

Demande d'augmentation du remboursement LiMa chapitre 15.01.03.01.1 «Produits absorbants adaptés à l'incontinence totale»

Liste des moyens et appareils (LiMa) du 1^{er} avril 2019

Les besoins supplémentaires ont pour origine une situation médicale particulière. De ce fait, le montant de remboursement maximal prévu par la liste des moyens et appareils (LiMa) est insuffisant. Afin de pouvoir offrir un traitement permettant à la fois une qualité de vie digne de ce nom et obéissant aux critères EAE, le/la patient/-e fait l'objet de contrôles réguliers de la part du prestataire de services signataire.

En accordant une augmentation du remboursement, l'AOS permet de financer les produits nécessaires à une prise en charge efficace, adéquate et économique.

1. Remarques importantes

- a. La demande ne peut être déposée qu'en cas d'incontinence totale et de besoins supplémentaires justifiables. De ce fait, les autres degrés d'incontinence tout comme l'incontinence infantile normale en sont exclus.
- b. La prise en charge des coûts, valable pour l'année civile actuelle, est seulement possible après l'approbation de l'assureur maladie faisant suite à un examen préalable de l'obligation de prestation.
- c. Seules les demandes dûment renseignées et signées peuvent être traitées.

2. Patient

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Sexe: f m

Adresse: _____

NPA, lieu: _____

Assureur maladie: _____ Lieu: _____

Numéro d'assurance ou d'assurance sociale: _____

3. Médecin traitant

Nom: _____ Prénom: _____

Téléphone: _____ e-mail: _____

Institution: _____

Adresse: _____

NPA, lieu: _____

4. Justification des besoins supplémentaires en produits absorbants adaptés à l'incontinence totale
LiMa 15.01.03.01.1 – perte durable du contrôle des urine et/ou des selles

- Obésité** (*conséquences: l'utilisation de produits standards n'est pas adéquate ou bien il en résulte un besoin accru de ce type de produits.*)
- Déficits neurologiques** avec conséquences sur une utilisation normale
- Mictions massives**, plusieurs fois par jour
- Fréquence élevée des selles chronique** (par exemple en cas de diarrhée chronique) ≥ 3 fois par jour
- _____

5. Diagnostic/s (en lien direct avec les besoins supplémentaires)

6. Examen des produits et de leur utilisation par un spécialiste

- La personne assurée
- bénéficie d'une prise en charge adéquate
 - utilise les produits conformément aux prescriptions

7. Évaluation des besoins supplémentaires en cas d'incontinence totale

- Le montant maximal de remboursement prévu de **CHF 1579.00** n'est pas suffisant.
- Évaluation des besoins supplémentaires en CHF pour l'année civile actuelle:
CHF _____

Nous vous prions d'examiner la présente demande et de prendre en charge les coûts supplémentaires pour l'année en cours.

Cordiales salutations,

Date, cachet, signature
Médecin