



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

FAAM

Fonds Autonome d'Assurance Maladie

FORMULAIRE N° 5

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE MEDICALE

MATRICULE ASSURE

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 :
Traitement / Intervention envisagé(e) :		
Montant du devis estimatif (joindre le devis) :		
Signature du demandeur	Signature et Cachet du médecin traitant ou de la structure sanitaire	

CADRE RESERVE AU FAAM-RRPC

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

A retenir :

- Hospitalisation programmée : En cas d'hospitalisation programmée, l'assuré doit adresser au FAAM-RRPC, au moins cinq (05) jours avant la date de l'hospitalisation, une demande de prise en charge médicale accompagnée d'un devis estimatif.
- Hospitalisation d'urgence : En cas d'hospitalisation urgente, le médecin traitant ou la structure sanitaire d'accueil doit adresser au FAAM-RRPC au plus tard dans les 48 heures qui suivent l'hospitalisation, une demande de prise en charge médicale, accompagnée d'un devis estimatif.