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

FAAM

Fonds Autonome d'Assurance Maladie

FORMULAIRE N° 2

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.

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**

Complexe Immobilier CRRAE-UMOA, Rue OBIN Atsin, Riviera Bonoumin, Cocody • 01 BP 2056 Abidjan 01 - Côte d'Ivoire
Tel : (225) 25 22 01 83 83 • Email : faam@crrae.org • www.crrae.org