



CRRAE-UMOA

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

FAAM

Fonds Autonome d'Assurance Maladie

FORMULAIRE N° 4

DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

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 prestataire du FAAM est tenu avant d'engager des frais médicaux, de déposer auprès du médecin conseil du Fonds, une demande d'entente préalable accompagnée obligatoirement d'un devis estimatif. Le Fonds peut accepter la demande, c'est-à-dire autoriser le prestataire à débiter son traitement ou la refuser.