



EXONERATION DU TICKET MODERATEUR

MALADIE 22 (POLYARTHRITE RHUMATOÏDE)

MALADIE 24 (RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE 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 »

GA –202001100325

En vertu des dispositions de la Loi n°1.565, vous disposez notamment 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 personnelles » sur le site internet www.caisses-sociales.mc