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 :