

DISPOSIZIONI D'ESECUZIONE

relative alla Convenzione tariffaria disciplinante la remunerazione
delle prestazioni di dietiste negli ospedali

Art. 1 Prescrizione medica

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

²Se 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

¹Si 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.

²La fattura risp. la prescrizione deve contenere i seguenti dati:

- a cognome, nome, indirizzo, numero del codice creditori risp. numero EAN del capo responsabile
- b cognome, nome, indirizzo e numero del codice creditori risp. 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 della dietista 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
- f importo complessivo della fattura

Art. 3 Modalità di remunerazione

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

²Per 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

¹Le parti contraenti promuovono il trasferimento elettronico dei dati.

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

³I dettagli sono disciplinati in un accordo separato.

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

¹Per finanziare i costi derivanti dall'elaborazione e dall'esecuzione della Convenzione tra H+ e gli assicuratori, 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.

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

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

⁴La 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.

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

⁶In caso di mancato versamento da parte degli ospedali, gli assicuratori non sono tenuti a remunerare le prestazioni.

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

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

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

¹⁰L'incasso è affidato alla segreteria della CPF.

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

¹²Le 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.