



Demande de remboursement d'un montant supérieur

LiMA-Chap. 29 – Matériel de stomathérapie

Le besoin supplémentaire se fonde sur une situation médicale telle que le montant maximal de remboursement (MMR) inscrit dans la Liste des Moyens et Appareils (LiMA) est insuffisant. Afin de bénéficier de soins qui permettent une qualité de vie d'un niveau acceptable et remplissent également les critères EAE (efficacité, adéquation et économicité), le patient / la patiente se soumet régulièrement à des contrôles réalisés par le stomathérapeute compétent.

La garantie de prise en charge des frais d'un montant supérieur est nécessaire pour assurer un financement du matériel de stomathérapie.

1. Remarques importantes

- La prise en charge des frais, valable pour l'année civile actuelle, n'intervient que sur présentation d'une garantie délivrée par l'assurance maladie, une fois l'obligation de prestation contrôlée.
- Seules les demandes intégralement remplies et signées pourront être traitées.

2. Patient

| | | | |
|--------------------------------------|--|-----------|---|
| Nom: | | Né(e) le: | |
| Prénom | | Sexe: | <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m |
| Adresse: | | | |
| NPA, lieu: | | | |
| Assurance maladie: | | Lieu: | |
| N°:d'assurance ou assurance sociale: | | | |

3. Médecin traitant

| | | | |
|--------------|--|------------|--|
| Nom: | | Téléphone: | |
| Prénom: | | E-mail: | |
| Institution: | | | |
| Adresse: | | | |
| NPA, lieu: | | | |

4. Stomathérapeute

| | | | |
|--------------|--|------------|--|
| Nom: | | Téléphone: | |
| Prénom: | | E-mail: | |
| Institution: | | | |
| Adresse: | | | |
| NPA, lieu: | | | |

5. Type de stomie et nombre

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Colostomie | | <input type="checkbox"/> Iléostomie | | <input type="checkbox"/> Urostomie | | <input type="checkbox"/> Fistules(n) | |
|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|--|--------------------------------------|--|

Si le type de stomie est >1, le nombre doit être indiqué.

6. Cause du besoin supplémentaire

Fuites fréquentes dues à

Stomie située dans un pli

Stomie rétractée

Syndrome de l'intestin court

Hernie parastomiale

Cicatrice parastomiale

Stomie au niveau de la peau

Stomie/fistule avec production très importante

Fistules parastomiales

Modifications para- et péristomiales

Ulcère actif

Changement de poids

Hyperhidrose

Dermatose (par ex. eczéma de contact, mycose, etc.)

Hyperplasie pseudo-épithéliale

Autres:

Effet secondaire d'une thérapie

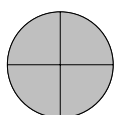
Produits pharmaceutiques

Radiothérapie

Chimiothérapie

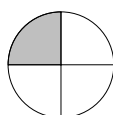
Autres:

7. Besoin supplémentaire présumé



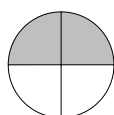
Besoin standard

≅ MMR LiMA 29.01



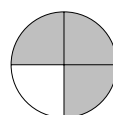
+ 25%

Besoin suppl.



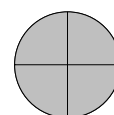
+ 50%

Besoin suppl.



+ 75%

Besoin suppl.



+ 100%

Besoin suppl.

Le besoin supplémentaire est

temporaire à long terme

Nous vous prions d'examiner avec bienveillance la demande et de prendre en charge les frais supplémentaires occasionnés pour l'année en cours.

Merci et sincères salutations

Date, cachet et signature
Stomathérapeute

Date, cachet et signature
Médecin