'assurance maladie, la caisse d'allocation familiale, le Pôle Emploi ?	oui ☐ non ☒	oui ☐ non ☐		oui ☐ non ☐
► Etes-vous logé(e) à titre gratuit ? Si oui, depuis quelle date ?	oui ☒ non ☐ 15/11/2025	oui ☐ non ☐		oui ☐ non ☐
► Pensions alimentaires versées	0 €	€		€

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale peut être retirée. Vous devrez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (article L. 252-3 du Code de l'action sociale et des familles). Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, art. L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Fait à

Lyon

, le

18102026

Signature du demandeur :

Ci-contre, cachet de l'organisme ainsi que les nom et coordonnées de la personne ayant aidé le demandeur à compléter le document

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données du traitement VISABIO auprès du ministère de l'europe et des affaires étrangères (direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire) ou du ministère de l'intérieur (direction de l'immigration). En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

* Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, République de Slovaquie, Roumanie, Sloénie, Suède, Suisse.



17620*01

IMPORTANT

Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, IMPERATIVEMENT, à cette demande, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgées de 16 ans et plus, mentionnée sur la demande d'AME.

Les photos, en couleur, sur fond blanc, doivent être prises de face, tête nue, être récentes et parfaitement ressemblantes.
NE PAS UTILISER D'AGRAFES NI D'ADHESIFS

► LE DEMANDEUR

• Nom

E X E M P L E

• Prénom(s)

C a m i l l e

• Date de naissance

1 4 0 3 1 9 9 1



• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance



• Nom

• Prénom(s)

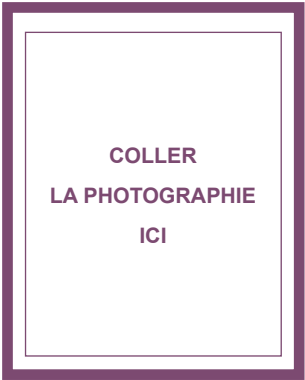
• Date de naissance



• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance



Attestation d'hébergement à titre gratuit

Je soussignée, **Dominique Exemple**, née le, domiciliée au,

certifie sur l'honneur héberger à titre gratuit ma sœur, **Camille EXEMPLE**, née le **14 mars 1991**, à mon domicile situé au **12 rue de l'Exemple, 69003 Lyon**, depuis le **15 novembre 2025**.

Je déclare exacts les renseignements fournis dans la présente attestation.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à, le

Signature de l'hébergeante :

.....