



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

**FAAM**

# Fonds Autonome d'Assurance Maladie

## FORMULAIRE N° 6 DEMANDE D'EVACUATION SANITAIRE

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 : Le dossier de demande d'évacuation sanitaire est constitué d'un rapport médical circonstancié établi par le médecin traitant du prestataire demandant l'évacuation sanitaire envoyé à l'attention au médecin-conseil du FAAM sous pli fermé, d'un devis estimatif établi par le médecin ou la structure sanitaire d'accueil, le cas échéant complétés par les conditions d'hospitalisation et coordonnées du médecin ou de la structure sanitaire d'accueil, le cas échéant.