



PROTOCOLE DE SOINS / CARE PROTOCOL

IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT OU DE L'ÉTABLISSEMENT / IDENTIFICATION OF THE FAMILY DOCTOR OR INSTITUTION / ANGABEN ZUM BEHANDELNDEN ARZT ODER ZUR MEDIZINISCHEN EINRICHTUNG / IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA O DE LA INSTITUCIÓN SANITARIA

Nom / Name / Name / Nombre : Prénom / Surname / Vorname / Apellidos :

ou Nom de l'établissement / or Institution name / oder Name der medizinischen Einrichtung / o nombre de la institución :

Service (si établissement) / Department (in case of institution) / Abteilung (falls es sich um eine Einrichtung handelt) / Servicio (en el caso de Institución sanitaria) :

Adresse / Address / Anschrift / Domicilio :

Téléphone / Phone / Telefon / teléfono : Fax :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ / DETAILS OF THE INSURED PERSON / ANGABEN ZUM VERSICHERTEN / DATOS DEL ASEGURADO

Nom / Name / Name / Nombre : Prénom / Surname / Vorname / Apellidos :

Número d'immatriculation / Insurance number / Versicherungsnummer / Número de Seguridad

Social française

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE DES SOINS / DETAILS OF THE PATIENT / ANGABEN ZUR BEHANDELTEN PERSON / DATOS DE LA PERSONA ASISTIDA

Nom / Name / Name / Nombre : Prénom / Surname / Vorname / Apellidos :

Date de naissance / Date of birth / Geburtsdatum / Fecha de nacimiento :

INFORMATIONS CONCERNANT LA MALADIE / INFORMATION ABOUT DISEASE / ANGABEN ZUR KRANKHEIT / INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD

Diagnostic(s) de l' (des) affection(s) de longue durée et sa (leurs) date(s) présumée(s) de début / Diagnosis of long term disease(s) and probable date(s) of onset / Diagnose des/der längerwährenden Leidens und deren wahrscheinlicher Beginn / Diagnóstico(s) de la(s)patología(s) de larga duración y su(s) presunta(s) fecha(s) de inicio

.....

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents significatifs / Clinical findings and results of the last relevant special investigations / Klinische Fakten und Befunde zu zusätzlichen, neueren und bedeutenden Untersuchungen / Argumentos clínicos y resultados de los exámenes complementarios significativos de fecha reciente

.....

En cas d'hospitalisation (joindre le compte-rendu) / In case of hospitalization (please, enclose the medical report) / Bei Krankenhausaufenthalt (fügen Sie bitte den Krankenhausbericht bei) / En caso de ingreso (favor de unir el informe médico)

Date d'entrée

Date of admission / Eintrittsdatum / fecha de admisión

ACTES ET PRESTATIONS CONCERNANT LA MALADIE / ACTS AND ALLOWANCES RELATING TO THE ILLNESS / BEHANDLUNGEN UND LEISTUNGEN HINSICHTLICH DER KRANKHEIT / ACTOS Y PRESTACIONES RELATIVOS A LA ENFERMEDAD

Spécialités pharmaceutiques ou classes thérapeutiques ou dispositifs médicaux / Proprietary drugs or therapeutic classification or medical devices / Pharmazeutische Spezialitäten oder therapeutische Klassen oder Medizinprodukte / Especialidades farmacéuticas o clases terapéuticas o dispositivos médicos

Suivi biologique prévu (type d'actes) / Biological monitoring planned (nature of acts) / Geplante Laboruntersuchungen (Art der Untersuchungen) / Seguimiento biológico

.....

Recours à des spécialités (préciser la spécialité et le type d'acte spécialisé) / Recourse to specialists (specify the speciality and the type of specialist act) / Inanspruchnahme von Fachärzten (Fachgebiet und Art der Behandlung angeben) / Recurso a especialistas (precisar la especialidad y el tipo de acto especializado)

.....

Recours à des professionnels de santé para-médicaux / Recourse to paramedical healthcare professionals / Inanspruchnahme paramedizinischen Fachpersonals / Recurso a profesionales de la sanidad paramédicos

.....

Date

Signature et cachet du médecin traitant / Signature and stamp of the family doctor / Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes / Firma y sello del médico de cabecera

Ce protocole de soins, élaboré par votre médecin traitant, a fait l'objet d'un accord de prise en charge par l'assurance maladie dans le cadre de la reconnaissance de votre affection ou de vos affections de longue durée.

N'oubliez pas de signer ce document et de le présenter à tout médecin consulté en France

Protocole valable jusqu'au Signature de la personne recevant les soins ou de son représentant légal

Date

Signature et cachet du médecin conseil

**PROTOCOLE DE SOINS¹ / CARE PROTOCOL /
BEHANDLUNGSPROTOKOLL / PROTOCOLO DE TRATAMIENTOS**

NOTICE D'INFORMATION À L'ATTENTION DU PATIENT

En cas d'affection de longue durée nécessitant des soins continus et/ou un arrêt de travail de 4 mois ou plus, votre organisme d'assurance maladie doit procéder périodiquement à un examen de votre état de santé. Cet examen est réalisé conjointement par votre médecin traitant et le médecin conseil de la Caisse en vue de déterminer le traitement et le suivi les plus appropriés. Il donne lieu à l'établissement d'un protocole de soins.

Si votre médecin traitant en est d'accord, demandez-lui de compléter ce document et de l'insérer dans l'enveloppe jointe. Adressez-le ensuite, pour avis, au médecin conseil de la CFE.

Si vous êtes reconnu(e) atteint(e) d'une affection exonérante, le volet 2 de ce protocole vous sera retourné ; il est à conserver et à signer par vos soins dès sa réception (le volet 1 est conservé par le service médical). Vous bénéficierez alors d'une prise en charge à 100 % de vos dépenses médicales à l'étranger ; le remboursement à 100 % s'entendant des tarifs français de sécurité sociale et non des dépenses réelles engagées.

Pour les soins éventuellement dispensés en France, seules les prestations en rapport avec l'affection de longue durée, indiquées dans le protocole de soins seront prises en charge à 100 % (les actes et prestations cochés par le médecin conseil ne bénéficieront pas d'une telle prise en charge : remboursement avec ticket modérateur à votre charge).

Pour se faire, vous devez systématiquement présenter aux professionnels de santé consultés en France, le volet 2 du protocole de soins en votre possession.

En cas d'avis défavorable émis par notre médecin conseil, le protocole de soins sera conservé par le service médical et une notification de refus vous sera adressée.

**INFORMATIONS À L'ATTENTION DU MÉDECIN TRAITANT / INFORMATION FOR THE FAMILY DOCTOR / FÜR DEN BEHANDELNDEN
ARZT BESTIMMTE ANGABEN / INFORMACIONES DESTINADAS AL MEDICO DE CABECERA**

La législation de Sécurité sociale française prévoit pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée qui nécessite des soins continus et/ou un arrêt de travail de 4 mois ou plus, une procédure d'examen spécial du malade.

Si tel est le cas de votre patient et sous réserve de son accord, nous vous serions reconnaissants de compléter le présent document.

Il est important de fournir un maximum de renseignements médicaux et notamment le programme thérapeutique détaillé et ce dans l'intérêt de votre patient qui pourra éventuellement bénéficier d'une meilleure prise en charge.

Une fois complété, insérez ce document dans l'enveloppe jointe et remettez-le à notre adhérent qui le transmettra au service médical de la CFE.

Nous vous remercions de votre collaboration.

An action for special medical examination is laid down by the French Social Security law for persons with long-term diseases needing continuing care and/or a 4 months sick leave at least.

If it is your patient's case, subject to his/her agreement could you please complete this form.

You must provide as many medical details as possible and especially, the full therapeutical plan and this, in the best interest of your patient for the best coverage possible.

Please put the form duly completed into the enclosed envelope and give it to our client who will forward it to the medical department of our institution (CFE).

We thank you very much in advance.

Die französische Sozialgesetzgebung sieht für Personen, die unter einer längerwährenden Krankheit leiden, die einer ständigen Behandlung bedarf und / oder eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 4 Monaten mit sich bringt, ein besonderes Untersuchungsverfahren vor.

Falls dies für Ihren Patienten zutrifft und dieser damit einverstanden ist, wären wir Ihnen dankbar das nachfolgende Schriftstück auszufüllen.

Im Interesse Ihres Patienten, ist es wichtig möglichst viele medizinische Einzelheiten mitzuteilen, vor allem auch die einzelnen therapeutischen Maßnahmen, damit dieser gegebenenfalls von einer besseren Kostenbeteiligung profitieren kann.

Das ausgefüllte Schriftstück legen Sie bitte in den dafür vorgesehenen Umschlag und überreichen Sie ihn unserem Mitglied, das dieses Schriftstück unserem medizinischem Dienst zukommen lassen wird.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Según la normativa de la Seguridad Social francesa, las personas que padezcan una enfermedad de larga duración que requiera asistencia continua y/o una baja laboral de 4 meses o más, deben ser sometidas a un examen médico especial.

Si este es el caso de su paciente y si Ud. está conforme, le agradeceríamos se sirva cumplimentar este documento.

En beneficio de su paciente y para una mejor asunción de sus gastos médicos por parte de esta Entidad, es importante que Usted aporte la máxima información médica posible, y en particular el plan terapéutico detallado.

Después de cumplimentar el presente documento, deberá Ud. insertarlo en el sobre adjunto, entregándolo a nuestro Afiliado, quien lo remitirá a la Unidad Médica de la CFE.

Le damos las gracias anticipadas por su colaboración.

¹ Articles L324-1, L322-3-3° et 4° et D322-1 du Code de la sécurité sociale

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.