

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

Matricule du patient	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _ _
Nom et prénom				
Nom du médecin prescripteur				
Code médecin	_ _ _ _ _			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 – pharmacien@secu.lu

Cachet, signature et date	
---------------------------	--