



## 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:	
Pénom:		E-Mail:	
Institution:			
Adresse:			
NPA, lieu:			

### 4. Stomathérapeute

Nom:		Téléphone:	
Prénom:		E-Mail:	
Institution:			
Adresse:			
NPA, lieu:			

## 5. Type de stomie et nombre

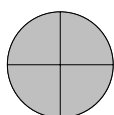
<input type="checkbox"/> Colostomie		<input type="checkbox"/> Iléostomie		<input type="checkbox"/> Urostomie		<input type="checkbox"/> Fistule(s)	
-------------------------------------	--	-------------------------------------	--	------------------------------------	--	-------------------------------------	--

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

## 6. Cause du besoin supplémentaire

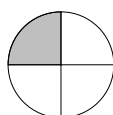
- Fuites fréquents due à
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stomie située dans le pli | <input type="checkbox"/> Cicatrice parastomiale                         |
| <input type="checkbox"/> Stomie rétractée          | <input type="checkbox"/> Stomie au niveau de la peau                    |
| <input type="checkbox"/> Syndrome de l'intestin    | <input type="checkbox"/> Stomie/fistule avec production très importante |
| <input type="checkbox"/> Hernie parastomiale       | <input type="checkbox"/> Fistules parastomiales                         |
- Modifications para- et péristomiales**
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ulcère actif        | <input type="checkbox"/> Dermatose (par ex. exzema de contact, mycose etc.) |
| <input type="checkbox"/> Changement de poids | <input type="checkbox"/> Hyperplasie pseudo-épithéliale                     |
| <input type="checkbox"/> Hyperhidrose        | <input type="checkbox"/> Autres:  |
- Effet secondaire d'une thérapie**
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Produits pharmaceutiques | <input type="checkbox"/> Chimiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie            | <input type="checkbox"/> Autres:        |

## 7. Besoin supplémentaires présumé



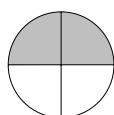
Besoin standard

≅ MMR LiMA 29.01



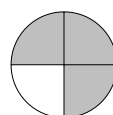
+ 25%

Besoin suppl.



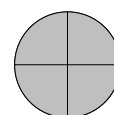
+ 50%

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