

Fonds Autonome d'Assurance Maladie

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

MATRICULE ASSURE(E)

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 :
Objet de la prise en charge (joindre le devis) :		
Observations, cachet et signature		

CADRE RESERVE AU FAAM

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

- **actes programmés** : l'assuré adresse à la Caisse, par *WhatsApp*, courrier électronique (faam@crcae.org) ou tout autre moyen, une demande de prise en charge médicale téléchargeable à l'adresse 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.