



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 biologiques +/- 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** »