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

Fonds Autonome d'Assurance Maladie

FEUILLE DE SOINS

Remplir une feuille par malade et transmettre à la CRRAE-UMOA.

N° FEUILLE

MATRICULE ASSURE

Assuré(e) principal(e) – Nom :……**Prénom (s) :**……

Adresse :……

E-mail :……**Téléphone/Télécopie**. :……

Malade - Nom :……**Prénom (s) :**……**Date de naissance :**……

Date de la maladie ou de l'accident : …… **Nature de l'affection (1) :** ……

Circonstances (en cas d'accident) : ……

……

Nom et adresse du tiers responsable : ……

Son assureur : …… **P.V. ou Constat établi par :** ……

(1) Si le malade le désire, le médecin traitant peut préciser la nature de la maladie sous pli cacheté adressé au Médecin-conseil du FAAM-RRPC.

RELEVE DES ACTES ET FRAIS
(à remplir par les praticiens et pharmaciens)

PRATICIENS				**PHARMACIENS**	
Date	**Désignations des actes**	**Honoraires**	**Signature et cachet du praticien**	**Cachet du pharmacien**	**Montant de l'ordonnance**