



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 »

« En vertu des dispositions de la Loi n°1165 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Pour plus d'informations sur les traitements mis en œuvre, vous pouvez consulter la rubrique « Protection des données nominatives » sur le site internet www.caisses-sociales.mc »