



**EXONERATION DU TICKET MODERATEUR**

**MALADIE 22** (POLYARTHRITE RHUMATOÏDE)

**MALADIE 24** (RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE ET MALADIE DE CROHN)

**MALADIE 27** (SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE GRAVE)

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

Affections	Clinique et retentissement(s) fonctionnel(s) : .....
	.....
	Fréquence des poussées : .....
	Date de la dernière poussée : .....
	Date de début de la pathologie : .....
	→ <b>POUR LA MALADIE 24 (RCH – CROHN)</b>
	Résultat dernière endoscopie digestive et biopsie : .....
	.....
→ <b>POUR LA MALADIE 22 ET 27 (PAR ET SPA)</b>	
Résultats des dernières biologies +/- biopsies et résultat imagerie : .....	
.....	

Schéma Thérapeutique	Chirurgie : .....
	.....
	Traitement de Fond : .....
	.....
	Traitement des Poussées : .....
.....	
Modalités 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](http://www.caisses-sociales.mc) »

GA - 201711130947