



## EXONERATION DU TICKET MODERATEUR

Identification de l'assuré	Bénéficiaire :
	Matricule : .....
	NOM : ..... Prénoms : .....
	Né(e) le : .....
	Assuré(e) :
NOM : ..... Prénoms : .....	
Né(e) le : ..... LF : .....	

Affections	Affection principale :
	(arguments cliniques et résultats complémentaires significatifs) .....
	.....
Date de début de la pathologie : .....	
Autres affections :	
.....	
.....	
.....	

Schéma thérapeutique initial	<input type="checkbox"/> CHIRURGIE	
	<input type="checkbox"/> RADIOTHERAPIE	
	<input type="checkbox"/> CHIMIOOTHERAPIE: PROTOCOLE	Durée prévue : .....
		Rythme des séances : .....
	<input type="checkbox"/> AUTRE TRAITEMENT : ..... ..... .....	MODALITES DE SURVEILLANCE (périodicité et nature des examens complémentaires envisagés) ..... .....

Fait à ..... le .....

Signature et cachet du praticien

« Formulaire confidentiel réservé à l'information du Médecin-Conseil »