

**Richiesta per un importo rimborsabile più elevato EMap cap. 15.01.03.01.1
«Mezzi ausiliari assorbenti per incontinenza totale»**

Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) del 01.04.2019

Il bisogno aggiuntivo si basa su una situazione medica tale che l'importo massimo rimborsabile (IMR) inserito nell'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) risulta insufficiente. Al fine di beneficiare di cure che garantiscano una qualità di vita accettabile e che inoltre soddisfino anche i criteri EAE (efficacia, appropriatezza ed economicità), il paziente viene regolarmente sottoposto a controlli da parte del fornitore di servizi firmante.

Concedendo un importo rimborsabile più elevato, l'AOMS garantisce il finanziamento degli articoli necessari per una cura efficace, appropriata ed economica.

1. Note importanti

- a. È possibile presentare una richiesta unicamente in caso di incontinenza totale già riscontrata e in correlazione con un bisogno aggiuntivo giustificabile. Pertanto, ne sono talora esclusi altri gradi di gravità dell'incontinenza nonché una normale incontinenza infantile.
- b. Le spese valide per l'anno civile in corso vengono coperte solo dietro presentazione di una garanzia rilasciata dall'assicuratore previa verifica dell'obbligo.
- c. Saranno trattate solo le domande debitamente compilate e firmate.

2. Paziente

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/-a il: _____ Sesso: f m

Indirizzo: _____

NPA, luogo: _____

Cassa malati: _____ Luogo: _____

N° di assicurato o assicurazione sociale: _____

3. Medico curante

Cognome: _____ Nome: _____

Telefono: _____ E-mail: _____

Struttura: _____

Indirizzo: _____

NPA, luogo: _____

4. Motivazione del bisogno aggiuntivo di mezzi ausiliari assorbenti per incontinenza totale EMaP cap. 15.01.03.01.1; orinazione e defecazione incontrollata e costante

- Obesità** (conseguenza: l'uso dei prodotti standard non è opportuno oppure risulta in un fabbisogno di prodotti aumentato.)
- Deficit neurologici** che ne compromettono un uso corretto
- Espulsione improvvisa di un getto di urina**, più volte al giorno
- Frequenza di evacuazione cronicamente aumentata** (ad es. in caso di diarrea cronica) ≥ 3 volte al giorno
- _____

5. Diagnosi (direttamente correlata/-e al bisogno aggiuntivo)

6. Verifica dei prodotti e del loro utilizzo da parte di personale specializzato

- La persona assicurata
- ricorre a una cura appropriata;
 - utilizza i prodotti come da consulenza.

7. Bisogno aggiuntivo stimato nel quadro di un'incontinenza totale

- L'importo massimo rimborsabile previsto, pari a **CHF 1 579.00**, non è sufficiente.
- Stima del bisogno aggiuntivo per l'anno civile in corso, in CHF:
CHF _____

Vi chiediamo gentilmente di verificare la nostra richiesta e di coprire i costi supplementari per l'anno in corso.

Cordiali saluti

Data, timbro e firma
Medico