Schweizerische Vereinigung der StomatherapeutInnen
Association Suisse des Stomathérapeutes
Associazione Svizzera delle Stomaterapiste
Associaziun Svizra da las Stomaterapeutas

Richiesta di rimborso di un importo superiore
EMAp-Cap. 29 – Articoli per entero- e urostomia

Il fabbisogno supplementare si basa su un caso medicalmente giustificato, che comporta l'insufficienza dell'importo massimo rimborsabile (IMR) previsto nell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp).
Al fine di garantire un'assistenza che consenta sia un livello di qualità della vita dignitoso sia il rispetto dei criteri EAE (efficacia, appropriatezza ed economicità), il/la paziente è seguito/a regolarmente dal servizio competente di consulenza stomaterapica.
A causa della complessità della situazione, è necessaria la concessione di un importo di rimborso più elevato, al fine di garantire il proseguimento del finanziamento degli articoli per stomia.

1. Note importanti

a. Le spese valide sono coperte solo previa presentazione di una garanzia rilasciata dall'assicuratore, dopo verifica dell'obbligo di prestazione.

b. Saranno prese in considerazione solo le domande debitamente compilate e firmate.

2. Paziente

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita: ..... Sesso: o w o m

Indirizzo: .....

CAP, località: .....

Assicurazione: ..... località .....

N. AVS / AI / sinistro: .....

3. Medico curante

Cognome: ..... Nome: .....

Telefono: ..... E-mail: .....

Istituzione: .....

Indirizzo: .....

CAP, località: .....

4. Stomaterapista

Cognome: ..... Nome: .....

Telefono: ..... E-mail: .....

Istituzione: .....

Indirizzo: .....

CAP, località: .....

5. Tipo di stomia e quantitativo

☐ Colostomia ☐ Ileostomia ☐ Urostomia ☐ Fistola

Se è presente più di un tipo di stomia, indicarne il numero.

6. Causa del bisogno supplementare

☐ aumento del consumo di materiale a causa di

☐ Stomia situata in una piega ☐ Cicatrice parastomale ☐ Stomia retratta

☐ Stomia a livello della pelle ☐ Sindrome dell'intestino corto

☐ Stomia/fistola con produzione molto elevata ☐ Ernia parastomale

☐ Fistole parastomali ☐ Prolasso

☐ .....

☐ Alterazioni para- e peristomali

☐ Lesione ☐ Dermatosi (p. es. eczema da contatto, micosi, ecc.)

☐ Variazione del peso ☐ Iperplasia pseudoepiteliale ☐ Iperidrosi

☐ .....

☐ Effetto collaterale di una terapia

☐ Farmaci ☐ Chemioterapia ☐ Radioterapia

☐ .....

7. Importo massimo rimborsabile (IMR)

7.1 Fina a concorrenza di due volte l'IMR

☐ fino al 150% dell'IMR ☐ fino al 200% dell'IMR

Osservazioni:

.....

.....

7.2 Fino a concorrenza di cinque volte l'IMR ⇨ <u>È richiesto un rapporto dettagliato redatto da un/una medico/a.</u>

☐ fino al 300% dell'IMR ☐ fino al 400% dell'IMR ☐ fino al 500% dell'IMR

Osservazioni:

.....

.....

Data, timbro e firma
Stomaterapista

Data, timbro e firma
Medico

La prego di rispedirci la richiesta compilata a:
Per posta a oppure per E-Mail