

Ce document est réservé exclusivement aux médecins exerçant à l'étranger

La CFE, sous certaines conditions peut accorder une prise en charge améliorée de certaines pathologies de longue durée.

Le médecin signataire de ce document certifie que le patient :

NOM _____ PRENOM _____ né le __/__/____ à _____

Et immatriculé sous le numéro _____ à la CFE est atteint d'une ou des pathologies suivantes :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral invalidant ;<input type="checkbox"/> Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;<input type="checkbox"/> Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;<input type="checkbox"/> Bilharziose compliquée ;<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;<input type="checkbox"/> Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;<input type="checkbox"/> Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficiência humaine (VIH) ;<input type="checkbox"/> Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;<input type="checkbox"/> Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;<input type="checkbox"/> Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;<input type="checkbox"/> Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;<input type="checkbox"/> Maladie coronaire ;<input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire chronique grave ;<input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer et autres démences ;<input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson ;<input type="checkbox"/> Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;<input type="checkbox"/> Mucoviscidose ;<input type="checkbox"/> Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ; | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Paraplégie ;<input type="checkbox"/> Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;<input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde évolutive ;<input type="checkbox"/> Affections psychiatriques de longue durée ;<input type="checkbox"/> Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;<input type="checkbox"/> Sclérose en plaques ;<input type="checkbox"/> Scoliose idiopathique structurale évolutive ;<input type="checkbox"/> Spondylarthrite grave ;<input type="checkbox"/> Suites de transplantation d'organe ;<input type="checkbox"/> Tuberculose active, lèpre ;<input type="checkbox"/> Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique ;<input type="checkbox"/> Maladie graves (exclues de la liste ci-dessus) qui évoluent sur une durée prévisible supérieure à 6 mois et qui nécessitent des soins continus et/ou un arrêt de travail d'une durée prévisible de 6 mois et plus ;<input type="checkbox"/> Polypathologie invalidante : plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant nécessitant un traitement d'une durée prévisible supérieure à six mois et particulièrement coûteux en raison du coût ou de la fréquence des actes, prestations et traitements ;<input type="checkbox"/> Enfants atteints de surdité bilatérale profonde ;<input type="checkbox"/> Diagnostic et traitement de la stérilité ;<input type="checkbox"/> Soins aux mineurs victimes de sévices sexuels. |
|--|---|

Merci de joindre un certificat médical détaillant le suivi thérapeutique et médical en cours et à venir.

Fait le __/__/____ à _____

Signature et cachet du médecin

This document is reserved exclusively for doctors practicing abroad

The CFE, under conditions, may provide improved coverage of some long-term pathologies.

The physician signing this document certifies that the patient :

NAME _____ SURNAME _____ born on ___/___/___ in _____

And registered under the number _____ at CFE has one or more of the following pathologies:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> debilitating stroke; | <input type="checkbox"/> Paraplegia; |
| <input type="checkbox"/> bone marrow failure and other chronic cytopenias; | <input type="checkbox"/> Vasculitides, systemic lupus erythematosus, systemic scleroderma; |
| <input type="checkbox"/> Chronic arteriopathies with ischemic manifestations; | <input type="checkbox"/> Progressive rheumatoid arthritis; |
| <input type="checkbox"/> Complicated bilharziasis; | <input type="checkbox"/> Long-term psychiatric conditions; |
| <input type="checkbox"/> Severe heart failure, severe rhythm disorders, severe valvular heart disease, severe congenital heart disease; | <input type="checkbox"/> Hemorrhagic rectocolitis and progressive Crohn's disease; |
| <input type="checkbox"/> Chronic active liver diseases and cirrhoses; | <input type="checkbox"/> Multiple sclerosis; |
| <input type="checkbox"/> Severe primary immunodeficiency requiring prolonged treatment, human immunodeficiency virus (HIV) infection; | <input type="checkbox"/> Progressive idiopathic structural scoliosis; |
| <input type="checkbox"/> Type 1 diabetes and type 2 diabetes; | <input type="checkbox"/> Severe spondylitis; |
| <input type="checkbox"/> Severe forms of neurological and muscular disorders (including myopathy), severe epilepsy; | <input type="checkbox"/> Organ transplant follow-up; |
| <input type="checkbox"/> Severe constitutional and acquired hemoglobinopathies and hemolysis; | <input type="checkbox"/> Active tuberculosis, leprosy; |
| <input type="checkbox"/> Hemophilias and severe constitutional hemostasis disorders; | <input type="checkbox"/> Malignant tumor, malignant disease of lymphatic or hematopoietic tissue; |
| <input type="checkbox"/> Coronary heart disease; | <input type="checkbox"/> Serious illnesses (excluded from the above list) with a foreseeable duration of more than 6 months, requiring continuous care and/or work stoppage for a foreseeable duration of 6 months or more; |
| <input type="checkbox"/> Severe chronic respiratory insufficiency; | <input type="checkbox"/> Disabling polyopathy: several conditions leading to a disabling pathological state requiring treatment for a foreseeable period of more than six months, and which are particularly costly due to the cost or frequency of procedures, benefits and treatments; |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's disease and other dementias; | <input type="checkbox"/> Children with profound bilateral deafness; |
| <input type="checkbox"/> Parkinson's disease; | <input type="checkbox"/> Diagnosis and treatment of infertility; |
| <input type="checkbox"/> Hereditary metabolic diseases requiring long-term specialized treatment; | <input type="checkbox"/> Care for sexually abused minors. |
| <input type="checkbox"/> Cystic fibrosis; | |
| <input type="checkbox"/> Severe chronic kidney disease and primary nephrotic syndrome; | |

Please enclose a medical certificate detailing current and future medical and therapeutic treatment.

Signed on ___/___/___ in _____

Signature and seal

Este documento está reservado exclusivamente a médicos que ejercen en el extranjero

En determinadas condiciones, el CFE puede ofrecer una cobertura mejorada para ciertas enfermedades de larga duración.

El médico que firma este documento certifica que el paciente :

APELLIDO _____ NOMBRE _____ nacido el ___/___/___ en _____

Y registrado en la CFE con el número _____ padece una o más de las siguientes afecciones:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular incapacitante; | <input type="checkbox"/> Vasculitis, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia sistémica; |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia de la médula ósea y otras citopenias crónicas; | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide progresiva; |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad arterial crónica con manifestaciones isquémicas; | <input type="checkbox"/> Afecciones psiquiátricas de larga duración; |
| <input type="checkbox"/> Bilharziasis complicada; | <input type="checkbox"/> Rectocolitis hemorrágica y enfermedad de Crohn activa; |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca grave, trastornos graves del ritmo, valvulopatías graves, cardiopatías congénitas graves; | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple; |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática activa crónica y cirrosis; | <input type="checkbox"/> Escoliosis estructural idiopática progresiva; |
| <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia primaria grave que requiere tratamiento prolongado, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); | <input type="checkbox"/> Espondilitis grave; |
| <input type="checkbox"/> Diabetes de tipo 1 y diabetes de tipo 2; | <input type="checkbox"/> Tras trasplante de órganos; |
| <input type="checkbox"/> Formas graves de trastornos neurológicos y musculares (incluidas miopatías), epilepsia grave; | <input type="checkbox"/> Tuberculosis activa, lepra; |
| <input type="checkbox"/> Hemoglobinopatías constitucionales y adquiridas graves y hemólisis; | <input type="checkbox"/> Tumor maligno, trastorno maligno del tejido linfático o hematopoyético; |
| <input type="checkbox"/> Hemofilias y trastornos constitucionales graves de la hemostasia; | <input type="checkbox"/> Enfermedades graves (excluidas de la lista anterior) que se desarrollan durante un periodo previsible superior a 6 meses y que requieren cuidados continuos y/o ausencia del trabajo durante un periodo previsible igual o superior a 6 meses; |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria; | <input type="checkbox"/> Patología múltiple invalidante: varias afecciones que conducen a un estado patológico invalidante que requiere tratamiento durante un periodo previsible de más de seis meses y que es especialmente oneroso debido al coste o la frecuencia de los procedimientos, prestaciones y tratamientos; |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia respiratoria crónica grave; | <input type="checkbox"/> Niños con sordera bilateral profunda; |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer y otras demencias; | <input type="checkbox"/> Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad; |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson; | <input type="checkbox"/> Atención a menores que han sufrido abusos sexuales. |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades metabólicas hereditarias que requieren un tratamiento especializado prolongado; | |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística; | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica grave y síndrome nefrótico primario; | |
| <input type="checkbox"/> Paraplejía; | |

Por favor, adjunte un certificado médico detallando el tratamiento médico y terapéutico actual y futuro.

Hecho el ___/___/___ en _____

Firma y sello