



**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)

<b>Nom et Prénoms :</b>		<b>Date de naissance :</b>	
<b>Adresse :</b>		<b>Adhérent :</b>	
<b>E-mail :</b>	<b>Téléphone :</b>	<b>Télécopie :</b>	

### IDENTIFICATION DU MALADE

<b>LIEN FAMILIAL :</b>	<input type="checkbox"/> Assuré(e) principal(e)	<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> Enfant
<b>Nom et Prénoms :</b>		<b>Date de naissance :</b>	
<b>Adresse :</b>			
<b>E-mail :</b>	<b>Téléphone :</b>	<b>Télécopie :</b>	

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

<b>Nom &amp; Adresse :</b>		
<b>E-mail :</b>	<b>Téléphone :</b>	<b>Télécopie :</b>
<b>Traitement / Intervention envisagé(e) :</b>		
<b>Montant du devis estimatif (joindre le devis) :</b>		
<b>Signature du demandeur</b>	<b>Signature et Cachet du médecin traitant ou de la structure sanitaire</b>	

### CADRE RESERVE AU FAAM

<input type="checkbox"/> Avis favorable	<input type="checkbox"/> Refus	<b>Date :</b>
<b>Observations :</b>		

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.