

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"> ☐ Accident vasculaire cérébral invalidant ; ☐ Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ; ☐ Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ; ☐ Bilharziose compliquée ; ☐ Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ; ☐ Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ; ☐ Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ; ☐ Diabète de type 1 et diabète de type 2 ; ☐ Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ; ☐ Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ; ☐ Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ; ☐ Maladie coronaire ; ☐ Insuffisance respiratoire chronique grave ; ☐ Maladie d'Alzheimer et autres démences ; ☐ Maladie de Parkinson ; ☐ Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ; ☐ Mucoviscidose ; ☐ Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ; | <ul style="list-style-type: none"> ☐ Paraplégie ; ☐ Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ; ☐ Polyarthrite rhumatoïde évolutive ; ☐ Affections psychiatriques de longue durée ; ☐ Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ; ☐ Sclérose en plaques ; ☐ Scoliose idiopathique structurale évolutive ; ☐ Spondylarthrite grave ; ☐ Suites de transplantation d'organe ; ☐ Tuberculose active, lèpre ; ☐ Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique ; ☐ 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 ; ☐ 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 ; ☐ Enfants atteints de surdité bilatérale profonde ; ☐ Assistance médicale à la procréation ou diagnostic et traitement de la fertilité ; ☐ 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:

- | | |
|---|---|
| ☐ debilitating stroke; | ☐ Paraplegia; |
| ☐ bone marrow failure and other chronic cytopenias; | ☐ Vasculitides, systemic lupus erythematosus, systemic scleroderma; |
| ☐ Chronic arteriopathies with ischemic manifestations; | ☐ Progressive rheumatoid arthritis; |
| ☐ Complicated bilharziasis; | ☐ Long-term psychiatric conditions; |
| ☐ Severe heart failure, severe rhythm disorders, severe valvular heart disease, severe congenital heart disease; | ☐ Hemorrhagic rectocolitis and progressive Crohn's disease; |
| ☐ Chronic active liver diseases and cirrhoses; | ☐ Multiple sclerosis; |
| ☐ Severe primary immunodeficiency requiring prolonged treatment, human immunodeficiency virus (HIV) infection; | ☐ Progressive idiopathic structural scoliosis; |
| ☐ Type 1 diabetes and type 2 diabetes; | ☐ Severe spondylitis; |
| ☐ Severe forms of neurological and muscular disorders (including myopathy), severe epilepsy; | ☐ Organ transplant follow-up; |
| ☐ Severe constitutional and acquired hemoglobinopathies and hemolysis; | ☐ Active tuberculosis, leprosy; |
| ☐ Hemophilias and severe constitutional hemostasis disorders; | ☐ Malignant tumor, malignant disease of lymphatic or hematopoietic tissue; |
| ☐ Coronary heart disease; | ☐ 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; |
| ☐ Severe chronic respiratory insufficiency; | ☐ Disabling polypathology: 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; |
| ☐ Alzheimer's disease and other dementias; | ☐ Children with profound bilateral deafness; |
| ☐ Parkinson's disease; | ☐ Medically assisted procreation or fertility diagnosis and treatment ; |
| ☐ Hereditary metabolic diseases requiring long-term specialized treatment; | ☐ Care for sexually abused minors. |
| ☐ Cystic fibrosis; | |
| ☐ 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:

- | | |
|---|---|
| ☐ Accidente cerebrovascular incapacitante; | ☐ Vasculitis, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia sistémica; |
| ☐ Insuficiencia de la médula ósea y otras citopenias crónicas; | ☐ Artritis reumatoide progresiva; |
| ☐ Enfermedad arterial crónica con manifestaciones isquémicas; | ☐ Afecciones psiquiátricas de larga duración; |
| ☐ Bilharzias complicada; | ☐ Rectocolitis hemorrágica y enfermedad de Crohn activa; |
| ☐ Insuficiencia cardíaca grave, trastornos graves del ritmo, valvulopatías graves, cardiopatías congénitas graves; | ☐ Esclerosis múltiple; |
| ☐ Enfermedad hepática activa crónica y cirrosis; | ☐ Escoliosis estructural idiopática progresiva; |
| ☐ Inmunodeficiencia primaria grave que requiere tratamiento prolongado, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); | ☐ Espondilitis grave; |
| ☐ Diabetes de tipo 1 y diabetes de tipo 2; | ☐ Tras trasplante de órganos; |
| ☐ Formas graves de trastornos neurológicos y musculares (incluidas miopatías), epilepsia grave; | ☐ Tuberculosis activa, lepra; |
| ☐ Hemoglobinopatías constitucionales y adquiridas graves y hemólisis; | ☐ Tumor maligno, trastorno maligno del tejido linfático o hematopoyético; |
| ☐ Hemofilias y trastornos constitucionales graves de la hemostasia; | ☐ 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; |
| ☐ Enfermedad coronaria; | ☐ 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; |
| ☐ Insuficiencia respiratoria crónica grave; | ☐ Niños con sordera bilateral profunda; |
| ☐ Enfermedad de Alzheimer y otras demencias; | ☐ Diagnóstico y tratamiento de reproducción asistida medicamente o fertilidad ; |
| ☐ Enfermedad de Parkinson; | ☐ Atención a menores que han sufrido abusos sexuales. |
| ☐ Enfermedades metabólicas hereditarias que requieren un tratamiento especializado prolongado; | |
| ☐ Fibrosis quística; | |
| ☐ Enfermedad renal crónica grave y síndrome nefrótico primario; | |
| ☐ Paraplejía; | |

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

Hecho el ____/____/____ en _____

Firma y sello