

GARANZIA DI PAGAMENTO per OSPEDALIZZAZIONI EXTRACANTONALI (art 41.3 LAMal)

A Decisione del Cantone di domicilio del/della paziente

La garanzia finanziaria per le prestazioni sottoindicate è

rilasciata limitata a giorni

La garanzia è valida solo per le prestazioni sottoindicate e non pregiudica altri ricoveri fuori del Cantone!

Osservazioni / riserve:

.....

.....

rifiutata

Motivo: la prestazione è disponibile nel Cantone di domicilio del/della paziente

.....

Luogo e data : Timbro e firma:

Cantone di domicilio del/della paziente:

.....

Le rubriche da B a G devono essere compilate in modo completo e leggibile dal medico che inoltra la domanda. Formulare illeggibili e/o incompleti verranno ritornati!

B Dati personali del/della paziente

Cognome:

Nome:

Data di nascita: Sesso: maschile femminile

Indirizzo:

Cantone di domicilio del/della paziente:

Assicurazione malattia:

.....

Indirizzo:

.....

comune semiprivata / privata o compl. CH

Numero di ass.:

C Conferma che il trattamento non sarà preso a carico dall'assicurazione infortunio/invalidità/militare

D Ospedale di destinazione: **Reparto:**

Indirizzo:

Tel.: Fax:

Data entrata: **Medico responsabile:**

E Motivi medici

Prestazione non disponibile nel Cantone di domicilio del/della paziente

Continuazione delle cure

Durata probabile dell'ospedalizzazione:

.....

.....

Caso: acuto riabilitazione psichiatria

Urgenza (vi preghiamo d'inviare o di faxare il formulario completato immediatamente dopo l'ammissione d'urgenza al servizio medico competente del Cantone di domicilio del paziente)

Luogo dell'urgenza:

Orario dell'urgenza:

Attitudine al rimpatrio:

F Medico che inoltra la domanda

Cognome e nome:

Indirizzo: Tel:

Istituto: Fax:

Data della domanda: Timbro e firma del medico:

G Dati medici (strettamente riservati ai medici interessati e al servizio medico competente del Cantone)

STRETTAMENTE CONFIDENZIALE

Diagnosi / motivazioni dell'urgenza (p.f. in modo chiaro e leggibile):

.....

.....

.....

Trattamento:

.....

Accertamenti:

.....

Medico di riferimento in Ticino:

Prolungo della garanzia di pagamento rilasciata il:

OSSERVAZIONI

• Condizioni da soddisfare:

In base all'articolo 41 cpv. 3 della Legge federale sull'assicurazione malattia, il Cantone di domicilio del paziente può essere chiamato a partecipare alle spese di una cura stazionaria fuori Cantone, se tutte le seguenti condizioni sono soddisfatte:

1. il trattamento deve rientrare fra le prestazioni a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria (assicurazione di base); se esiste l'obbligo alla prestazione da parte dell'assicurazione infortunio obbligatoria o dell'assicurazione invalidità o dell'assicurazione militare, il Cantone di domicilio del paziente non è tenuto ad alcuna partecipazione;
2. il trattamento è praticato in un **ospedale fuori Cantone ammesso** ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie, e che, secondo le disposizioni del Cantone di domicilio del paziente, **può essere scelto per il trattamento in questione**;
3. **l'ospedale deve essere "pubblico o sussidiato dall'ente pubblico"**;
4. il trattamento in un ospedale fuori Cantone di domicilio del paziente * deve avvenire per **motivi medici**. Sono considerati motivi medici l'ospedalizzazione **d'urgenza ** e la non disponibilità del trattamento nel Cantone di domicilio del paziente**.

Anche nel caso di **trattamenti ambulatoriali** fuori Cantone, se ottemperati i punti di cui sopra, il Servizio Hospext del Canton Ticino richiede la trasmissione del presente formulario debitamente compilato.

* Per eventuali facilitazioni concernenti la procedura di rilascio della garanzia finanziaria, si applicano le disposizioni del Cantone di domicilio del paziente (per esempio nel caso di accordi intercantonali per ospedali situati nelle vicinanze del Cantone o nel caso di trattamenti eseguiti in un ospedale extracantonale convenzionato con il Cantone di domicilio del paziente).

** Il ricovero d'urgenza è giustificato quando lo stato del paziente non permette il suo trasferimento in un ospedale situato nel suo Cantone di domicilio. L'urgenza si protrae fino al momento in cui il trasferimento nel Cantone di domicilio appare giustificato sotto il profilo medico.

• Presentazione della domanda di garanzia di pagamento in Ticino:

Sono abilitati ad inoltrare la domanda:

- **il medico curante** che ordina un'ospedalizzazione programmata fuori Cantone;
- **il medico dell'ospedale** che **accoglie** il paziente nel **caso di ospedalizzazione d'urgenza**;
- **il medico dell'ospedale** che ordina il **trasferimento** del paziente in un **altro ospedale**;
- **il medico dell'ospedale** che inoltra una domanda di **prolungamento della degenza**.

Compilazione del formulario:

La rubrica A è compilata dal Servizio competente del Cantone di domicilio del paziente (in seguito Servizio Hospext = ospedalizzazioni fuori Cantone).

Le **rubriche B, C, D, E e G** devono essere compilate con cura da chi sottopone la domanda. Si rende attenti che la sezione **F** dev'essere **obbligatoriamente** firmata dal medico richiedente.

• Procedura di trasmissione del formulario di garanzia di pagamento:

- (a) **Prima** dell'ospedalizzazione elettiva o, **appena possibile in caso d'urgenza**, il medico richiedente inoltra il formulario di richiesta di garanzia di pagamento **debitamente compilato** al Servizio Hospext.
- (b) Il Servizio Hospext compila la sezione A del formulario ricevuto e lo ritorna al medico richiedente. Questi trasmette l'originale, come documento di legittimazione per il ricovero, al servizio medico dell'ospedale di destinazione. Ne conserva una copia per i suoi atti e ne consegna una al paziente.
- (c) Il Servizio Hospext trasmette una copia della garanzia (senza dati medici) all'amministrazione dell'ospedale di destinazione ed una all'assicuratore malattia del paziente.

• Indicazione delle vie di diritto:

In caso di disaccordo con il presente preavviso è data la facoltà di richiedere al Servizio Hospext una decisione formale. Se nessuna decisione formale è chiesta **entro 30 giorni dalla notifica** della presente, si presume che il preavviso sia stato accettato.

Indirizzo: Servizio Hospext
Ufficio del medico cantonale
6501 Bellinzona
e-mail: dss-umc@ti.ch
website: www.ti.ch/med

Tel. 091/814 46 01 - Fax 091/814 46 09