

Fatturazione e scambio di dati

Allegato H alla convenzione tariffale

Valido dal 1° gennaio 2027

Stato: Approvato dal gruppo di lavoro per le modalità di applicazione e interpretazione tecnico-regolamentare della tariffa il 27 gennaio 2026, approvato dal Consiglio di amministrazione dell'OTMA SA il 17 aprile 2026, non ancora approvato dal Consiglio federale.

Preambolo

- ¹ Il presente allegato disciplina la fatturazione e lo scambio di dati ai sensi della sezione VI della convenzione tariffale.
- ² Le parti contrattuali si impegnano ad attuare e applicare in modo uniforme le direttive concernenti il modulo di fatturazione uniforme, la fatturazione elettronica e il trasferimento dei dati medici.
- ³ Il fornitore di prestazioni emette la fattura all'assicuratore secondo lo standard più attuale del «Forum Datenaustausch» (Forum sullo scambio dei dati), rispettivamente secondo quello che consente di soddisfare interamente i requisiti previsti dalla presente convenzione tariffale, utilizzando a tale scopo un modulo unitario. Altri standard - ad es. secondo il gruppo specializzato eCH Amministrazione sistema sanitario - sono possibili e devono essere concordati di conseguenza nelle convenzioni tariffali.
- ⁴ Ai fini della fatturazione, le parti contrattuali si impegnano a rispettare le disposizioni di legge in materia di protezione dei dati. La trasmissione di tutti i dati in formato elettronico deve avvenire tramite canali protetti e criptati.
- ⁵ Il valore del punto tariffario è disciplinato in convenzioni tariffarie separate.

1. Fatturazione e remunerazione

- ¹ Secondo il sistema del Tiers garant, debitore della remunerazione per la prestazione medica è l'assicurato ai sensi dell'art. 42 cpv. 1 LAMal. L'assicuratore e il fornitore di prestazioni possono anche concordare che la remunerazione sia dovuta dall'assicuratore (sistema del Tiers payant, art. 42 cpv. 2 LAMal). L'accordo in merito al Tiers payant deve essere regolato nelle convenzioni tariffali.
- ² Nel sistema del Tiers garant, il fornitore di prestazioni invia alla persona assicurata la fattura e un giustificativo per il rimborso, il che significa che la persona assicurata resta debitrice.

2. Cessione

- ¹ In singoli casi, prima della fatturazione, il fornitore di prestazioni può concordare per iscritto con l'assicuratore che quest'ultimo gli versi direttamente l'importo del rimborso che deve alla persona assicurata. Il relativo accordo deve essere limitato dal punto di vista temporale e deve essere disciplinato nelle convenzioni tariffali.

3. Campi di dati da trasmettere

- ¹ I fornitori di prestazioni e i sostenitori dei costi disciplinano la fatturazione e i campi di dati da trasmettere nel modo seguente.
- ² Deve essere possibile rappresentare insieme, in un'unica fattura, diverse prestazioni ambulatoriali, indipendentemente dal fatto che vengano fatturate mediante la TARDOC o i forfait ambulatoriali.
- ³ In generale vale il principio che: devono essere trasmessi tutti i campi stabiliti nelle rispettive leggi o nelle convenzioni tariffali.

⁴ In tutte le fatture e in tutta la corrispondenza tra il fornitore di prestazioni e il rispettivo assicuratore devono essere indicati:

a. dati dell'emittente della fattura:

- nome;
- numero RCC;
- GLN;

b. dati del fornitore di prestazioni:

- nome;
- numero RCC;
- GLN;

c. nome e GLN dell'assicuratore;

d. dati della persona assicurata:

- cognome;
- nome;
- indirizzo di domicilio;
- data di nascita;
- sesso (per la fatturazione di trattamenti relativi a persone intersessuali, ai fini della fatturazione fa fede il sesso trattato);
- numero d'identificazione della tessera di assicurato ai sensi dell'art. 59 cpv. 1 lett. d OAMal;
- numero di assicurazione sociale o numero AVS ai sensi dell'art. 59 cpv. 1 lett. e OAMal;

e. Cantone di erogazione delle prestazioni;

f. legge;

g. data del trattamento;

h. motivo del trattamento (malattia, infortunio, maternità, prevenzione, malattie congenita, non noto);

i. numero completo della fattura del fornitore di prestazioni per la persona assicurata in questione, inclusa la data della fattura;

j. dati del medico inviante o prescrivente (numero RCC e GLN), se disponibili;

k. informazioni generali sul trattamento, per ogni riga:

- data;
- tipo di tariffa;
- posizione tariffaria;
- denominazione della posizione tariffaria;
- cifra di riferimento (solo singole prestazioni);
- numero della seduta (solo singole prestazioni);
- indicazione del lato (solo singole prestazioni);
- quantità;
- punti tariffari e valore del punto tariffario;
- External Factor secondo l'allegato E della convenzione tariffale;
- importo in franchi;
- GLN del medico responsabile;

- GLN del medico eseguito oppure, ove applicabile, dell'operatore non medico;
- informazioni sull'obbligo di fornire le prestazioni secondo il diritto vigente;
- aliquota IVA;
- indicazione del settore specialistico da parte di istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici ai sensi dell'art. 35 cpv. 2 lett. n LAMal, nonché di ospedali ai sensi dell'art. 35 cpv. 2 lett. h LAMal.

⁵ In aggiunta al cpv. 4, per ogni trattamento nel campo di applicazione della TARDOC, i fornitori di prestazioni trasmettono le seguenti informazioni a livello della seduta:

a. diagnosi completa sulla base del codice ticinese (terminale) o sulla base dell'ICD-10-GM secondo l'allegato C alla convenzione tariffale. Anche per quanto concerne la diagnosi sulla base dell'ICD-10-GM l'obiettivo è una fornitura terminale. Se, per motivi di protezione dei dati, ciò non dovesse essere possibile, le parti contrattuali si accorderanno sulla fornitura quantomeno della 1^a lettera della diagnosi. Indipendentemente da ciò, il fornitore di prestazioni garantirà che dalle informazioni trasmesse riguardo alla diagnosi risulti se si tratta di una diagnosi secondo il codice ticinese o secondo ICD-10-GM;

⁶ in aggiunta al cpv. 4, per ogni trattamento nel campo di applicazione dei forfait ambulatoriali, i fornitori di prestazioni trasmettono le seguenti informazioni:

- a. diagnosi completa sulla base dell'ICD-10-GM secondo l'allegato C della convenzione tariffale. L'obiettivo è una fornitura terminale. Se, per motivi di protezione dei dati, ciò non dovesse essere possibile, le parti contrattuali si accorderanno sulla fornitura quantomeno della 1^a lettera della diagnosi;
- b. se la protezione dei dati non consente la fornitura della diagnosi completa, oltre alla 1^a lettera della diagnosi dovranno essere fornite le assegnazioni ai capitoli secondo l'output del Grouper (Capitulum);
- c. se un trattamento ambulatoriale è comprende più contatti con il paziente raggruppati, sulla fattura viene inclusa solo una diagnosi, anche se le diagnosi dei relativi contatti con il paziente sono diversi (per dettagli vedi allegato C rispettivamente chiarimenti relativi all'allegato C);
- d. le posizioni rilevanti per il raggruppamento tratte dall'Elenco delle prestazioni per tariffe mediche ambulatoriali (EPTMA), inclusa l'indicazione del lato;
- e. tutti i medicinali applicati e/o iniettati, tuttavia come minimo tutti i medicinali dell'elenco delle specialità (ES): senza valutazione (importo in franchi =0).

4. Ulteriori modalità di fatturazione

¹ Se nelle convenzioni tariffarie non è stato stabilito altrimenti, l'assicuratore versa al fornitore di prestazioni la parte della fattura non contestata di norma entro 30 giorni dal ricevimento della fattura.

² L'assicuratore è tenuto a motivare le contestazioni. La decorrenza del termine di pagamento viene sospesa per la parte della fattura contestata.

- ³ Nel caso dei forfait ambulatoriali, la contestazione riguarda sempre l'intero importo forfettario. Solo le singole prestazioni possono essere contestate separatamente.

5. Sostituti, assistenti di studio medico o medici che svolgono il perfezionamento professionale per un titolo di specializzazione rilevante ai fini dei valori intrinseci nel campo degli studi medici

- ¹ In linea di principio, il medico è tenuto a fornire la sua prestazione personalmente. Tenendo in considerazione la legislazione vigente, ha tuttavia facoltà di avvalersi di assistenti di studio medico, medici che svolgono il perfezionamento professionale per un titolo di specializzazione rilevante ai fini dei valori intrinseci (ai sensi dell'allegato F alla convenzione tariffale, cifra 1.2) o sostituti.
- ² In caso di assenza prolungata del titolare dello studio medico è possibile assumere un sostituto. Sono fatte salve le altre soluzioni previste dalla legge.
- ³ Nell'ambito della presente convenzione il medico, in quanto titolare del numero RCC (risp. del GLN), è responsabile del comportamento medico del suo sostituto, assistente di studio medico o medico che svolge il perfezionamento professionale per un titolo di specializzazione rilevante ai fini dei valori intrinseci.
- ⁴ Sulle fatture, per le posizioni tariffarie relative a prestazioni mediche devono essere indicati sempre il medico responsabile e quello eseguito con il relativo GLN.