



## 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

Stomie située dans le pli

Cicatrice parastomiale

Stomie rétractée

Stomie au niveau de la peau

Syndrome de l'intestin

Stomie/fistule avec production très importante

Hernie parastomiale

Fistules parastomiales

**Modifications para- et péristomiales**

Ulcère actif

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

Changement de poids

Hyperplasie pseudo-épithéliale

Hyperhidrose

Autres:

**Effet secondaire d'une thérapie**

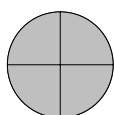
Produits pharmaceutiques

Chimiothérapie

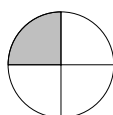
Radiothérapie

Autres:

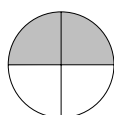
## 7. Besoin supplémentaires présumé



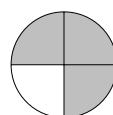
Besoin standard



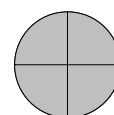
+ 25%



+ 50%



+ 75%



+ 100%

≙ MMR LiMA 29.01

Besoin suppl.

Besoin suppl.

Besoin suppl.

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