

**personne recevant les soins**

• **identification de la personne recevant les soins**

nom et prénom (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se)) [REDACTED]  
 adresse 0 [REDACTED]  
 5 [REDACTED]  
 numéro d'immatriculation [REDACTED]  
 si ce numéro d'immatriculation n'est pas connu, remplissez la ligne suivante  
 date de naissance de la personne recevant les soins [REDACTED]

• **identification de l'assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))**

nom et prénom de l'assuré(e) (suivis, s'il y a lieu, du nom d'époux(se)) [REDACTED]  
 numéro d'immatriculation de l'assuré(e) [REDACTED]

**information(s) concernant la maladie**

• **diagnostic(s) de l'(des) affection(s) de longue durée motivant la demande et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début**

1	rétinite pigmentaire	0	1	0	1	2	0	1	1
2									
3									

• **arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents (dans le cas de polyopathie invalidante décrire l'état invalidant)**

Eléments médicaux: Rétinite pigmentaire lentement progressive, non améliorable, acuité visuelle 8/10 OD, 4/10 OG, altération de la vision des couleurs, cécité nocturne, rétrécissement du champ visuel. Cataracte bilatérale opérée à droite.  
 Champ visuel incompatible avec la conduite.

**actes et prestations concernant la maladie (à compléter par votre médecin traitant)**

spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux	(1)	suivi biologique prévu (type d'actes)	(1)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	recours à des spécialistes (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé prévu)	(1)
	<input type="checkbox"/>	Ophthalmologiste	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	recours à des professionnels de santé para-médicaux	(1)
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(1) Sont exclus du bénéfice de l'exonération du ticket modérateur, les éléments cochés par le médecin conseil, qui seront pris en charge selon les conditions du droit commun.

durée prévisible des soins : [REDACTED] durée prévisible de l'arrêt de travail, s'il y a lieu : 6 mois  
 reclassement professionnel envisagé : oui  non

**proposition du médecin traitant (cocher la(les) case(s) correspondante(s))**

ALD non exonérante  ALD 30 (liste)  ALD hors liste  polyopathie invalidante  autre

**décision du médecin conseil**

accord au titre de (2) 1 du 0 1 0 1 2 0 1 1 au 0 1 0 1 2 0 1 3 pour rétinite pigmentaire  
 accord au titre de (2) [ ] du [ ] au [ ] pour [ ]  
 accord au titre de (2) [ ] du [ ] au [ ] pour [ ]

(2) Le médecin conseil reporte le chiffre correspondant à la situation adéquate listée dans la rubrique précédente (1 pour ALD non exonérante, 2 pour ALD 30....)

refus  nature et motif du refus [REDACTED]

date 0 2 0 2 2 0 1 3 protocole valable jusqu'au 0 1 0 1 2 0 1 3

signature et cachet du médecin traitant: RICHARD TALBOT N°: 501020390  
 cachet de r'établissement ou du centre de référence [REDACTED]  
 signature et cachet du médecin conseil [REDACTED]