

# Verifica medicinale

Concerne:

---

Contatto:

---

Attenzione: se l'applicazione (inclusi indicazione e dosaggio) avviene al di fuori della limitazione dell'Elenco delle specialità e/o al di fuori dell'omologazione Swissmedic, la preghiamo di rispondere anche ai punti a-f «Ulteriori indicazioni in caso di uso off label» (rimunerazione ai sensi dell'art. 71a-d OAMal) a pagina 2.

## Elenco completo delle diagnosi principali e secondarie incl. data della prima diagnosi

---

---

---

---

## Terapie finora eseguite incl. indicazioni su periodo, dosaggio e decorso

---

---

---

---

## Valori di laboratorio e/o risultati di genetica molecolare rilevanti per la scelta della cura e che rappresentano una condizione secondo l'Elenco delle specialità (ES) o l'autorizzazione

---

---

---

---

## Se non viene eseguita una monoterapia per la cura, la preghiamo di fornire i dettagli della terapia combinata (periodo, dosaggio)

---

---

---

---

**Ulteriori indicazioni in caso di uso off label (rimunerazione ai sensi dell'art. 71a-d OAMal)**

La preghiamo di osservare che per le terapie che non sono riportate nell'ES e per i medicinali dell'ES che non rientrano nella limitazione o che vengono somministrati al di fuori dell'omologazione autorizzata sono necessari i seguenti documenti o le seguenti informazioni affinché si possa verificarne l'assunzione dei costi secondo l'art. 71a-d OAMal:

**a) Motivazione medica per la scelta della terapia**

---

---

---

**b) Perché le alternative di cura con limitazione, se disponibili, riportate nell'ES non vengono applicate (controindicazioni mediche rilevanti)?**

---

---

---

**c) Informazioni sul dosaggio: monodose assoluta e intervallo di somministrazione, ev. per ogni medicinale**

---

---

---

**d) Durata prevista della terapia**

---

---

**e) Con quali parametri viene valutata la reazione alla terapia?**

---

---

---

**f) Letteratura (versione integrale dello studio originale / delle linee guida) che dimostra la grande utilità terapeutica per la presente indicazione. La popolazione nello studio dovrebbe rispecchiare il più possibile le caratteristiche e la situazione clinica della persona assicurata**

**g) Si tratta di un medicinale estero? Se sì, è autorizzato all'estero per la relativa indicazione e applicazione?**

---

---

---

Data, nome medico curante:

---

**La preghiamo di inviarci le sue risposte preferibilmente per e-mail (HIN-secure )  
o per posta all'indirizzo seguente:**

**Winterthur**

Sanitas Grundversicherungen AG  
Vertrauensärztlicher Dienst  
Sanitas Hauptsitz  
Postfach  
8021 Zürich  
Fax 058 344 51 51  
VADSanitas@sanitas.com

**Aarau**

Sanitas Grundversicherungen AG  
Vertrauensärztlicher Dienst  
Sanitas Hauptsitz  
Postfach  
8021 Zürich  
Fax 058 344 51 51  
VADSanitas@sanitas.com

**Losanna**

Sanitas Assurance Maladie AG  
Service médecin-conseil  
Service Center Losanna  
Place Saint-François 1, casella postale  
1001 Losanna  
Fax 021 321 43 97  
valausanne@sanitas.com

**Preference Center**

Sanitas Grundversicherungen AG  
Vertrauensärztlicher Dienst  
Sanitas Hauptsitz  
Postfach  
8021 Zürich  
Fax 058 344 51 51  
VADSanitas@sanitas.com

**Lugano**

Sanitas Assicurazione Malattia AG  
Servizio medico-fiduciario  
Service Center Lugano  
Viale Stefano Francini 40, Casella postale  
6900 Lugano  
Fax 091 911 75 22  
VALugano@sanitas.com

**Compact Center**

Sanitas Grundversicherungen AG  
Vertrauensärztlicher Dienst  
Sanitas Hauptsitz  
Postfach  
8021 Zürich  
Fax 058 344 51 51  
VADSanitas@sanitas.com