



☐ Demande initiale pour 3 mois (1) ☐ Prolongation (1) ☐ Prescription modifiée (1)

A COMPTER DU

A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E) (2)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

No D'IMMATRICULATION

NOM PATRONYMIQUE (Suivi,
s'il y a lieu, du nom d'usage)

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 377-1 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 TRAITANT (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)
☐ Oxygénothérapie par concentrateur				
☐ Oxygénothérapie gazeuse par bouteille				
☐ Oxygénothérapie liquide				
☐ Ventilation mécanique à l'embout buccal				
☐ Ventilation mécanique par masque nasal				
☐ Ventilation mécanique par trachéotomie				
☐ Ventilation mécanique par prothèse extra-thoracique				
☐ Ventilation mécanique par pression positive continue				
☐ Aspiration sans ventilation sur trachéotomie				
☐ Autres :				

APPAREILLAGE PRESCRIT

☐ A l'acte (hors association)

☐ Association : NOM

ADRESSE

FORFAIT SOINS No

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

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) :

AVIS DU CONTROLE 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

A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E) (2)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

No D'IMMATRICULATION

NOM PATRONYMIQUE (Suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

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☐ PENSIONNÉ(E)☐ AUTRE CAS, lequel

Date de cessation d'activité

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 377-1 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 TRAITANT (2)

TRAITEMENT PRESCRIT

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

	Poste fixe	Déambu- lation (1)	Durée (h/j)	Débit (l/mn)
☐ Oxygénothérapie par concentrateur				
☐ Oxygénothérapie gazeuse par bouteille				
☐ Oxygénothérapie liquide				
☐ Ventilation mécanique à l'embout buccal				
☐ Ventilation mécanique par masque nasal				
☐ Ventilation mécanique par trachéotomie				
☐ Ventilation mécanique par prothèse extra-thoracique				
☐ Ventilation mécanique par pression positive continue				
☐ Aspiration sans ventilation sur trachéotomie				
☐ Autres :				

APPAREILLAGE PRESCRIT

☐ A l'acte (hors association)☐ Association : NOMADRESSEFORFAIT SOINS No

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

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR

Date

Signature

☐ Pneumologue☐ Réanimateur☐ Généraliste☐ Autre

AVIS DU CONTROLE MÉDICAL

☐ Avis favorable du au☐ Forfait association☐ Location☐ Achat☐ Avis défavorableMOTIF

Date

Signature

DÉCISION DE L'ORGANISME

☐ Accord jusqu'au☐ Forfait association☐ Location☐ AchatTaux de remboursement %☐ RefusMOTIF (voir notification jointe)

Date

Signature

(1) Se reporter à la notice d'utilisation au verso du dernier volet
(2) Cocher la case de la réponse exacte.

CNAMTS 629 - 01/02

A REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E) (2)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

No D'IMMATRICULATION

NOM PATRONYMIQUE (Suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

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 377-1 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 TRAITANT (2)

TRAITEMENT PRESCRIT

Est-il en rapport avec une affection de longue durée ?

☐ OUI

☐ NON

reconnue sur liste

reconnue hors liste

Oxygénothérapie par concentrateur

Oxygénothérapie gazeuse par bouteille

Oxygénothérapie liquide

Ventilation mécanique à l'embout buccal

Ventilation mécanique par masque nasal

Ventilation mécanique par trachéotomie

Ventilation mécanique par prothèse extra-thoracique

Ventilation mécanique par pression positive continue

Aspiration sans ventilation sur trachéotomie

Autres :

Poste fixe

Déambulation (1)

Durée (h/j)

Débit (l/mn)

APPAREILLAGE PRESCRIT

☐ A l'acte (hors association)

☐ Association : NOM

ADRESSE

FORFAIT SOINS No

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

☐ Refus

Location

Taux de remboursement %

MOTIF (voir notification jointe)

Achat

Date

Signature

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

(2) Cocher la case de la réponse exacte.

CNAMTS 629 - 01/02

☐ Demande initiale pour 3 mois (1) ☐ Prolongation (1) ☐ Prescription modifiée (1)
A COMPTER DU

A CONSERVER
PAR LE
PRESCRIPTEUR

No D'IMMATRICULATION	
NOM PATRONYMIQUE (Suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)	
PRÉNOM	
ADRESSE	
ORGANISME D'AFFILIATION	

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

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			

Signature de l'assuré(e) ➡

reconnue sur liste		OUI	NON	reconnue hors liste		OUI	NON
				Poste fixe	Déambulation (1)	Durée (h/j)	Débit (l/mn)
☐	Oxygénothérapie par concentrateur						
☐	Oxygénothérapie gazeuse par bouteille						
☐	Oxygénothérapie liquide						
☐	Ventilation mécanique à l'embout buccal						
☐	Ventilation mécanique par masque nasal						
☐	Ventilation mécanique par trachéotomie						
☐	Ventilation mécanique par prothèse extra-thoracique						
☐	Ventilation mécanique par pression positive continue						
☐	Aspiration sans ventilation sur trachéotomie						
☐	Autres :						

	A l'acte (hors association)	
	Association : NOM	
	ADRESSE	
	FORFAIT SOINS No	

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR	Date	
	Signature	

☐ Pneumologue ☐ Réanimateur ☐ Généraliste ☐ Autre

	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
	Mucoviscidose
	Dysplasie broncho-pulmonaire du nourrisson
Autre :	

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)				

• CAS PARTICULIERS (1) :

CNAMTS 629 - 01/02

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

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 :

ETIOLOGIE
TABAC
ÉTAT CLINIQUE
GAZ DU SANG
HEMATOCRITE

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

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 concernent 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.