

## **Allegato D: Fatturazione e scambio di dati**

### **1. Principio**

- <sup>1</sup> Il presente allegato disciplina la fatturazione e lo scambio di dati ai sensi della parte V della convenzione sulla struttura tariffale.

### **2. Scambio digitale di dati con SHIP**

- <sup>1</sup> I fornitori di prestazioni e gli assicuratori concordano lo scambio digitale di tutte le informazioni relative al caso terapeutico nel modo seguente:
- La trasmissione delle fatture avviene con lo standard XML di volta in volta vigente ai sensi del Forum Scambio di dati tramite il sistema di notifica bidirezionale SHIP.
  - La trasmissione di tutti gli altri dati avviene con il sistema di notifica bidirezionale SHIP ai sensi degli standard eCH disponibili del gruppo di specialisti “Amministrazione sistema sanitario”.
  - Laddove ancora non è possibile effettuare la trasmissione dei dati con SHIP, viene effettuata con lo standard XML di volta in volta vigente del Forum Scambio di dati tramite i canali finora usati.
  - In ogni caso il fornitore di prestazioni deve indicare il proprio numero di RCC, il numero GLN e/o il numero C del medico curante.

### **3. Disposizioni aggiuntive alla fatturazione con SHIP**

- <sup>1</sup> Per la fatturazione il fornitore di prestazioni deve inoltre dichiarare i seguenti elementi/attributi definiti quali opzionali ai sensi del Forum Scambio di dati:
- Indicazioni sul paziente/sulla persona assicurata
    - Numero dell'assicurazione sociale o numero AVS ai sensi dell'art. 59 cpv. 1 lett. e OAMal
    - Numero d'identificazione della tessera d'assicurato ai sensi dell'art. 59 cpv. 1 lett. d OAMal
  - Indicazioni specifiche sul caso
    - Il numero completo di fatturazione del fornitore di prestazioni per il paziente in questione / la persona assicurata, compresa la data della fattura
    - L'indicazione se si tratta di malattia, infortunio o altro (prevenzione, invalidità, militare, maternità)
    - Indicazioni relative al medico inviante o prescrivente (numero RCC e GLN), se disponibile
    - Fornitore di prestazioni che esegue (provider\_id), se necessario
    - Fornitore di prestazioni responsabile (responsible\_id), se necessario
    - Informazioni generali sul trattamento (calendario, Cantone in cui viene fornita la prestazione)
    - Tipo di tariffa, posizione tariffale, denominazione della prestazione, cost-weight, eventuale fattore di correzione durante la fase di neutralità dei costi ai

sensi dell'allegato F, prezzo, importo della prestazione, quantità, importo complessivo

- 2 Al momento della fatturazione i fornitori di prestazioni per ogni contatto fatturabile per paziente trasmettono inoltre all'assicuratore le seguenti informazioni:
- Attribuzioni al capitolo ai sensi dell'output del grouper (capitulum)
  - Diagnosi ai sensi dell'ICD-10-GM (prima lettera)
  - Codici CHOP pertinenti per il raggruppamento
  - Medicamenti pertinenti per la compensazione dei rischi
  - Informazioni concernenti il settore specializzato del fornitore di prestazioni nell'ambiente ambulatoriale nel formato seguente: < ENT-ID | settore specializzato> e <BURGESV | settore specializzato>

#### 4. Fatturazione e scambio di dati senza SHIP

- 1 Fornitori di prestazioni ed enti finanziatori che ancora non sono in grado di scambiare fatture e dati con SHIP conformemente a eCH, disciplinano la fatturazione e lo scambio di dati nel modo seguente:
- 2 Su tutte le fatture e la corrispondenza tra il fornitore di prestazioni e i rispettivi assicuratori vanno riportati:
- a) nome, numero RCC, GLN e/o numero C del fornitore di prestazioni
  - b) nome e GLN dell'assicuratore
  - c) indicazioni in merito al paziente / alla persona assicurata:
    - numero d'identificazione della tessera d'assicurato ai sensi dell'art. 59 cpv. 1 lett. d OAMal
    - numero dell'assicurazione sociale o numero AVS ai sensi dell'art. 59 cpv. 1 lett. e OAMal
    - cognome
    - nome
    - indirizzo / domicilio
    - data di nascita
    - sesso
  - d) data del caso
  - e) numero del caso (ACID)
  - f) numero del paziente (APID)
- 3 Al momento della fatturazione i fornitori di prestazioni trasmettono inoltre all'assicuratore le seguenti informazioni:
- Attribuzioni al capitolo ai sensi dell'output del grouper (capitulum)
  - Diagnosi ai sensi dell'ICD-10-GM (prima lettera)
  - Codici CHOP pertinenti per il raggruppamento
  - Medicamenti pertinenti per la compensazione dei rischi
  - Informazioni concernenti il settore specializzato del fornitore di prestazioni nell'ambiente ambulatoriale nel formato seguente: < ENT-ID | settore specializzato> und <BURGESV | settore specializzato>

#### 5. Ulteriori modalità di fatturazione

- 1 Il pagamento avviene di regola entro 30 giorni dalla ricezione della fattura.

- 2 Se al momento della fatturazione per determinare l'estensione delle prestazioni è necessario effettuare ulteriori chiarimenti (ad es. richiesta di ulteriori documenti), il termine indicato nel capoverso 1 è sospeso.
- 3 In casi motivati il fornitore di prestazioni, su richiesta dell'assicuratore, deve inviare a quest'ultimo gratuitamente ulteriori documenti medico-sanitari all'attenzione del medico di fiducia, necessari per il controllo della fatturazione.
- 4 L'assicuratore motiva eventuali reclami. Il termine di pagamento è interrotto per la parte contestata della fattura. L'assicuratore salda la parte non contestata sulla base di una nuova fattura.
- 5 Nei confronti del fornitore di prestazioni l'assicuratore può pure far valere un difetto evidente nella fatturazione pure dopo l'avvenuto pagamento della fattura e richiedere in ogni momento il rimborso delle prestazioni fornite a torto.
- 6 Se un paziente / una persona assicurata dovesse cambiare assicuratore per il 30 giugno, al più tardi entro il 31 luglio dell'anno in questione il fornitore di prestazioni allestisce una fattura intermedia che considera le prestazioni effettuate fino al 30 giugno. Per il 31 dicembre il fornitore di prestazioni allestisce una fattura intermedia per principio al più tardi entro il 31 gennaio dell'anno successivo.
- 7 In caso di decesso, la fattura finale deve essere emessa entro 30 giorni dalla presa di conoscenza.
- 8 La fatturazione avviene per le prestazioni obbligatorie dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le prestazioni non obbligatorie vanno fatturate separatamente al paziente / alla persona assicurata.