CMS Choisissez un élément.

Choisissez un élément.

Demande de prise en charge de frais médicaux extraordinaires

1. **Coordonnées du bénéficiaire**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Numéro cantonal |  |
| Commune |  |
| Assistant social |  |

1. **Motif(s) de la demande et précisions**

Veuillez joindre les justificatifs (police d’assurance-maladie, justificatifs des frais de santé, certificat médical, ordonnances, …)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Coût |  | | | |
| Durée / prise en charge demandée | Du : |  | Au : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Date |  |

Signature CMS / CRVS :

1. **Préavis du Service de l’action sociale**

La demande est préavisée favorablement

La demande est préavisée négativement

Remarques et précisions sur le préavis:

|  |  |
| --- | --- |
| Date |  |

Signature SAS :