



A) Indications générales (remplir complètement s.v.p.)

Nom / Prénom: _____	Date de naissance: _____
Adresse: _____	Sexe: _____
NPA / Lieu: _____	Assureur: _____
Téléphone: _____	N° d'assurance sociale: _____
Email: _____	Maladie/Acc./AI: _____
Profession: _____	N° d'assuré-e: _____

B) Diagnostic principal :

00 Maladies pulmonaires obstructives 01 bronchite chronique, emphysème 02 asthme	40 Maladies vasculaires (hypertension pulmonaire)
10 Maladies pulmonaires restrictives (fibrose, pneumoconiose, silicose, post Tbc)	50 Maladies cardiaques (coeur pulmonaire, malformation card., insuffisance card.)
20 Troubles respiratoires du sommeil (OSA, CSA, maladies mixtes)	60 Autres maladies (cancer, mucoviscidose, hypoventilation alv., dysplasie bronch.)
30 Maladies neuro-musculaires	70 Algies vasculaires de la face
90 Autres: _____	

C) Prescription pour oxygénothérapie de courte durée

Concentrateur fixe	Concent. mobile	Oxygène liquide	Gaz comprimé fixe	Gaz mobile
(max. pour 3 mois, si thérapie prévue au-delà de 3 mois, veuillez svp utiliser le formulaire de prescription n°2):				
Débit O ₂ L/min: _____ au repos: Position: _____	Débit O ₂ L/min: _____ à l'effort: Position: _____	Débit O ₂ la nuit: L/min : _____	Durée (heures / jour): _____	Mobilité _____ heures/jours (avec O ₂ hors du domicile)
Remarque: _____				

D) Prescription de conseil et soins ambulatoire ou à domicile

	oui	non
Seuil de référence en minutes	<u>1ère année:</u>	<u>Années suivantes:</u>
1) Facturation selon besoin effectif / prestation.	300 minutes	150 minutes
2) La prescription médicale est délivrée pour 6 mois, elle se reconduit automatiquement pour 6 mois supplémentaires.		
3) En cas de besoin accru en soins, remplir le formulaire 6.		

E) Médecins

Médecin prescripteur-riche: _____	Signature + Timbre: _____
Spécialité FMH: _____	(incl. N° RCC)
Adresse: _____	
Téléphone: _____	
Début du traitement: _____	
Date de prescription: _____	
Médecin de famille: _____	
Pneumologue responsable: _____	

Récapitulation des limitations de la liste des moyens et appareils (LiMA), teneur du 01.04.2022 concernant la prescription de gaz comprimé, concentrateur d'oxygène.

En cas de doutes, veuillez vous référer au texte original.

Pour les bouteilles d'oxygène comprimé (toutes tailles) :

- Au maximum 5 remplissages par mois sont remboursés.
- Pour une durée de traitement supérieure à 6 mois, une garantie préalable de l'assureur est nécessaire. Il figure dans la LiMA que "Une oxygénothérapie de longue durée au moyen de bouteilles de gaz comprimé est obsolète et ne répond absolument pas aux principes d'économicité". Sauf situation exceptionnelle à justifier, les systèmes avec concentrateur d'O₂ ou Oxygène liquide sont donc à préférer.)

Pour concentrateur d'oxygène, fixe et portable :

- Pour une durée de traitement supérieure à 3 mois, une garantie de prise en charge de l'assureur est nécessaire sur justification médicale.
- En cas de thérapie avec un concentrateur de location à haut débit d'oxygène (>6L/min), une garantie de prise en charge préalable de l'assureur est nécessaire sur justification médicale.

En cas de traitement dépassant 3 mois, nous vous prions d'utiliser le formulaire de prescription no 2, qui contient une demande de garantie de prise en charge par l'assurance maladie.