

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 :	☐ Assuré(e) principal(e)	☐ Conjoint(e)	☐ 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

☐ Avis favorable	☐ Refus	Date :
Observations :		

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