



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 :	<input type="checkbox"/> Assuré(e) principal(e)	<input type="checkbox"/> Conjoint(e)	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Avis favorable	<input type="checkbox"/> 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.