

FICHE PREALABLE A UNE DEMANDE DE PASS AMBULATOIRE

Contact tél.	Contact fax
01 71 90 50 50	01 40 86 75 79

pass@dac92nord.fr

Date de la demande : Demandeur :

Coordonnées :

LE PATIENT

NOM DE NAISSANCE* : PRENOM* :

NOM D'USAGE :

DATE DE NAISSANCE* : PAYS DE NAISSANCE* :

Si naissance en France : VILLE DE NAISSANCE* : CODE POSTAL* :

SEXE* : Femme Homme Autre Inconnu

CONSENTEMENT DOSSIER PARTAGE : OUI NON

Adresse du domicile :

Adresse de domiciliation (si différente) :

Téléphone : Portable :

Courriel :

Couverture sociale : OUI NON Conditions de vie : Seul(e) Entouré(e)

COUVERTURE SOCIALE

N° Sécurité Sociale ou AME :

Oui

PUMA (base) Complémentaire Santé individuelle AME jusqu'au : |_|_| / |_|_| / |_|_|

Complémentaire Santé Solidaire avec participation jusqu'au : |_|_| / |_|_| / |_|_|

Complémentaire Santé Solidaire sans participation jusqu'au : |_|_| / |_|_| / |_|_|

En cours

PUMA (Base) Complémentaire CSS AME

=> Envoyée le |_|_| / |_|_| / |_|_|

à la CPAM de :

Personne référente pour le dossier :

NON, motif :

N'a jamais fait la démarche

Présence en France < 3 mois – date d'entrée : |_|_| / |_|_| / |_|_|

Autre problème :

SITUATION SOCIALE DE LA PERSONNE

Situation régulière : nationalité française, nationalité européenne, titre de séjour, récépissé

Situation régulière : visa touristique en cours de validité jusqu'au

Situation irrégulière avec présence depuis plus de 3 mois

Situation irrégulière avec présence depuis moins de 3 mois

Je ne suis pas sûr de la réponse, précisez :

COMPOSITION ET REVENUS DU FOYER

Composition du foyer :

- Personne seule
- En couple, mariée, concubinage, etc.
- Nombre d'enfants à charge :

Sources de revenu (Personne concernée et autres membres du foyer) :

Montant approximatif des revenus du foyer :

Logement (Plusieurs réponses possibles)

- Autonome Famille Amis Hôtel Foyer Squat
- S.D.F. Hébergement thérapeutique C.H.U. Autre

Précarité sociale Non Oui

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Motif de CONSULTATION

Plan Personnalisé d'Accès aux Soins

Nécessité d'une couverture sociale Non Oui

Personne référente pour le dossier et date prévue de RDV:

Date d'ouverture des droits :

Nécessité d'une domiciliation ... Non Oui

Nom et date de RDV si adressé à une structure :

Nécessité d'orienter vers un médecin traitant Non Oui

Nom et date de RDV si adressé à un médecin :

Nécessité de prise en charge des frais de soins en attendant la régularisation de la couverture sociale :

Médecin généraliste..... Non Oui :

Spécialiste..... Non Oui :

Pharmacie..... Non Oui :

Laboratoire d'analyses Non Oui :

Radiologue..... Non Oui :

Autre professionnel de santé.... Non Oui :

Suivi de grossesse :

Date des dernières règles..... Et/ou Date de début de grossesse :

Maternité prévue pour l'accouchement :

MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DES ORDONNANCES ET SI NECESSAIRE LA DATE A LAQUELLE LES EXAMENS DOIVENT ETRE REALISES.

MERCI DE NOUS JOINDRE UNE COPIE D'UNE PIECE JUSTIFIANT L'IDENTITE DE LA PERSONNE.

Renvoyer le formulaire à pass@dac92nord.fr ou directement par Terr-eSanté