

# Fonds Autonome d'Assurance Maladie

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE MEDICALE (HOSPITALISATION, EXAMEN, ANALYSE MEDICALE, IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE)

<b>MATRICULE ASSURE(E)</b>

### 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>	
<b>IDENTIFICATION DU MALADE</b>			
<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>Objet de la prise en charge (joindre le devis) :</b>		
<b>Observations, cachet et signature</b>		

### CADRE RESERVE AU FAAM

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

- **actes programmés :** l'assuré adresse à la Caisse, par *WhatsApp*, courrier électronique ([faam@crcae.org](mailto:faam@crcae.org)) ou tout autre moyen, une demande de prise en charge médicale téléchargeable à l'adresse [www.crcae.org](http://www.crcae.org), dûment remplie, accompagnée d'un devis estimatif ;
- **cas d'urgence :** la structure sanitaire d'accueil délivre l'acte nécessaire et adresse à la Caisse pour règlement, l'original de la facture y afférente.