

**DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE POUR UN TRAITEMENT
D'ASSISTANCE RESPIRATOIRE DE LONGUE DURÉE, A DOMICILE**
(Art. R 165-23 du Code de la sécurité sociale - arrêtés des 30 août 1989, 26 juin 2003 et 28 octobre 2008)

Demande initiale (1) Prolongation (1) Prescription modifiée (1)

A compter du _____

VOLET 2
A CONSERVER
PAR LE
SERVICE ADMINISTRATIF

A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E) (2)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

N° D'IMMATRICULATION _____
 NOM (Suivi, s'il y a lieu, du nom d'épouse) _____
 PRÉNOM _____
 ADRESSE _____

 ORGANISME D'AFFILIATION _____

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE DE LA DEMANDE

ACTIVITÉ SALARIÉE OU ARRÊT DE TRAVAIL
 ACTIVITÉ NON SALARIÉE
 SANS EMPLOI ➔ Date de cessation d'activité _____
 PENSIONNÉ(E)
 AUTRE CAS, lequel _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

S'agit-il d'un accident ? OUI NON Date de cet accident _____
 Si le malade est PENSIONNÉ(E) DE GUERRE et si la demande concerne l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case
SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)
 NOM _____
 Prénom _____
 Sexe M F Date de naissance _____
 Lien avec l'assuré(e)
 Conjoint Autre membre de la famille
 Enfant Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)
 Exerce-t-il habituellement une activité professionnelle ou est-il titulaire d'une pension ? OUI NON

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Signature de l'assuré(e) ➔ _____

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN (2)

TRAITEMENT PRESCRIT

Est-il en rapport avec une affection de longue durée ?
 reconnue sur liste OUI NON reconnue hors liste OUI NON

	Poste fixe	Déambulation (1)	Durée (h/j)	Débit (l/mn)
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie par concentrateur				
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie gazeuse par bouteille				
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie liquide				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique à l'embout buccal				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par masque nasal				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par trachéotomie				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par prothèse extra-thoracique				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par pression positive continue				
<input type="checkbox"/> Orthèse d'avancée mandibulaire sur mesure de type ORM (voir notice - point 3)				
<input type="checkbox"/> Aspiration sans ventilation sur trachéotomie				
<input type="checkbox"/> Autres : _____				

APPAREILLAGE PRESCRIT

A l'acte (hors association)
 Association : Nom _____
 Adresse _____

 Forfait soins n° _____

MATÉRIEL	Concentrateur	Respirateur (1)	Mat. O2 liquide	Autres
MARQUE				
TYPE				

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Date _____

Signature _____

Pneumologue Réanimateur Généraliste Autre _____

AVIS DU CONTRÔLE MÉDICAL

Avis favorable du _____ au _____
 Forfait association Location Achat
 Avis défavorable MOTIF _____

 Date _____
 Signature _____

DÉCISION DE L'ORGANISME

Accord jusqu'au _____
 Forfait association Location Achat
 Taux de remboursement _____ %
 Refus ➔ MOTIF (voir notification jointe)

 Date _____
 Signature _____

(1) Se reporter à la notice d'utilisation au verso du dernier volet
 (2) Cocher la case correspondante

**DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE POUR UN TRAITEMENT
D'ASSISTANCE RESPIRATOIRE DE LONGUE DURÉE, A DOMICILE**

(Art. R 165-23 du Code de la sécurité sociale - arrêtés des 30 août 1989, 26 juin 2003 et 28 octobre 2008)

Demande initiale (1) Prolongation (1) Prescription modifiée (1)

A compter du _____

VOLET 3
A RENVoyer
A L'ASSURÉ(E)
OU A
L'ASSOCIATION

A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E) (2)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

N° D'IMMATRICULATION _____
 NOM (Suivi, s'il y a lieu, du nom d'épouse) _____
 PRÉNOM _____
 ADRESSE _____

 ORGANISME D'AFFILIATION _____

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE DE LA DEMANDE

ACTIVITÉ SALARIÉE OU ARRÊT DE TRAVAIL
 ACTIVITÉ NON SALARIÉE
 SANS EMPLOI ➔ Date de cessation d'activité _____
 PENSIONNÉ(E)
 AUTRE CAS, le quel _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

S'agit-il d'un accident ? OUI NON Date de cet accident _____
 Si le malade est PENSIONNÉ(E) DE GUERRE et si la demande concerne l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case
SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)
 NOM _____
 Prénom _____
 Sexe M F Date de naissance _____
 Lien avec l'assuré(e)
 Conjoint Autre membre de la famille
 Enfant Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)
 Exerce-t-il habituellement une activité professionnelle ou est-il titulaire d'une pension ? OUI NON

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Signature de l'assuré(e) ➔ _____

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN (2)

TRAITEMENT PRESCRIT

Est-il en rapport avec une affection de longue durée ?
 reconnue sur liste OUI NON reconnue hors liste OUI NON

	Poste fixe	Déambulation (1)	Durée (h/j)	Débit (l/mn)
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie par concentrateur				
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie gazeuse par bouteille				
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie liquide				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique à l'embout buccal				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par masque nasal				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par trachéotomie				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par prothèse extra-thoracique				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par pression positive continue				
<input type="checkbox"/> Orthèse d'avancée mandibulaire sur mesure de type ORM (voir notice - point 3)				
<input type="checkbox"/> Aspiration sans ventilation sur trachéotomie				
<input type="checkbox"/> Autres : _____				

APPAREILLAGE PRESCRIT

A l'acte (hors association)
 Association : Nom _____
 Adresse _____
 Forfait soins n° _____

MATÉRIEL	Concentrateur	Respirateur (1)	Mat. O2 liquide	Autres
MARQUE				
TYPE				

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Date _____

Signature _____

Pneumologue Réanimateur Généraliste Autre _____

DÉCISION DE L'ORGANISME

Accord jusqu'au _____
 Forfait association Location Achat
 Taux de remboursement _____ %
 Refus ➔ MOTIF (voir notification jointe)

Date _____
 Signature _____

(1) Se reporter à la notice d'utilisation au verso du dernier volet
 (2) Cocher la case correspondante

DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE POUR UN TRAITEMENT D'ASSISTANCE RESPIRATOIRE DE LONGUE DURÉE, A DOMICILE
(Art. R 165-23 du Code de la sécurité sociale - arrêtés des 30 août 1989, 26 juin 2003 et 28 octobre 2008)

VOLET 4
A CONSERVER
PAR LE
PRESCRIPTEUR

Demande initiale (1) Prolongation (1) Prescription modifiée (1)

A compter du _____

A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E) (2)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

N° D'IMMATRICULATION _____
 NOM (Suivi, s'il y a lieu, du nom d'épouse) _____
 PRÉNOM _____
 ADRESSE _____
 ORGANISME D'AFFILIATION _____

SITUATION DE L'ASSURÉ(E) A LA DATE DE LA DEMANDE

ACTIVITÉ SALARIÉE OU ARRÊT DE TRAVAIL
 ACTIVITÉ NON SALARIÉE
 SANS EMPLOI ➔ Date de cessation d'activité _____
 PENSIONNÉ(E)
 AUTRE CAS, lequel _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE

S'agit-il d'un accident ? OUI NON Date de cet accident _____
 Si le malade est PENSIONNÉ(E) DE GUERRE et si la demande concerne l'affection pour laquelle il est pensionné, cocher cette case
SI LE MALADE N'EST PAS L'ASSURÉ(E)
 NOM _____
 Prénom _____
 Sexe M F Date de naissance _____
 Lien avec l'assuré(e)
 Conjoint Autre membre de la famille
 Enfant Personne vivant maritalement avec l'assuré(e)
 Exerce-t-il habituellement une activité professionnelle ou est-il titulaire d'une pension ? OUI NON

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L 114-13 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal).

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Signature de l'assuré(e) ➔ _____

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN (2)

TRAITEMENT PRESCRIT

Est-il en rapport avec une affection de longue durée ?
 reconnue sur liste OUI NON reconnue hors liste OUI NON

	Poste fixe	Déambulation (1)	Durée (h/j)	Débit (l/mn)
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie par concentrateur				
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie gazeuse par bouteille				
<input type="checkbox"/> Oxygénothérapie liquide				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique à l'embout buccal				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par masque nasal				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par trachéotomie				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par prothèse extra-thoracique				
<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique par pression positive continue				
<input type="checkbox"/> Orthèse d'avancée mandibulaire sur mesure de type ORM (voir notice - point 3)				
<input type="checkbox"/> Aspiration sans ventilation sur trachéotomie				
<input type="checkbox"/> Autres : _____				

APPAREILLAGE PRESCRIT

A l'acte (hors association)
 Association : Nom _____
 Adresse _____
 Forfait soins n° _____

MATÉRIEL	Concentrateur	Respirateur (1)	Mat. O2 liquide	Autres
MARQUE				
TYPE				

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR
 Date _____
 Signature _____

Pneumologue Réanimateur Généraliste Autre _____

CONFIDENTIEL - Réservé à l'information du Contrôle Médical

• **ÉTIOLOGIE DE L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE (1)**
 Principale (1 choix possible) Secondaire (2 choix possibles)

Bronchite chronique (avec ou sans emphysème)
 Lésions mutilantes, post-tuberculeuses et autres
 Asthme à dyspnée continue
 Fibroses et processus interstitiels
 Cypho-scoliose
 Emphysème primitif
 Dilatations étendues des bronches
 Myopathies
 Autres atteintes neuro-musculaires
 Pneumoconioses
 Apnées du sommeil
 Apnées sévères du sommeil (2ème intention)
 Mucoviscidose
 Dysplasie broncho-pulmonaire du nourrisson

Autre : _____

• **TABAC** N'a jamais fumé Ne fume plus Fume

• **ÉTAT CLINIQUE** Antécédent d'I.V.D.
 I.V.D. actuelle

• **SPIROGRAPHIE (1)** Date _____
 Poids _____ kg Capacité vitale _____ ml VEMS _____ ml
 Taille _____ cm Capacité totale _____ ml

• **GAZ DU SANG ARTÉRIEL (1) (2) :** kPa ou mmHg

DATES		pH	PaCO2	PaO2	SaO2
	REPOS EN AIR (1re mesure)				
	REPOS EN AIR (2e mesure)				
	REPOS SOUS O2 ET/OU VENTILATION (1)				
	A L'EFFORT EN AIR (1)				

• **HEMATOCRITE :** _____ %

• **CAS PARTICULIERS (1) :** _____

(1) Se reporter à la notice d'utilisation au verso du dernier volet
 (2) Cocher la case correspondante

DESTINATION DES VOLETS

Les 3 premiers volets doivent être adressés par le médecin prescripteur ou l'association au Médecin Conseil de l'organisme d'assurance maladie dont dépend l'assuré(e).

Le dernier volet est à conserver par le médecin prescripteur.

MODALITÉS DE RÉPONSE DE L'ORGANISME

La non réponse de l'organisme sous 15 jours, à compter de la date de réception de l'entente préalable, équivaut à un accord (1)

En cas de refus, l'organisme vous notifiera sa décision par retour du volet 3.

(1) Le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

DEMANDE INITIALE, PROLONGATION ET PRESCRIPTION MODIFIÉE

1) OXYGENOTHERAPIE

Pour la première demande, remplir intégralement l'imprimé.

Pour les prolongations et prescriptions modifiées, seules sont à remplir obligatoirement les rubriques suivantes, figurant dans la partie confidentielle : étiologie, tabac, état clinique, gaz du sang et hémocrite.

A l'expiration de la demande initiale pour 3 mois, la prolongation est accordée, sous réserve d'un avis favorable, pour un an.

2) PRESSION POSITIVE CONTINUE

La demande d'entente préalable est établie pour une période probatoire de 5 mois. A l'expiration de cette période, une demande de prolongation doit être complétée tous les ans.

3) ORTHESE D'AVANCEE MANDIBULAIRE

La demande d'entente préalable est établie pour une période de 2 ans à renouveler si l'efficacité de l'appareil est démontrée.

La prescription de cette orthèse nécessite la collaboration entre un spécialiste du sommeil (diagnostic, traitement, suivi) et un praticien ayant des connaissances à la fois sur le sommeil et sur l'appareil manducateur (examen dentaire, prise d'empruntes, ajustements et réglages).

TRAITEMENT PRESCRIT

La prescription d'une oxygénothérapie avec déambulation doit comprendre nécessairement une source d'oxygène en poste fixe et une source d'oxygène mobile.

APPAREILLAGE PRESCRIT

La marque et le type des respirateurs concernant les traitements par ventilation mécanique.

SPIROGRAPHIE

La mesure doit être faite en état stable, en dehors des périodes aiguës et au moins quinze jours après l'une d'elles.

GAZ DU SANG ARTÉRIEL

Le prélèvement doit être fait en état stable, en dehors des périodes aiguës et au moins quinze jours après l'une d'elles.

Pour la demande initiale, deux mesures sont à effectuer, séparées par un intervalle de 15 à 30 jours.

Les mesures au repos sous oxygène et à l'effort en air sont facultatives. Toutefois, pour les prescriptions à haut débit d'oxygénothérapie et/ou de déambulation, les mesures au repos sous oxygène et à l'effort en air sont exigées. La gazométrie à l'effort doit être faite à la fin de l'effort, avant son arrêt.

CAS PARTICULIERS

Indiquer les motifs cliniques ou paracliniques motivant les prescriptions lorsque les éléments fonctionnels ou biologiques sont normaux ou peu perturbés.