

**ANNEXE 14**  
**MASP / MAESF – Fiche de liaison**  
**Prise en charge financière de l'expertise médicale**

**Date :**

**BENEFICIAIRE :**

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....

**NOM et COORDONNEES du Travailleur Social :**

**Contexte de la demande d'expertise médicale :**

**Evaluation des possibilités de financement (par le bénéficiaire, autres...) :**

**Montant du financement sollicité :**

**Date, nom et signature**

**Avis motivé du cadre de la DTAS :**

**Avis sur la prise en charge du certificat médical :**

**Favorable** → **Montant préconisé :**

**Défavorable**

**Observations :**

**Date, nom et signature**

**Décision SASOL au vue de l'enveloppe :**

**Accord** → **Montant Accordé :**

**Rejet**

**Observations :**

**Date, nom et signature**