



CRRAE-UMOA
Caisse de Retraite par Répartition Avec Epargne
de l'Union Monétaire Ouest Africaine

FAAM

Fonds Autonome d'Assurance Maladie

FORMULAIRE N° 5

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE MEDICALE

MATRICULE ASSURE

IDENTIFICATION DE L'ASSURE(E) PRINCIPAL(E)

Nom et Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Adhérent :

E-mail :

Téléphone :

Télécopie :

IDENTIFICATION DU MALADE

LIEN FAMILIAL :

Assuré(e) principal(e)

Conjoint(e)

Enfant

Nom et Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

E-mail :

Téléphone :

Télécopie :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT ET/OU LA STRUCTURE SANITAIRE D'ACCUEIL

Nom & Adresse :

E-mail :

Téléphone :

Télécopie :

Traitement / Intervention envisagé(e) :

Montant du devis estimatif (joindre le devis) :

Signature du demandeur

Signature et Cachet du médecin traitant ou
de la structure sanitaire

CADRE RESERVE AU FAAM

Avis favorable

Refus

Date :

Observations :

A retenir :

- Hospitalisation programmée : En cas d'hospitalisation programmée, l'assuré doit adresser au FAAM, au moins cinq (05) jours avant la date de l'hospitalisation, une demande de prise en charge médicale accompagnée d'un devis estimatif.

- Hospitalisation d'urgence : En cas d'hospitalisation urgente, le médecin traitant ou la structure sanitaire d'accueil doit adresser au FAAM, au plus tard dans les 48 heures qui suivent l'hospitalisation, une demande de prise en charge médicale, accompagnée d'un devis estimatif.