

# **DISPOSIZIONI D'ESECUZIONE**

**relative alla Convenzione tariffaria disciplinante la rimunerazione  
delle prestazioni fisioterapeutiche ambulatoriali negli ospedali**

## **Art. 1 Prescrizione medica**

<sup>1</sup>Con riserva del capoverso 2, le prescrizioni mediche sono accettate solo se formulate sul modulo di prescrizione valido a livello svizzero.

<sup>2</sup>Se la prescrizione avviene in altra forma, essa deve contenere tutti i dati del modulo ufficiale; in caso contrario occorre attirare l'attenzione del medico sull'impiego del modulo ufficiale.

## **Art. 2 Fatturazione**

<sup>1</sup>Si può procedere alla fatturazione dopo ogni serie di trattamenti. Quando si conclude il trattamento di un paziente, la fatturazione deve avvenire immediatamente dopo l'ultima seduta. In caso di trattamenti di lunga durata, l'ospedale può emettere la fattura ogni trimestre.

<sup>2</sup>La fattura risp. la prescrizione deve contenere i seguenti dati:

- a cognome, nome, indirizzo e numero del codice creditori o numero EAN del fisioterapista responsabile
- b cognome, nome, indirizzo e numero EAN del medico esterno che ha fatto la prescrizione o cognome e nome del medico dell'ospedale che ha prescritto la terapia
- c cognome, nome, data di nascita, indirizzo, numero d'assicurazione/d'infortunio del paziente (o numero d'impresa del datore di lavoro per gli assicuratori AINF)
- d menzione della natura del caso: malattia, infortunio o invalidità
- e calendario con le seguenti indicazioni: (I, II, III per ogni seduta)
  - I nome del fisioterapista responsabile
  - II cifre della tariffa e numero di punti delle prestazioni effettuate
  - III totale dei punti
  - IV valore del punto
  - V importo totale delle prestazioni valutate in punti
  - VI indicazione del numero EMap, quantità, prezzo e importo dei prodotti e apparecchi consegnati
- f importo complessivo della fattura

## **Art. 3 Modalità di rimunerazione**

<sup>1</sup>Gli assicuratori si impegnano a saldare di regola le fatture entro 30 giorni dal loro ricevimento.

<sup>2</sup>Per le prestazioni non a carico dell'assicurazione o per le sedute mancate la fattura deve essere inviata direttamente all'assicurato.

## **Art. 4 Trasferimento elettronico dei dati**

<sup>1</sup>Le parti contraenti promuovono il trasferimento elettronico dei dati.

<sup>2</sup>Le parti contraenti si impegnano in favore di norme e procedure uniformi per il trasferimento elettronico dei dati.

<sup>3</sup>I dettagli sono disciplinati in un accordo separato.

**ALLEGATO 2**

**Art. 5 Disposizioni particolari dell'Assicurazione per l'invalidità**

Per il trattamento degli assicurati AI valgono le decisioni degli uffici AI nonché le disposizioni legali in materia e le relative istruzioni dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

**Art. 6 Non membri**

<sup>1</sup> Per finanziare i costi derivanti dall'elaborazione e dall'esecuzione della Convenzione tra H+ e gli assicuatori, gli ospedali non membri di H+ aventi diritto all'adesione ai sensi dell'articolo 2 capoverso 2 della Convenzione tariffaria sono tenuti a versare una tassa di adesione e un contributo annuo alle spese.

<sup>2</sup> La tassa di adesione è di fr. **1 000** per ospedale e va pagata con la dichiarazione di adesione.

<sup>3</sup> Il contributo annuo ai costi ammonta a fr. **400** per ospedale e vale a partire dal secondo anno.

<sup>4</sup> La tassa di adesione e il contributo annuo alle spese vanno pagati in anticipo e sono dovuti al momento della presentazione della domanda d'adesione risp. all'inizio di un anno civile.

<sup>5</sup> La tassa di adesione e il contributo annuo alle spese devono essere pagati entro 30 giorni dal ricevimento della fattura.

<sup>6</sup> In caso di mancato versamento da parte degli ospedali, gli assicuatori non sono tenuti a rimunerare le prestazioni.

<sup>7</sup> Le parti contraenti aprono un conto comune per l'incasso dei contributi versati dai non membri.

<sup>8</sup> I contributi dei non membri sono utilizzati esclusivamente per coprire le spese in relazione con la Convenzione tariffaria.

<sup>9</sup> L'organo cui compete di stabilire l'importo dei contributi dei non membri e la loro utilizzazione è la Commissione paritetica di fiducia (CPF).

<sup>10</sup> L'incasso è affidato alla segreteria della CPF.

<sup>11</sup> Entro la fine di febbraio la segreteria della CPF presenta alle parti contraenti il conteggio dell'anno precedente.

<sup>12</sup> Le parti contraenti hanno un diritto di controllo permanente.

**Art. 7 Gestione amministrativa della tariffa**

La stampa e l'invio della tariffa e dei suoi aggiornamenti competono al Servizio centrale delle tariffe mediche. I costi che ne derivano sono fatturati ai destinatari. Entro la fine di febbraio la segreteria della CPF allestisce un conteggio delle proprie spese dell'anno precedente e lo rimette alle parti contraenti.