



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 :	.....
	
	→ POUR LA MALADIE 24 (RCH – CROHN)	
	Résultat dernière endoscopie digestive et biopsie :	.....
	
	→ POUR LA MALADIE 22 ET 27 (PAR ET SPA)	
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 »

GA - 201711130947