



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** »