

**Demande de prise en charge par l'assurance maladie
du matériel de mesure de la cétonémie**

Matricule du patient

Nom et prénom

Nom du médecin prescripteur

Code médecin

DOCUMENT SOUS SECRET MÉDICAL

☐ **Demande initiale** (durée maximale de la validité du titre de prise en charge est de 12 mois)

Je soussigné(e), docteur en médecine spécialiste en endocrinologie, en médecine interne, en neurologie ou en pédiatrie, expérimenté en maladie métabolique ou épilepsie réfractaire, certifie que l'assuré(e) ci-dessus nommé(e), répond à une des indications suivantes :

- ☐ Patient atteint d'une maladie métabolique monogénique héréditaire rare et qui nécessite une surveillance régulière de la cétonémie.
- ☐ Patient atteint d'une épilepsie réfractaire et qui suit un régime cétogène nécessitant une surveillance régulière de la cétonémie.

Je certifie que la personne protégée ou un membre de sa famille a reçu une éducation thérapeutique, ainsi qu'une formation spécifique à l'utilisation du système de mesure de la cétonémie.

☐ **Demande de prolongation** (durée maximale indéterminée)

Je soussigné(e), médecin responsable du traitement, certifie que la poursuite du traitement est médicalement justifiée.

Dispositifs médicaux nécessaires (prière de cocher ce qui correspond):

- ☐ Lecteur de cétonémie (1 appareil / 60 mois)
- ☐ Bandelettes de mesure de la cétonémie (60 / mois)

Je tiens à disposition du médecin-conseil du CMSS les pièces médicales objectivant la pathologie déclarée.

La présente est à renvoyer au **Service Autorisations médicaments, dispositifs médicaux, orthopédie et transport**
du Département Médicaments, dispositifs 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