

**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 – 125, route d'Esch – L-2980 Luxembourg – [pharma.cns@secu.lu](mailto:pharma.cns@secu.lu)

Cachet, signature et date	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------