



Convenzione amministrativa
tra
I'Associazione svizzera infermiere e infermieri ASI
e
gli assicuratori malattia firmatari¹

Preambolo

L'associazione svizzera degli infermieri ASI – SBK e le casse malati riportate, in vista dell'introduzione del nuovo finanziamento delle cure, concludono la seguente convenzione amministrativa con validità per l'intera Svizzera.

Lo scopo della presente convenzione è di uniformare i processi amministrativi, la procedura per la garanzia della qualità. Le definizioni della gamma di prestazioni nonché la regolamentazione del rimborso di mezzi ed apparecchi.

La presente convenzione amministrativa si basa sulle leggi ed ordinanze in vigore allo 01.01.2011.

¹ In caso di contestazioni fa stato il testo in tedesco.

| Art. 1 | Parti contraenti | |
|--------|---|--------------|
| | 1 Le parti contraenti della presente convenzione amministrativa sono l'Associazione svizzera degli infermieri ASI-SBK, Choisystrasse 1, Casella postale 8124, 3001 Berna, di seguito denominata ASI-SBK, da un lato e gli assicuratori malattia qui di seguito elencati | |
| | AMB Assurance-maladie et accidents | BAG Nr. 1507 |
| | Aquilana Versicherungen | BAG Nr. 32 |
| | Arcosana AG | BAG Nr. 1569 |
| | Atupri Krankenkasse | BAG Nr. 312 |
| | AUXILIA Assurance-maladie SA | BAG Nr. 1159 |
| | Avenir Assurance Maldie SA | BAG Nr. 343 |
| | Caisse-maladie de la Vallée d'Entremont | BAG Nr. 1113 |
| | Caisse da malsauns LUMNEZIANA | BAG Nr. 820 |
| | CONCORDIA Schweiz. Kranken- und Unfallversicherung | BAG Nr. 290 |
| | CSS Kranken-Versicherung AG | BAG Nr. 8 |
| | Easy Sana Assurance Maladie SA | BAG Nr. 774 |
| | EGK Grundversicherungen | BAG Nr. 881 |
| | GALENOS Kranken- und Unfallversicherung | BAG Nr. 1386 |
| | Glarner Krankenversicherung | BAG Nr. 780 |
| | innova Versicherungen | BAG Nr. 1563 |
| | innova Wallis AG | BAG Nr. 790 |
| | INTRAS Assurance-maladie SA | BAG Nr. 1529 |
| | KLuG Krankenversicherung | BAG Nr. 829 |
| | kmu-Krankenversicherung | BAG Nr. 1328 |
| | Kranken- und Unfallkasse, Bezirkskrankenkasse Einsiedeln | BAG Nr. 134 |
| | Krankenkasse Agrisano | BAG Nr. 1560 |
| | Krankenkasse Birchmeier | BAG Nr. 1322 |
| | Krankenkasse Institut Ingenbohl | BAG Nr. 1142 |
| | Krankenkasse Luzerner Hinterland | BAG Nr. 360 |
| | Krankenkasse Simplon | BAG Nr. 1362 |
| | Krankenkasse SLKK | BAG Nr. 923 |
| | Krankenkasse Steffisburg | BAG Nr. 246 |
| | Krankenkasse Stoffel Mels KKS | BAG Nr. 1331 |
| | Krankenkasse Turbental | BAG Nr. 1147 |
| | Krankenkasse Visperterminen | BAG Nr. 1040 |
| | Krankenkasse Wädenswil | BAG Nr. 1318 |
| | Krankenkasse Zeneggen | BAG Nr. 1003 |
| | Krankenversicherung Flaachtal AG | BAG Nr. 558 |
| | Moove Sympany AG | BAG Nr. 57 |
| | Mutuel Assurance Maladie SA | BAG Nr. 1479 |
| | ÖKK Kranken-und Unfallversicherungen AG | BAG Nr. 455 |
| | PHILOS Assurance Maladie SA | BAG Nr. 1535 |
| | Provita Gesundheitsversicherung AG | BAG Nr. 182 |
| | rhenusana-Die Rheintaler Krankenkasse | BAG Nr. 1401 |
| | sana24 | BAG Nr. 1568 |
| | Sanagate AG | BAG Nr. 1577 |
| | sanavals Gesundheitskasse | BAG Nr. 901 |
| | sodalis gesundheitsgruppe | BAG Nr. 941 |
| | sumiswalder | BAG Nr. 194 |
| | SUPRA Caisse-maladie ?????????? | BAG Nr. 62 |
| | SWICA Gesundheitsorganisation | BAG Nr. 1384 |
| | Visana | BAG Nr. 1555 |

| | | | |
|---------------|---|--------------|--|
| | vita surselva | BAG Nr. 966 | |
| | vivacare | BAG Nr. 1570 | |
| | Vivao Sympany AG | BAG Nr. 509 | |
| | <p>D'altro lato, tutti gli assicuratori rappresentati per procura da</p> <p>tarifsuisse ag Römerstrasse 20 4502 Solothurn</p> <p>² La convenzione è valida per :</p> <p>a. I fornitori di prestazioni che hanno dichiarato l'adesione alla presente convenzione amministrativa (definiti in seguito „fornitori di prestazioni“)</p> <p>e</p> <p>b. Gli assicuratori malattia che hanno dichiarato l'adesione alla presente convenzione amministrativa (definiti in seguito „assicuratori“)</p> | | |
| Art. 2 | Adesione, quote di adesione, esclusione | | |
| | <p>¹ L'adesione implica il riconoscimento integrale della presente convenzione amministrativa con tutti i suoi allegati ai sensi dell'art. 21 quale parte integrante della presente convenzione.</p> <p>² La procedura d'adesione viene avviata dall'ASI-SBK dopo la firma della convenzione amministrativa.</p> <p>³ Regolarmente l'ASI-SBK informa gli assicuratori, rappresentati da tarifsuisse.ag, sugli elenchi attuali.</p> <p>⁴ tarifsuisse ag ha il diritto di non ammettere alla convenzione amministrativa un fornitore di prestazioni. Prima della decisione tarifsuisse ag. Consulta l'ASI-SBK. La decisione viene motivata al fornitore di prestazioni nonché all'ASI-SBK. I fornitori di prestazione, in virtù dell'art. 89 LAMal, possono rivolgersi al tribunale arbitrale cantonale.</p> <p>⁵ tarifsuisse ag e l'ASI-SBK possono escludere congiuntamente un fornitore di prestazioni dalla convenzione amministrativa.</p> <p>⁶ A questa convenzione amministrativa possono aderire tutti i fornitori di prestazioni che rispondono ai requisiti secondo art. 49 OAMal e che sono in possesso di un libero esercizio rilasciato dal cantone.</p> <p>⁷ I fornitori di prestazioni possono aderire alla presente convenzione amministrativa mediante una dichiarazione scritta a ASI-SBK. L'adesione alla convenzione amministrativa è per i membri ASI-SBK gratuita. Fornitori di prestazioni che non sono membri ASI-SBK, pagano all' ASI-SBK una quota d'adesione ed un contributo annuale. la quota del contributo è definito in un regolamento. Il regolamento attualmente in vigore, relativo alle quote di adesione, è pubblicato su Internet.</p> | | |
| Art. 3 | Validità, offerte di prestazioni | | |
| | <p>¹ La presente convenzione amministrativa regola i processi amministrativi per le prestazioni di cura ambulatoriali ai sensi degli art. 25° LAMal. Art. 49 OAMal e art. 7 e segg. Opre.</p> | | |

| | |
|---------------|---|
| | <p>² La LAMal e la convenzione amministrativa distinguono tra prestazioni di cura, perlopiù fornite presso il domicilio del paziente, e quelle fornite in strutture diurne o notturne. La convenzione amministrativa è valida per entrambi i tipi di prestazioni di cure ambulatoriali precedentemente menzionate. Viene operata una distinzione per il rimborso (vedi art. 8 ed allegato 4 della presente convenzione).</p> <p>³ I fornitori di prestazioni necessitano un numero RCC separato per ognuno degli ambiti: cure di lunga durata, cure acute e transitorie, così come strutture diurne o notturne.</p> <p>⁴ Le prestazioni di cura ambulatoriali vengono fornite puntualmente e prevalentemente presso il domicilio del paziente. Il rimborso avviene ai sensi dell'art 7a cpv 1 Opre.</p> <p>⁵ Le prestazioni di cura ambulatoriali in strutture diurne o notturne sono rimborsate secondo l'art. 7° cpv 4 Opre. Le particolarità vengono regolate dall'allegato 4. Per il resto valgono le regole della presente convenzione amministrativa.</p> <p>⁶ Le specificità riguardanti gli ambulatori per il trattamento delle ferite sono regolate dall'allegato 6. Per il resto valgono le regole della presente convenzione amministrativa.</p> <p>⁷ Le aggiunte riguardanti le prestazioni nell'ambito della maternità sono regolate dall'allegato 7. Per il resto valgono le regole della presente convenzione amministrativa.</p> <p>⁸ Le aggiunte riguardanti le cure in psichiatria sono regolate dall'allegato 8. Per il resto valgono le regole della presente convenzione amministrativa.</p> <p>⁹ Ulteriori ambiti specifici potranno venire considerati in accordi separati.</p> <p>¹⁰ Per le cure acute e transitorie vale una convenzione separata.</p> <p>¹¹ La convenzione amministrativa ha effetto per gli assicurati che,</p> <p>a) sono affiliati a un assicuratore menzionato all'art. 1 cpv. 2 lett. b) della presente convenzione amministrativa e,</p> <p>b) hanno diritto a ottenere prestazioni nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico - sanitarie conformemente alla LAMal.</p> |
| Art. 4 | Requisiti per il riconoscimento delle prestazioni |
| | <p>¹ Gli assicuratori si assumono i costi delle cure ambulatoriali ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 e art. 8 Opre che vengono prestate in base alla valutazione dei bisogni, su prescrizione o su mandato medico, da infermiere/i che soddisfano le condizioni ai sensi dell'art. 49 Opre.</p> <p>² Rimborsate vengono prestazioni offerte personalmente a domicilio o in ambulatorio, solo se il fornitore di prestazioni è in possesso di un numero RCC valido per il cantone in cui esercita.</p> |
| Art. 5 | Valutazione dei bisogni del paziente |
| | <p>¹ Ai sensi dell'art. 8 Opre occorre effettuare una valutazione dei bisogni. I fornitori di prestazioni sono liberi di scegliere lo strumento standardizzato di valutazione dei bisogni.</p> <p>² La valutazione scritta dei bisogni comprende la valutazione della situazione generale nonché la valutazione del contesto e dei bisogni individuali di cure e di assistenza. Essa viene effettuata da personale infermieristico diplomato e abilitato (cfr. art. 8 cpv. Opre).</p> <p>³ L'esito della valutazione va definito insieme al medico e riportato sul formulario per la definizione dei bisogni in conformità all'allegato 2.</p> <p>⁴ La valutazione dei bisogni avviene presso l'assicurato all'inizio della prestazione e va conclusa al più tardi entro 14 giorni di calendario dall'inizio dell'intervento.</p> |

| | |
|---------------|---|
| | <p>⁵ i fornitori di prestazioni devono, in caso di intervento contemporaneo presso un assicurato, coordinare le loro prestazioni e accordarsi sul tempo preventivato. Un accumulo delle stesse prestazioni (ad es. A1 o A2) non é possibile. Se un fornitore di prestazioni collabora o si lascia sostituire regolarmente da un altro fornitore di prestazioni, sono da segnalare il suo nome ed il suo numero RCC sulla prescrizione medica.</p> |
| Art. 6 | Prescrizione medica / definizione dei bisogni |
| | <p>¹ Le prestazioni di cura medico – sanitarie presuppongono una prescrizione medica. La definizione indica la necessità di prestazioni di cura preventivate. La definizione dei bisogni avviene esclusivamente in conformità ai modelli nell'allegato 2.</p> <p>² Il formulario di definizione dei bisogni va inviato all'assicuratore compilato in modo completo non appena é stato firmato dal medico e dalla persona, infermiera/e responsabile. Nel caso in cui ciò non fosse possibile, l'invio avviene al più tardi con la prima fattura.</p> <p>³ I dati di inizio del trattamento e della prescrizione devono essere identici. Non sono possibili prescrizioni retroattive.</p> <p>⁴ Se l'assicuratore non solleva obiezioni entro 14 giorni dal ricevimento dell'annuncio, l'obbligo di prestazione é dato con riserva dell'applicazione del principio di efficacia, appropriatezza ed economicità (EAE).</p> <p>⁵ La dichiarazione dei bisogni comprende le seguenti indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dati dell'assicurato (numero assicurato, numero assicurazione sociale, cognome, nome, indirizzo di residenza, data di nascita, sesso) b) Indicazioni se malattia, infortunio o maternità. c) Nome dell'assicuratore. d) Numero registro dei codici creditori (No. RCC) e numero EAN del fornitore di prestazioni; No. EAN obbligatorio solo in caso di dichiarazione elettronica, altrimenti se disponibile. e) Grado di invalidità (assegno invalidità lieve / medio / elevato), se noto. f) Durata della prescrizione medica (dal... al...). g) Nome, No. Registro dei codici creditori (No. RCC) e numero EAN del medico prescrivente; No. EAN obbligatorio solo in caso di fatturazione elettronica, altrimenti se disponibile. h) Fabbisogno previsto di prodotti EMaP, elencato con il numero a due cifre del gruppo dei prodotti. i) Numero preventivato di minuti per tipo di prestazione ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. a) – c) per la durata della prescrizione. <p>Per prestazioni ai sensi dell' art. 3 cpv. 4 della presente convenzione amministrativa, quale informazione complementare alla dichiarazione dei bisogni, viene allegato un elenco delle prestazioni ai sensi dell'art 7 cpv. 2 Oppe, con indicazioni sul numero preventivato di interventi per prestazioni giornaliere, settimanali, mensili o trimestrali (esempio nel supplemento all'allegato 2)</p> <p>⁶ Le parti contraenti elaborano congiuntamente i formulari uniformati di definizione dei bisogni che dovrebbero essere validi dal 1° gennaio 2012.</p> |
| Art. 7 | Cambiamento del fabbisogno di cure |
| | <p>¹ Nel caso in cui il fabbisogno di cure cambia il modo di duratura occorre effettuare una nuova valutazione dei bisogni, da inoltrare all'assicuratore.</p> <p>² Nel caso in cui il fabbisogno di cure cambia temporaneamente, per almeno 8 giorni nel corso dell'intervento, occorre annunciarlo all'assicuratore.</p> |

| Art. 8 | Rimborso incluso mezzi e apparecchi |
|--------|--|
| | <p>¹ Dal No. RCC si evince:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Che ogni persona coinvolta nelle cure è ammessa, ha in pratica un proprio No. RCC individuale. • Che ogni persona fornitrice di prestazioni può fatturare solo le prestazioni da lei stessa fornite. • La convenzione amministrativa proibisce ad un'infermiera/e di fatturare le prestazioni di una persona alle sue dipendenze, anche se questa ultima possiede un proprio No. RCC, all'assicurazione malattia obbligatoria. <p>² Gli assicuratori si assumono contributi ai costi relativi alle prestazioni consigli e istruzioni, esami e cure nonché cure di base ai sensi dell'art. 7a Opre.</p> <p>³ Il fornitore di prestazioni fattura il contributo corrispondente alle prestazioni erogate secondo l'art. 7a Opre. Sono escluse fatturazioni anticipate.</p> <p>⁴ Con il versamento dei contributi ai sensi dell'art 7a cpv 1 e 2 OPre sono coperte tutte le prestazioni riconosciute dalla legge per prestazioni infermieristiche erogate dai singoli fornitori ai sensi dell'art. 3 cpv. 4 della presente convenzione secondo art. 7 cpv. 2 dell'OPre.</p> <p>⁵ Il fornitore di prestazioni non può fatturare prestazioni ai sensi dell'art. 7 Opre mentre il paziente è ricoverato in ospedale o in uno stabilimento medico-sociale (comprese le cure acute e transitorie). Questo non vale per il giorno del ricovero e della dimissione. Inoltre, il fornitore di prestazioni non può fatturare prestazioni per cure ambulatoriali di lunga durata ai sensi dell'art. 7 Opre mentre il paziente ottiene prestazioni per cure ambulatoriali acute e transitorie.</p> <p>⁶ I mezzi e gli apparecchi prescritti dal medico ai sensi dell'allegato 2 Opre e consegnati dal fornitore di prestazioni possono essere fatturati all'importo massimo rimborsabile EMAP dedotto il 15%. La fatturazione avviene in modo dettagliato, indicante il numero di posizione EMAP completo e la data di fornitura.</p> <p>⁷ Per i mezzi e gli apparecchi ai sensi dell'art. 2 Opre per i quali è previsto un limite occorre allegare obbligatoriamente la prescrizione medica alla prima fatturazione.</p> <p>⁸ Il fornitore di prestazioni non può fatturare medicinali a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria.</p> |
| Art. 9 | Fatturazione e modalità di pagamento |
| | <p>¹ Ai sensi della presente convenzione amministrativa, l'assicuratore (sistema tiers payant, art. 42 cpv. 2 LAMal) è debitore del rimborso.</p> <p>² Singoli assicuratori e fornitori di prestazioni possono convenire il sistema del tiers garant in deroga al cpv. 1.</p> <p>³ La fatturazione avviene mensilmente o trimestralmente in conformità ai modelli nell'allegato 3.</p> <p>⁴ Nel sistema del tiers payant gli assicurati ricevono una copia della fattura dal fornitore di prestazioni.</p> <p>⁵ Per il periodo di fatturazione è necessaria una prescrizione medica.</p> <p>⁶ Termini nel sistema tiers payant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pagabile entro 25 giorni con fatturazione elettronica. - pagabile entro 35 giorni senza fatturazione elettronica. <p>⁷ La fatturazione avviene per le prestazioni prescritte da medico a carico dell'assicuratore</p> |

| | |
|----------------|--|
| | <p>malattie obbligatoria. Le prestazioni non obbligatorie vanno fatturate separatamente.</p> <p>⁸ Se al momento della fatturazione sono in corso ulteriori chiarimenti (es.: richiesta di ulteriori documenti), per i termini di pagamento valgono quelli indicati nel cpv. 6.</p> <p>⁹ L'assicuratore motiva le contestazioni. Il termine di pagamento viene interrotto per la parte contestata della fattura. La quota non contestata deve essere saldata su presentazione di una nuova fattura, dall'assicuratore.</p> <p>¹⁰ Se sono dati i presupposti per il differimento delle prestazioni ai sensi dell'art. 64a cpv. 7 LAMal, l'assicuratore sospende l'assunzione dei costi. I costi vengono interamente assunti non appena i premi, le partecipazioni ai costi, gli interessi di mora e le spese di esecuzione pendenti sono interamente pagate.</p> |
| Art. 10 | Indicazioni sulla fattura |
| | <p>¹ La fattura comprende le seguenti indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dati dell'assicurato (numero di assicurato, numero assicurazione sociale, cognome, nome, indirizzo di residenza, data di nascita, sesso). b) Indicazione se malattia, infortunio o maternità. c) Nome dell'assicurato. d) Numero fattura completo del fornitore di prestazioni per l'assicurato in questione compresa data della fattura. e) Numero registro dei codici creditori (No. RCC) e numero EAN del fornitore di prestazioni; no. EAN solo in caso di fatturazione elettronica oppure se disponibile. f) Numero registro dei codici creditori (NO: RCC) e numero EAN del medico prescrivente; No. EAN solo in caso di fatturazione elettronica oppure se disponibile. g) Grado di invalidità (assegno invalidità lieve / medio / elevato), se noto. h) Minuti erogati (decimali) per tipo di prestazione ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 lett. A) fino a c), calendario, totale prestazioni art. 7 OPRe per tipo di prestazione in minuti (decimali) e franchi. i) Durata della/e prestazione/i medica per il periodo di fatturazione. j) No. completo posizione EMap e quantità. <p>² Le parti contraenti elaborano congiuntamente i nuovi formulari di fatturazione uniformati che saranno validi dal 1° gennaio 2012.</p> |
| Art. 11 | Scambio elettronico dei dati (EDI) |
| | <p>¹ Le parti contraenti intendono arrivare allo scambio elettronico dei dati tra fornitori di prestazioni e assicuratori.</p> <p>² Gli assicuratori e i fornitori di prestazione possono convenire lo scambio elettronico dei dati. In questo caso i dati amministrativi e sanitari vengono inviati elettronicamente all'assicuratore con il formulario per la definizione dei bisogni (ai sensi dell'art. 6) e la fattura (ai sensi dell'art. 10). L'assicuratore riceve tutti i dati in forma strutturata e leggibili elettronicamente.</p> <p>³ Lo scambio elettronico dei dati relativi alla definizione dei bisogni e la fattura si orientano ad uno standard per la trasmissione dei dati congiuntamente convenuto. Questo standard viene definito in un concetto approvato congiuntamente dalle parti contraenti.</p> |
| Art. 12 | Obbligo di informare |
| | <p>I fornitori di prestazioni riconoscono che per legge compete loro (in particolare per quanto previsto dal CO sul mandato) un obbligo particolare di informazione nei confronti dei loro pazienti per quanto riguarda le prestazioni coperte dagli assicuratori malattie sociali ed eventualmente i costi non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico – sanitarie.</p> |

| | |
|----------------|---|
| Art. 13 | Protezione tariffaria |
| | Il fornitore di prestazioni si impegna a rispettare la protezione tariffaria ai sensi dell'art. 44 LAMal. |
| Art. 14 | Efficacia, appropriatezza ed economicità delle prestazioni |
| | Il fornitore di prestazioni si assume la responsabilità dell'impegno economico, appropriato ed efficace (EAE) delle sue prestazioni e del materiale utilizzato (art. 32 e 56 LAMal). |
| Art. 15 | Garanzia di qualità |
| | <p>¹ Le regole relative alla garanzia e alla promozione della qualità ai sensi degli art. 22a e 58 LAMal e art. 77 OAMal vengono definite separatamente. Esse sono estese alle prestazioni previste dalla legge e contrattualmente convenute, in particolare ai sensi dell'art. 7 segg. OPre. Esse dovrebbero avere validità per tutti i fornitori di prestazioni e gli assicuratori ederenti alla presente convenzione amministrativa.</p> <p>² Le parti contraenti convengono di sviluppare un programma di qualità entro il 2014.</p> |
| Art. 16 | Obbligo di informare dei fornitori di prestazioni |
| | <p>¹ Gli assicuratori hanno il mandato legale di verificare l'obbligo e l'economicità (EAE) delle prestazioni a loro fatturate. Essi effettuano a questo scopo i seguenti controlli:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. verifica della documentazione inoltrata dall'infermiera/e all'assicuratore, 2. verifica di dossier di clienti presso il fornitore di prestazioni, 3. verifica di singoli casi presso l'assicurato. <p>² L'obbligo di informare dei fornitori di prestazioni nei confronti degli assicuratori è assoggettato al principio di proporzionalità. Le parti interessate sono tenute a osservare le norme sulla protezione dei dati.</p> <p>³ Lo svolgimento delle verifiche è regolamentato nell'allegato 5.</p> |
| Art. 17 | Commissione paritetica |
| | <p>¹ Le liti tra assicuratori e fornitori di prestazioni, in linea di principio, vanno risolte direttamente dagli interessati.</p> <p>² Qualora non dovessero pervenire a un accordo, le parti in lite possono rivolgersi all'ASI-SBK ai sensi dell'art 89 LAMal.</p> |
| Art. 18 | Entrata in vigore / durata della convenzione |
| | La presente convenzione, unitamente agli allegati, entra in vigore il 1 aprile 2011 e viene conclusa a tempo indeterminato. |
| Art. 19 | Disdetta / recesso |
| | <p>¹ La convenzione amministrativa ed i suoi allegati possono venir recesi da tutte le parti firmatarie per la fine di un anno civile rispettando un termine di sei mesi, la prima volta per il 31.12.2011. Una disdetta deve venir inoltrata per iscritto. La disdetta di un solo assicuratore non ha per conseguenza la rescissione della convenzione amministrativa. La convenzione amministrativa ha validità per tutti gli altri firmatari.</p> <p>² Se l'ASI-SBK desidera inoltrare disdetta a tutti gli assicuratori, rappresentati da tarifsuisse AG firmataria della presente convenzione amministrativa, essa ha il diritto di procedere all'inoltro della disdetta in rappresentanza dei partner contrattuali. La lettera di disdetta deve contenere in modo chiaro ed irrequivocabile la referenza alla convenzione amministrativa.</p> |

| | |
|----------------|---|
| | <p>va che vuole esse disdetta, accompagnata da una spiegazione univoca da inoltrare a tutti gli assicuratori firmatari. La disdetta a singoli assicuratori firmatari non è possibile.</p> <p>³ Singoli assicuratori e fornitori di prestazioni possono recedere dal contratto, unitamente agli allegati, per la fine di un anno civile rispettando un termine di sei mesi. Il recesso da singole parti del contratto di collaborazione o da singoli allegati non è possibile.</p> |
| Art. 20 | Disposizioni transitorie |
| | <p>¹ Per il formulario per la definizione dei bisogni ai sensi dell'art. 6 vale la seguente disposizione transitoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per le prestazioni di cure ambulatoriali ai sensi dell'art. 3 cpv. 4: il formulario coem da allegato 2 è valido sino al 31.12.2011. La trasmissione della lista delle prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 Opre può venir provvisoriamente sostituito con l'indicazione corrispondente sul formulario per la definizione dei bisogni provvisorio. • Pe le prestazioni di cure ambulatoriali coem da allegato 4 (cure ambulatoriali in-house nonché soggiorni in centri diurni e notturni): i formulari transitori come negli allegati 9a e 9b sono validi fino al 31.12.2011. • A partire dal 01.01.2012 devono essere utilizzati i nuovi formulari che le parti contraenti avranno elaborato congiuntamente. <p>² Per il formulario di fatturazione ai sensi dell'art 10 vale la seguente disposizione transitoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per le prestazioni di cura ambulatoriali ai sensi dell'art. 3 cpv. 4: <ul style="list-style-type: none"> • I vecchi formulari, come da allegato 3, possono essere utilizzati fino al 31.12.2011. In alternativa si può anche utilizzare il formulario in conformità al modello General Invoice 4.1. (vedi Forum Datenaustausch). • A partire dal 01.01.2012 occorre utilizzare la versione cartacea o la versione General Invoice 4.3. • Per le prestazioni di cura ambulatoriali ai sensi dell'art. 3 cpv. 5 (cure ambulatoriali in-house nonché soggiorni in centri diurni e notturni): <ul style="list-style-type: none"> • I 12 livelli contributivi ai ssensi dell'art. 7°c pv. 3 Opre vanno integrati nei vecchi formulari. I formulari transitori possono essere utilizzati fino al 31.12.2011. • In alternativa si può anche utilizzare il formulario in conformità al modello General Invoice 4.1. (vedi Forum Datenaustausch). • A partire dal 01.01.2012 occorre utilizzare la versione cartacea o la versione General Invoice 4.3. <p>³ La fatturazione elettronica dovrebbe essere utilizzata nell'arco di 5 anni.</p> <p>⁴ Per l'oscambio elettronico die dati occorre un numero EAN (ora GLN). L'ASI-SBK informa i propri soci sulla nuova procedura e sull'assegnazione di un numero EAN (ora GLN).</p> |
| Art. 21 | Allegati |
| | <p>La presente convenzione contiene i seguenti allegati, che sono parte integrante della convenzione ai sensi dell'art 2:</p> <p>Allegato 1: Elenco dei fornitori di prestazioni aderenti alla convenzione amministrativa.</p> <p>Allegato 2: Formulario prescrizione medica / definizione dei bisogni con relativi allegati.</p> <p>Allegato 3: Formulari di fatturazione.</p> <p>Allegato 4: Strutture diurne e notturne.</p> <p>Allegato 5:</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Convenzione sui controlli degli assicuratori malattie.</p> <p>Allegato 6: Ambulatorio per il trattamento delle ferite.</p> <p>Allegato 7 Definizione delle prestazioni nell'ambito della maternità.</p> <p>Allegato 8 Definizione delle prestazioni in ambito delle cure psichiatriche ambulatoriali.</p> |
|--|---|

Berna / Soletta, il

Associazione svizzera infermiere e infermieri ASI

Pierre Théraulaz
Presidente

Elsbeth Wandeler
Segretaria generale

.....

Per gli assicuratori

tarifsuisse ag

Verena Nold
Direttrice

Gebhard Heuberger
Responsabile reparto cure

.....

| | |
|--|---|
| | Allegato 1: Elenco dei fornitori di prestazioni aderenti alla convenzione amministrativa |
| | Una lista aggiornata può essere richiesta all'ASI-SBK. |

Allegato:

- Lista dell prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 OPre.

Aggiunte 1 all'allegato 2

Lista delle prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 OPre.

Cognome _____ Nome _____

| | | | |
|--|---|---|------------------|
| Anzahl | = | Anzahl der Leistungen | |
| Häufigkeit | = | Einheit: <ul style="list-style-type: none"> • t2, t3...t7=an 2, 3...7 Tagen pro Woche • w=wöchentlich • m=monatlich j=jährlich • e=einmalig | |
| Beispiele | | | |
| Einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin 2 Mal täglich an 7 Tagen pro Woche | = | Anzahl 2 | Häufigkeit t7 |
| Hilfe beim Medizinalbad 2 Mal pro Woche | | 2 | w |

| Ankreuzen, wenn Leistung vorge-sehen ist | KLV Art. 7 Abs. 2 | Beschreibung Leistungsdetail (gemäss Art. 7 Abs. 2 KLV) | Anzahl: wie oft soll die Leistung er-bracht werden | Häufigkeit: Einheit der geplanten Leistung | |
|--|-------------------|---|--|--|--|
| | lit. a Ziff. 1 | Abklärung des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten oder der Patientin und Planung der notwendigen Massnahmen zusammen mit dem Arzt oder der Ärztin und dem Patienten oder der Patientin | | | |
| | lit. a Ziff. 2 | Beratung des Patienten oder der Patientin sowie gegebenenfalls der nichtberuflich an der Kranken-pflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit Krankheitssymptomen, bei der Einnahme von Medi-kamenten oder beim Gebrauch medizinischer Gerä-te, und Vornahme der notwendigen Kontrollen | | | |
| | lit. b Ziff. 1 | Messung der Vitalzeichen (Puls, Blutdruck, Tempe-ratur, Atem, Gewicht) | | | |
| | lit. b Ziff. 2 | einfache Bestimmung des Zuckers in Blut und Urin | | | |
| | lit. b Ziff. 3 | Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Labor-zwecken | | | |
| | lit. b Ziff. 4 | Massnahmen zur Atemtherapie (wie O2-Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen) | | | |
| | lit. b Ziff. 5 | Einführung von Sonden oder Kathetern und die damit verbundenen pflegerischen Massnahmen | | | |
| | lit. b Ziff. 6 | Massnahmen bei Hämö- oder Peritonealdialyse | | | |
| | lit. b Ziff. 7 | Verabreichung von Medikamenten, insbesondere durch Injektion oder Infusion | | | |
| | lit. b Ziff. 8 | Enterale oder parenterale Verabreichung von Nährlösungen | | | |
| | lit. b Ziff. 9 | Massnahmen zur Überwachung von Infusionen, Transfusionen und Geräten, die der Behandlung oder der Kontrolle und Erhaltung von vitalen Funkti-onen dienen | | | |
| | lit. b Ziff. 10 | Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden (inkl. Dekubitus- und Ulcus-cruris-Pflege) und von Kör-perhöhlen (inkl. Stoma- und Tracheostomiepflege) | | | |

| | | | | | |
|--|-----------------|---|--|--|--|
| | | sowie Fusspflege bei Diabetikern | | | |
| | lit. b Ziff. 11 | Pflegerische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung, , inkl. Rehabilitationsgymnastik bei Inkontinenz | | | |
| | lit. b Ziff. 12 | Hilfe bei Medizinal-, Teil- oder Vollbädern etc.; Anwendung von Wickeln, Packungen und Fangpackungen | | | |
| | lit. b Ziff. 13 | pflegerische Massnahmen zur Umsetzung der ärztlichen Therapie im Alltag, wie Einüben von Bewältigungsstrategien und Anleitung im Umgang mit Aggression, Angst, Wahnvorstellungen | | | |
| | lit. b Ziff. 14 | Unterstützung für psychisch kranke Personen in Krisensituationen, insbesondere zur Vermeidung von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung | | | |
| | lit. c Ziff. 1 | Allgemeine Grundpflege bei Patientinnen und Patienten, welche die Tätigkeiten nicht selbst ausführen können, wie Beine einbinden, Kompressionsstrümpfe anlegen; Betten, Lagern; Bewegungsübungen, Mobilisieren; Dekubitusprophylaxe, Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut; Hilfe bei der Mund- und Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim essen und Trinken | | | |
| | lit. c Ziff. 2 | Massnahmen zur Überwachung und Unterstützung psychisch kranker Personen in der grundlegenden Alltagsbewältigung, wie Erarbeitung und Einübung einer angepassten Tagesstruktur, zielgerichtetes Training zur Gestaltung und Förderung sozialer Kontakte, Unterstützung beim Einsatz von Orientierungshilfen und Sicherheitsmassnahmen | | | |
| | | | | | |

Allegato 3: Formulario di fatturazione

- **4a: Per le prestazioni ambulatoriali ai sensi dell'art 3 cpv. 4 della presente convenzione: versione definitiva pendente.**

Formulario transitorio:

| RECHNUNG | | | | | |
|--|----------|------------------|--|----------|------------------|
| Personalien Kunden/in | | | Name und Adresse der Versicherung | | |
| Name | | | | | |
| Vorname | | | | | |
| Adresse | | | | | |
| PLZ/Ort | | | | | |
| Telefon | | | | | |
| Geburtsdatum | | | | | |
| Versicherten-Nr. | | | | | |
| Verordnender Arzt/Ärztin | | | Pflegefachfrau/Pflegefachmann | | |
| Name | | | Name | | |
| Vorname | | | Vorname | | |
| Adresse | | | Adresse | | |
| PLZ/Ort | | | PLZ/Ort | | |
| Telefon | | | Telefon | | |
| ZSR-Nummer | | | ZSR-Nummer | | |
| Es handelt sich um: <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Prävention <input type="checkbox"/> Mutterschaft Die Behandlung ist: <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> muss weitergeführt werden | | | | | |
| Kalendarium (Anzahl erbrachte Stunden in den beiden Vormonaten: Std.) | | | | | |
| Ausgeführte Leistungen nach KLV 7 von..... bis | | | | | |
| Datum | Leistung | Dauer Minuten | Datum | Leistung | Dauer Minuten |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Material gemäss MiGeL | | Positionsnummer | Material gemäss MiGeL | | Positionsnummer |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Gesamttotal Tarif a in Minuten | | | CHF | | |
| Gesamttotal Tarif b in Minuten | | | CHF | | |
| Gesamttotal Tarif c in Minuten | | | CHF | | |
| Gesamttotal KLV 7 in Minuten | | | CHF | | |
| Gesamttotal Material gemäss MiGeL | | | CHF | | |
| Rechnungsdatum: | | | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;"> Rechnungsbetrag CHF </div> | | |

Version April 2011

1. Definizione

Prestazioni ambulatoriali in strutture diurne o notturne sono:

- a) **Centri diurni o notturni** come i Foyer de jour, Centro diurno, UAT-VD ed altre offerte paragonabili. La/il paziente vive al proprio domicilio e torna al proprio domicilio. Nel giro di 24 ore può venir attivato il centro diurno o notturno. Un accumulo dell'offerta non è possibile.
- b) **Cure ambulatoriali Cure-In-House ("In-House-Spitex")** come residenze per Senior, appartamenti per anziani, appartamenti protetti, UAT-GE, appartements/logements protégés médicalisés et non médicalisés ed altre offerte paragonabili. Cure In-House ambulatoriali si definiscono per l'offerta di disponibilità e reperibilità sull'arco di 24 ore, 7 giorni su 7 la settimana, di prestazioni di aiuto e cure infermieristiche. Le prestazioni infermieristiche vengono prettamente offerte, erogate e fatturate dall'offerente della struttura residenziale (locatore o proprietario), se date all'interno della residenza abitativa. Le prestazioni di cura sono quindi componente integrante della struttura residenziale.

Queste prestazioni vengono rimborsati ai sensi dell'art 7a cpv. 4 OPre.

2. Il fornitore di prestazioni può erogare prestazioni ai sensi dell'art. 7 Opre solo personalmente. Questo vale anche per l'erogazione di prestazioni all'interno di strutture diurne o notturne.
3. Il fornitore di prestazioni può fatturare con il No. RCC solo prestazioni erogate da egli stesso e non può con il No. RCC gestire una struttura diurna o notturna.
4. Se il fornitore di prestazioni eroga regolarmente prestazioni all'interno di strutture diurne o notturne, deve utilizzare il formulario di definizione e prescrizione dei bisogni 9a per strutture diurne o notturne e 9b per le cure ambulatoriali in In-House. La fatturazione per la prestazione di cure in strutture diurne-notturne e In-House, avviene tramite l'utilizzo del formulario dell'allegato 9c.
5. Indicazioni dettagliate per il formulario di definizione dei bisogni:

L'annuncio contiene le seguenti indicazioni:

- a) Dati dell'assicurato (No. Assicurato, No. D'assicurazione sociale, No. Carta assicurativa, cognome, nome, indirizzo di domicilio, data di nascita, sesso).
- b) Indicazioni se caso di malattia, infortunio o maternità.
- c) Nome dell'assicurazione.
- d) Numero registro dei codici creditori (No. RCC) e numero EAN del fornitore di prestazioni; No. EAN obbligatorio solo in caso di dichiarazione elettronica, altrimenti se disponibile.
- e) Grado di invalidità (assegno invalidità lieve / medio / elevato), se noto.
- f) Durata della prescrizione medica (dal... al...).
- g) Nome, No. Registro dei codici creditori (No. RCC) e numero EAN del medico prescrivente; No. EAN obbligatorio solo in caso di fatturazione elettronica, altrimenti se disponibile.
- h) Fabbisogno previsto di prodotti EMAP, elencato con il numero a due cifre del gruppo dei prodotti.
- i) Stima del grado di indipendenza.
- j) Numero preventivato di minuti per tipo di prestazione al giorno ed il relativo risultato in gradi ai sensi dell'art. 7a cpv. 3 Opre.

6. Rimborso

Con il rimborso dei costi ai sensi dell'art. 7a cpv. 3 OPre vengono riconosciute tutte le prestazioni di cura ai sensi dell'assicurazione malattie nelle strutture diurne o notturne ai sensi dell'art. 7a cpv. 4 OPre per prestazioni infermieristiche ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 OPre.

7. La fattura comprende le seguenti indicazioni:

- a) Dati dell'assicurato (numero di assicurato, numero assicurazione sociale, cognome, nome,

- indirizzo di residenza, data di nascita, sesso).
- b) Indicazione se malattia, infortunio o maternità.
 - c) Nome dell'assicurato.
 - d) Numero fattura completo del fornitore di prestazioni per l'assicurato in questione compresa data della fattura.
 - e) Numero registro dei codici creditori (No. RCC) e numero EAN del fornitore di prestazioni; no. EAN solo in caso di fatturazione elettronica oppure se disponibile.
 - f) Numero registro dei codici creditori (NO: RCC) e numero EAN del medico prescrivente; No. EAN solo in caso di fatturazione elettronica oppure se disponibile.
 - g) Grado di invalidità (assegno invalidità lieve / medio / elevato), se noto.
 - h) Durata della/e prestazione/i medica per il periodo di fatturazione.
 - k) No. completo posizione EMap e quantità.
 - j) Calendario con relativo grado di contributo.

8. Per il resto valgono le disposizioni degli allegati fondamentali della convenzione amministrativa...

9. Formulari

- Formulario per la definizione dei bisogni 9 a e b:
- a: per le strutture diurne o notturne. Versione definitiva pendente. Soluzione transitoria: Formulari transitori (aggiunte)
- b: Per In-House-Pflege: Versione definitiva pendente. Soluzione transitoria: Formulari transitori (aggiunte)

9 a Prescrizione medica / Definizione dei bisogni per cure in strutture diurne o notturne

Ärztliche Anordnung /Bedarfsmeldeformular für Tages- oder Nachtstätten

Name Krankenversicherer.....
 Vorname..... Versicherten-Nr.
 Strasse.....
 PLZ/Ort falls Leistungen nach UVG:
 Geburtsdatum Unfallversicherer

Geschlecht weiblich männlich

Aufenthalt wegen: Krankheit Invalidität Unfall

Hilflosenentschädigung: keine leicht mittel schwer

Anordnung: 1. Anordnung Fortsetzungsanordnung

Dauer (Art. 8 KLV) gültig für: 3 Monate 6 Monate von bis

Zusätzlicher Bezug von Pflegeleistungen: nein ja

wenn ja, durch (Name & ZSR.Nr.)

| | Selbstständigkeit | | | | Bemerkungen | | | |
|---|-------------------|---|---|----|-------------------|----------|-----------------------|-------------|
| | -- | - | + | ++ | | | | |
| Verstehen und sich ausdrücken | | | | | | | | |
| Sich orientieren | | | | | | | | |
| Mitwirkungsfähigkeit / Compliance / Adherence | | | | | | | | |
| | | | | | Pflegetätigkeiten | | Total Minuten pro Tag | Bemerkungen |
| | | | | | einmal | mehrmals | | |
| Sich bewegen / Mobilität | | | | | | | | |
| Essen und trinken | | | | | | | | |
| Sich waschen und kleiden | | | | | | | | |
| Ausscheiden | | | | | | | | |
| Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV | | | | | | | | |
| Andere Leistungen (beschreiben): | | | | | | | | |
| Total Minuten | | | | | | | | |
| Stufe gemäss Art. 7a KLV | | | | | | | | |

| Aufenthaltstage in der Tages- / Nachtstätte | pro Woche | pro Monat |
|--|-----------|-----------|
| Dauer pro Aufenthaltstag von bis Uhr | | |
| Dauer pro Aufenthaltstag von bis Uhr | | |

Besonderes:

Name der Organisation: **Ärztin/Arzt:**

ZSR Nummer: ZSR Nummer:

Datum: Datum:

Unterschrift: Unterschrift:

Das Bedarfsmeldeformular muss spätestens 14 Kalendertage nach Pflegebeginn zusammen mit der Ärztin/dem Arzt ausgefüllt werden. Die Tagesstätte sendet das vollständige Original an den Versicherer und informiert involvierte Spitex-Organisationen oder selbstständig Pflegende über den Aufenthalt.

9 b Prescrizione medica / Definizione dei bisogni per cure ambulatoriali In-House-Pflege („In-House-Spitex“)

Ärztliche Anordnung /Bedarfsmeldung für ambulante In-House-Pflege

Name Krankenversicherer.....
 Vorname..... Versicherten-Nr.
 Strasse
 PLZ/Ort falls Leistungen nach UVG:
 Geburtsdatum Unfallversicherer

Geschlecht weiblich männlich

Behandlungsgrund: Krankheit Invalidität Unfall

Hilflosenentschädigung: keine leicht mittel schwer

Anordnung: 1. Anordnung Fortsetzungsanordnung

Dauer (Art. 8 KLV) gültig für: 3 Monate 6 Monate von bis

Zusätzlicher Bezug von Pflegeleistungen: nein ja
 wenn ja, durch (Name & ZSR.Nr.)

| | Selbstständigkeit | | | | Bemerkungen | | |
|---|-------------------|---|---|----|-------------------|----------|-------------|
| | -- | - | + | ++ | | | |
| Verstehen und sich ausdrücken | | | | | | | |
| Sich orientieren | | | | | | | |
| Mitwirkungsfähigkeit / Compliance / Adherence | | | | | | | |
| | | | | | Pflegetätigkeiten | | Bemerkungen |
| | | | | | einmal | mehrmals | |
| Sich bewegen / Mobilität | | | | | | | |
| Essen und trinken | | | | | | | |
| Sich waschen und kleiden | | | | | | | |
| Ausscheiden | | | | | | | |
| Behandlungspflege Art. 7 Abs. 2 b KLV | | | | | | | |
| Andere Leistungen (beschreiben): | | | | | | | |
| Total Minuten | | | | | | | |
| Stufe gemäss Art. 7a KLV | | | | | | | |

| Behandlungstage In-House-Pflege | pro Woche | pro Monat |
|---------------------------------|-----------|-----------|
| Anzahl Tage | | |

Besonderes:

Name der Organisation: **Ärztin/Arzt:**

ZSR Nummer: ZSR Nummer:

Datum: Datum:

Unterschrift: Unterschrift:

Das Bedarfsmeldeformular muss spätestens 14 Kalendertage nach Pflegebeginn zusammen mit der Ärztin/dem Arzt ausgefüllt werden. Die ambulante In-House-Pflege sendet das vollständige Original an den Versicherer.

Formulari per la fatturazione 9c:

Versione definitiva pendente.

Formulario transitorio e aggiunte

| RECHNUNG für Tages- oder Nachtstrukturen nach Artikel 7 Absatz 2ter KLV | | | | | | | |
|--|---|-----------------|---|---|-----------------|-----------------|-----------|
| Personalien Kunden/in | | | Name und Adresse der Versicherung | | | | |
| Name _____ | | | | | | | |
| Vorname _____ | | | | | | | |
| Adresse _____ | | | | | | | |
| PLZ/Ort _____ | | | | | | | |
| Telefon _____ | | | | | | | |
| Geburtsdatum _____ | | | | | | | |
| Versicherten-Nr. _____ | | | | | | | |
| Verordnender Arzt/Ärztin | | | Pflegefachfrau/Pflegefachmann | | | | |
| Name _____ | | | | | | | |
| Vorname _____ | | | | | | | |
| Adresse _____ | | | | | | | |
| PLZ/Ort _____ | | | | | | | |
| Telefon _____ | | | | | | | |
| ZSR-Nummer _____ | | | | | | | |
| Es handelt sich um: <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Invalidität <input type="checkbox"/> Prävention <input type="checkbox"/> Mutterschaft Die Behandlung ist: <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> muss weitergeführt werden | | | | | | | |
| Kalendarium (letzte Einstufung im Vormonat): | | | | | | | |
| Ausgeführte Leistungen nach KLV 7 von..... bis | | | | | | | |
| Datum | Pflegebedarf (Stufe nach KLV 7a Abs. 3 a bis I) | CHF | Datum | Pflegebedarf (Stufe nach KLV 7a Abs. 3 a bis I) | CHF | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Material gemäss MiGeL | | Positionsnummer | Material gemäss MiGeL | | Positionsnummer | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Gesamttotal KLV 7 Anzahl Tage | | | CHF | | | | |
| Gesamttotal KLV 7 Anzahl Nächte | | | CHF | | | | |
| Gesamttotal Material gemäss MiGeL | | | CHF | | | | |
| Rechnungsdatum: | | | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Rechnungsbetrag</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">CHF</td> </tr> </table> | | | Rechnungsbetrag | CHF |
| Rechnungsbetrag | | | | | | | |
| CHF | | | | | | | |

Version April 2011

Allegato 5: Convenzione sui controlli degli assicuratori malattie

1. Verifica presso l'assicuratore

Procedura a due livelli per la verifica dell'obbligo e dell'economicità delle prestazioni fatturate sulla base dei documenti inoltrati all'assicuratore.

1° livello:

Il fornitore di prestazioni mette sistematicamente a disposizione dell'assicuratore i seguenti documenti:

- formulario per la definizione dei bisogni ai sensi dell'art. 6
- formulario per la fatturazione ai sensi dell'art. 10
- quale allegato alla definizione dei bisogni: lista delle prestazioni ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 Opre.

2° livello:

In considerazione dell'art. 42 cpv. 5 LAMal, il fornitore di prestazioni mette a disposizione dell'assicuratore e su sua richiesta altri documenti rilevanti.

2. Verifica presso il fornitore di prestazioni

Procedura per la verifica dell'obbligo dell'economicità, appropriatezza ed efficacia (EAE) delle prestazioni fatturate sulla base di dossier aperti di pazienti selezionati presso il fornitore di prestazioni.

- L'assicuratore annuncia la visita di controllo presso il fornitore di prestazioni. Il controllo viene effettuato entro 30 giorni di calendario dall'annuncio. In casi eccezionali, d'intesa reciproca, si può derogare da questo termine.
- In considerazione dell'art. 42 cpv. 5 LAMal, nonché del principio di proporzionalità, il fornitore di prestazioni sottopone, nel proprio ufficio, per visione alla persona incaricata del controllo da parte dell'assicuratore, tutte le informazioni rilevanti relativi agli incarti richiesti e non già fornite loro in precedenza.
- A controllo effettuato, l'assicuratore deve dare entro 10 giorni un riscontro scritto al fornitore di prestazioni.

3. Verifica di singoli casi presso l'assicurato

Procedura per la verifica dell'obbligo e dell'economicità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni fatturate nell'ambito di un intervento di cura presso l'assicurato.

- La visita di controllo può essere effettuata durante un intervento regolare del fornitore di prestazioni. In questo caso l'assicuratore informa il fornitore di prestazioni almeno 14 giorni di calendario prima della visita programmata.
- A visita di controllo effettuata, l'assicuratore deve dare entro 10 giorni, un riscontro scritto al fornitore di prestazioni.

| | |
|--|--|
| | Allegato 6: Ambulatorio trattamento ferite. |
|--|--|

pendente

| | |
|--|---|
| | Allegato 7: Definizione prestazioni in ambito maternità. |
|--|---|

pendente

| | |
|--|--|
| | Allegato 8: Definizione prestazioni in ambito cure ambulatoriali psichiatriche. |
|--|--|

pendente