

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

Fonds Autonome d'Assurance Maladie

FORMULAIRE N° 2 FEUILLE DE SOINS

Remplir une feuille par malade et transmettre à la CRRAE-UMOA

N° FEUILLE

MATRICULE ASSURE

Assuré(e) principal(e) – Nom : **Prénom (s) :****Adresse :****E-mail :** **Téléphone/Télécopie :****Malade - Nom :** **Prénom (s) :** **Date de naissance :****Date de la maladie ou de l'accident :** **Nature de l'affection (I) :****Circonstances (en cas d'accident) :****Nom et adresse du tiers responsable :****Son assureur :** **P.V. ou Constat établi par :**

(I) Si le malade le désire, le médecin traitant peut préciser la nature de la maladie sous pli cacheté adressé au Médecin-conseil du FAAM.

RELEVÉ DES ACTES ET FRAIS
(à remplir par les praticiens et pharmaciens)

PRATICIENS				PHARMACIENS	
Date	Désignations des actes	Honoraires	Signature et cachet du praticien	Cachet du pharmacien	Montant de l'ordonnance