

**Demande de prise en charge du dispositif médical  
OXYMÈTRE DE POULS**

Matricule du patient	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom	<input type="text"/>			
Nom du médecin prescripteur	<input type="text"/>			
Code médecin	<input type="text"/>			DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

**Je soussigné(e), médecin responsable du traitement, certifie que l'assuré(e) ci-dessus nommé(e) remplit les critères statutaires de prise en charge du dispositif médical oxymètre de pouls (prière de cocher la pathologie concernée):**

<input type="checkbox"/>	Maladie pulmonaire chronique avec risque de désaturation en oxygène
<input type="checkbox"/>	Maladie neuromusculaire avec atteinte respiratoire
<input type="checkbox"/>	Covid-19 pour les personnes à risque d'évolutions graves

Fréquence journalière :  
.....

Durée de la surveillance (cadre Covid-19):  
.....

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport** du Département Médicaments, dispositifs médicaux et médecine préventive de la CNS,  
Fax: (+352) 40 78 50 – 4, rue Mercier – L-2980 Luxembourg – pharma.cns@secu.lu

Cachet, signature et date	<input style="width: 95%; height: 80%;" type="text"/>
---------------------------	---