

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello MediTel

Edizione 01.2027

TITOLO 1 – BASI CONTRATTUALI E DIRITTO APPLICABILE

Il modello MediTel è una forma particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che prevede una limitazione nella scelta dei fornitori di prestazioni ai sensi della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) e dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).

Il modello MediTel è disciplinato dalla Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), dalla LAMal, dalle relative ordinanze di applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera ai sensi della LAMal nonché dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione.

Sottoscrivendo il modello MediTel, l'assicurato o il suo rappresentante legale accetta le condizioni particolari descritte al capitolo 3 qui di seguito.

TITOLO 2 – FORME DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO- SANITARIE

Articolo 1 – Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli da 24 a 31 LAMal tenendo conto dei presupposti di cui agli articoli da 32 a 34 LAMal.

Articolo 2 – Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a un massimo di CHF 300, l'assicurato si fa carico di una parte iniziale (franchigia) delle spese fatturate per le prestazioni che gli sono state fornite.

2.2 La franchigia non è esigibile per l'assicurato minorenne.

2.3 Sono fatte salve le disposizioni speciali di cui al capitolo 2 qui di seguito.

2.4 La franchigia non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dalla franchigia in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 3 – Aliquota percentuale

3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia (aliquota percentuale).

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.

3.3 L'aliquota percentuale non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 4 – Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Più minorenni della stessa famiglia assicurati presso Assura-Basis SA (di seguito «Assura») pagano complessivamente al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale previsto per un adulto.

4.2 Se la sottoscrizione della presente categoria di assicurazione avviene nel corso dell'anno civile, Assura computa all'assicurato la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate dall'altro assicuratore per lo stesso anno. Tale computo sarà effettuato a relativa prova addotta dall'assicurato.

4.3 A essere determinanti per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale è la data in cui sono state fornite le prestazioni.

Articolo 5 – Prestazioni

5.1 Conformemente alle tariffe e alla legislazione applicabili Assura assume i costi delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere fornite o prescritte da fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

5.2 Sono fatte salve le disposizioni speciali di cui al capitolo 3 qui di seguito.

CAPITOLO 2 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE CON FRANCHIGIA OPZIONALE

Articolo 6 – Diritto applicabile

Le disposizioni di cui sopra si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari

definite al presente capitolo 2.

Articolo 7 – Scopo

Allo scopo di ridurre il premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre ai propri assicurati la possibilità di optare per franchigie più elevate conformemente alle seguenti disposizioni.

Articolo 8 – Scelta della franchigia

8.1 Per anno civile e fino a un importo massimo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato si fa carico di una parte iniziale (franchigia) dei costi fatturati per le prestazioni che gli sono state fornite.

8.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

8.3 La franchigia per un minorenni può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 9 – Adesione e uscita, cambio di franchigia

9.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può passare a una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

9.2 Il passaggio a una franchigia più bassa o a un'altra forma di assicurazione, così come il cambio di assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

9.3 Al momento della notifica del nuovo premio, il termine di preavviso per la disdetta è di un mese per la fine del mese che precede la validità del nuovo premio.

CAPITOLO 3 – MODELLO MEDITEL

Articolo 10 – Principi del modello

10.1 Sottoscrivendo il modello MediTel, l'assicurato o il suo rappresentante legale **accetta**, per qualsiasi problema di salute e prima di sottoporsi a qualsiasi consulto e/o trattamento medico, di:

- **rivolgersi in prima istanza al Centro di telemedicina preposto al coordinamento;**
- **riconoscere, nel caso in cui siano necessari ulteriori consulti e/o trattamenti, il Centro di telemedicina preposto al coordinamento come incaricato al coordinamento e alla gestione della prosecuzione delle cure;**
- **osservare le indicazioni del Centro di telemedicina preposto al coordinamento;**
- **acquistare i farmaci e/o usufruire di altre prestazioni farmaceutiche a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso le Farmacie riconosciute da Assura.**

10.2 L'assicurato o il suo rappresentante legale **accetta di comunicare con Assura in forma digitale** (Area Cliente) e di **partecipare al controllo delle fatture emesse per le prestazioni che gli sono state fornite.**

Articolo 11 – Professionisti coinvolti

11.1 Centro di telemedicina preposto al coordinamento

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Centro di telemedicina preposto al coordinamento» si intende una società specializzata in medicina a distanza designata da Assura come contatto di prima assistenza e coordinamento e i cui dati di contatto figurano sul sito internet di Assura. Assura si riserva il diritto di cambiare unilateralmente e in qualsiasi momento il Centro di telemedicina preposto al coordinamento.

11.2 Medico curante

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Medico curante» si intende qualsiasi medico con formazione postuniversitaria riconosciuta in qualità di medico generalista o di specialista in medicina interna generale e autorizzato a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

11.3 Specialista

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Specialista» si intende qualsiasi medico con formazione postuniversitaria riconosciuta in una specializzazione medica ai sensi della Legge sulle professioni mediche (LPMed), fatta eccezione per gli specialisti in medicina interna generale, e autorizzato a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

11.4 Centro di consulenza indipendente

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Centro di consulenza indipendente» si intende una società, designata da Assura e i cui dati di contatto figurano sul sito internet di Assura, esperta nella raccomandazione di Specialisti o Altri fornitori di prestazioni (strutture ospedaliere o centri di chirurgia ambulatoriale). Assura si riserva il diritto di cambiare unilateralmente e in qualsiasi momento il Centro di consulenza indipendente.

11.5 Farmacia riconosciuta

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Farmacia riconosciuta» si intende qualsiasi farmacia in Svizzera gestita da un farmacista autorizzato a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, che sia designata da Assura e i cui dati di contatto figurano sul sito internet di Assura. Assura si riserva il diritto di modificare unilateralmente e in qualsiasi momento la lista delle Farmacie riconosciute.

11.6 Altro fornitore di prestazioni

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Altro fornitore di prestazioni» si intende qualsiasi fornitore di prestazioni autorizzato a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, fatta eccezione per i Medici curanti e gli Specialisti (ad es. fisioterapisti).

Articolo 12 – Percorso di cure e obblighi dell'assicurato

12.1 Consulti presso il Centro di telemedicina preposto al coordinamento (contatto di prima assistenza)

12.1.1 L'assicurato si impegna, per qualsiasi problema di salute e prima di sottoporsi a qualsiasi consulto e/o trattamento medico, sia esso ambulatoriale o stazionario,

a rivolgersi al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, il quale gli fornirà una consulenza e/o un consulto medico a distanza. I costi dei consulti medici a distanza forniti dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento sono assunti conformemente alle disposizioni LAMal e fatturati secondo il sistema del terzo pagante.

12.1.2 Se necessario, il Centro di telemedicina preposto al coordinamento concorderà con l'assicurato il trattamento indicato alla situazione, che l'assicurato si impegnerà a seguire per un periodo determinato (piano di cure).

12.1.3 Se la durata del trattamento dovesse essere superiore rispetto a quella definita nel piano di cure, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, che deciderà se sia opportuno estendere il periodo precedentemente definito o modificare il piano di cure.

12.2 Consulti presso un Medico curante

12.2.1 Se il Centro di telemedicina preposto al coordinamento ritiene opportuno indirizzare l'assicurato a un Medico curante, l'assicurato si impegna a consultare il Medico curante, di cui ha comunicato le generalità al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, entro il periodo definito da quest'ultimo nel piano di cure. Se ciò non fosse possibile o in caso di indisponibilità del Medico curante in questione, l'assicurato consulerà il Medico curante raccomandato dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento.

12.2.2 Se la durata del trattamento dovesse essere superiore rispetto a quella definita nel piano di cure, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, che deciderà se sia opportuno estendere il periodo precedentemente definito o modificare il piano di cure.

12.2.3 Se il Medico curante ritiene opportuno modificare il piano di cure definito dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento, l'assicurato dovrà rivolgersi, prima di qualsiasi nuovo consulto, al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, il quale deciderà se la modifica del piano di cure sia effettivamente opportuna.

12.2.4 Se il Medico curante ritiene opportuno indirizzare l'assicurato a uno Specialista o a un Altro fornitore di prestazioni, l'assicurato dovrà rivolgersi, prima di qualsiasi consulto, al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, il quale seguirà la procedura descritta all'articolo 12.3.

12.3 Consulti presso uno Specialista o un Altro fornitore di prestazioni

12.3.1 Se il Centro di telemedicina preposto al coordinamento ritiene opportuno indirizzare l'assicurato a uno Specialista o un Altro fornitore di prestazioni, l'assicurato si impegna a consultare lo Specialista o un Altro fornitore di prestazioni raccomandato dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento entro il periodo definito da quest'ultimo nel piano di cure. In tale circostanza il Centro di telemedicina preposto al coordinamento può incaricare il Centro di consulenza indipendente secondo i termini previsti dall'articolo 12.3.2.

12.3.2 Se lo ritiene necessario, il Centro di telemedicina preposto al coordinamento affida la ricerca del fornitore di prestazioni più indicato per il trattamento (Specialista, struttura ospedaliera o centro di chirurgia ambulatoriale)

al Centro di consulenza indipendente, il cui servizio non è fatturato all'assicurato.

12.3.3 L'assicurato si impegna a consultare lo Specialista o un Altro fornitore di prestazioni indicato dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento o dal Centro di consulenza indipendente e a riceverne le cure entro il periodo definito nel piano di cure dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento.

12.3.4 Se la durata del trattamento dovesse essere superiore rispetto a quella definita nel piano di cure, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, che deciderà se sia opportuno estendere il periodo precedentemente definito o modificare il piano di cure.

12.3.5 Se lo Specialista o l'Altro fornitore di prestazioni ritiene opportuno modificare il piano di cure definito dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento, l'assicurato dovrà contattare, prima di qualsiasi nuovo consulto, il Centro di telemedicina preposto al coordinamento, il quale deciderà se una modifica del piano di cure sia effettivamente opportuna.

12.3.6 Se richiesto dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento o dal Centro di consulenza indipendente, l'assicurato è tenuto a fornire loro tutta la documentazione medica utile sul problema di salute in questione (rapporti medici, radiografie, ecc).

12.4 Interventi ambulatoriali o stazionari

12.4.1 Se il Medico curante, lo Specialista o un Altro fornitore di prestazioni dovesse raccomandare all'assicurato di sottoporsi a un intervento, sia esso ambulatoriale o stazionario, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, che deciderà se sia opportuno modificare il piano di cure. In tale circostanza il Centro di telemedicina preposto al coordinamento può incaricare il Centro di consulenza indipendente secondo i termini previsti dall'articolo 12.4.2.

12.4.2 Se lo ritiene necessario, il Centro di telemedicina preposto al coordinamento affida la ricerca del fornitore di prestazioni più indicato per l'intervento chirurgico (Specialista, struttura ospedaliera o centro di chirurgia ambulatoriale) al Centro di consulenza indipendente, il cui servizio non è fatturato all'assicurato.

12.4.3 L'assicurato si impegna a consultare il fornitore di prestazioni indicato dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento o dal Centro di consulenza indipendente e a riceverne le cure entro il periodo definito nel piano di cure dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento.

12.4.4 Se la durata del trattamento dovesse essere superiore rispetto a quella definita nel piano di cure, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina preposto al coordinamento, che deciderà se sia opportuno estendere il periodo precedentemente definito o modificare il piano di cure.

12.4.5 Se richiesto dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento o dal Centro di consulenza indipendente, l'assicurato è tenuto a fornire loro tutta la documentazione medica utile sul problema di salute in questione.

12.5 Acquisto di farmaci

12.5.1 L'assicurato si impegna ad acquistare presso una Farmacia riconosciuta qualsiasi farmaco o preparazione farmaceutica a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che gli siano stati prescritti nell'ambito del piano di cure dal Centro di telemedicina

preposto al coordinamento, da un Medico curante o da uno Specialista.

12.5.2 L'assicurato si impegna ad acquistare farmaci generici o biosimilari quando questi sono proposti da una Farmacia riconosciuta.

12.6 Partecipazione al controllo delle fatture

12.6.1 L'assicurato si impegna a rispondere a domande nel contesto del controllo della fatturazione dei trattamenti di cui ha beneficiato (ad es. verifica della durata dei consulti) e ne comunicherà gli esiti tramite i supporti digitali messi a disposizione da Assura.

12.6.2 Sul sito internet di Assura è riportata una lista delle tipologie di informazioni da controllare sulle fatture.

12.6.3 Assura si riserva il diritto di modificare unilateralmente e in qualsiasi momento tale lista.

12.7 – Raccomandazioni mediche

12.7.1 L'assicurato accetta che il Centro di telemedicina preposto al coordinamento, il Medico curante, lo Specialista o eventuali Altri fornitori di prestazioni gli forniscano raccomandazioni mediche a scopo di promozione della salute e prevenzione.

12.7.2 Tali raccomandazioni possono essere fornite in modo mirato, in base ai criteri medici definiti dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento, dal Medico curante, dallo Specialista o da eventuali Altri fornitori di prestazioni.

Articolo 13 – Eccezioni

13.1. I consulti ambulatoriali di oftalmologia, ginecologia e pediatria per minorenni non sono soggetti agli obblighi di cui all'articolo 12.

13.2. L'assicurato non è soggetto agli obblighi di cui all'articolo 12 in caso di urgenza accertata verificatasi in Svizzera o all'estero.

13.3. Un'urgenza sussiste nel momento in cui l'assicurato si trova in una situazione tale per cui la sua vita è messa in pericolo o quando necessita di cure immediate.

13.4 Se la prestazione fornita in caso di urgenza richiede un trattamento successivo, l'assicurato è tenuto a adempiere agli obblighi di cui all'articolo 12 non appena cessa la situazione di urgenza.

Articolo 14 – Sanzioni

14.1 In caso di violazione da parte dell'assicurato degli obblighi derivanti dagli articoli 12.3.3 e 12.4.3, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi. Se Assura rifiuta l'assunzione dei costi sulla base del presente articolo, l'assicurato può chiedere il passaggio retroattivo dal 1° gennaio dell'anno in corso al modello ordinario Basis senza modifica della franchigia e con un adeguamento del premio.

14.2 In caso di violazione da parte dell'assicurato degli altri obblighi derivanti dagli articoli da 12.1 a 12.5, Assura gli indirizzerà un richiamo. In caso di ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

14.3 In caso di violazione da parte dell'assicurato degli obblighi derivanti dall'articolo 12.6, Assura gli indirizzerà un richiamo. In caso di ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, il mese successivo alla violazione l'assicurato sarà trasferito al modello ordinario Basis senza modifica della franchigia e con un adeguamento del premio.

Articolo 15 – Adesione al modello MediTel

15.1 Il modello MediTel può essere sottoscritto da tutte le persone domiciliate in una regione di premio in cui Assura propone tale modello.

15.2 Un assicurato beneficiario del modello ordinario Basis e domiciliato in una regione di premio in cui Assura propone il modello MediTel può passare in qualsiasi momento e senza modifica della franchigia al modello MediTel con effetto dal 1° giorno del mese seguente alla richiesta.

15.3 Se il passaggio al modello MediTel avviene mentre sono ancora in corso dei trattamenti, l'assicurato dovrà adempiere agli obblighi previsti dagli articoli 12 e 13.4 di cui sopra, fatta eccezione per gli interventi pianificati prima dell'adesione al modello MediTel e che saranno effettuati nei due mesi successivi all'adesione dell'assicurato al modello in questione.

Articolo 16 – Uscita dal modello MediTel

16.1 Assura può sopprimere o modificare il modello MediTel per la fine di un anno civile. In caso di soppressione l'assicurato sarà trasferito dal 1° gennaio dell'anno successivo e senza modifica della franchigia a un altro modello di assicurazione di base (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) o, se ne fa richiesta, a un modello di sua scelta tra quelli proposti da Assura. È fatto salvo il diritto di disdetta dell'assicurato conformemente all'articolo 7 LAMal.

16.2 In caso di interruzione straordinaria del modello MediTel durante l'anno in corso, il giorno successivo all'interruzione l'assicurato sarà trasferito senza modifica della franchigia a un altro modello di assicurazione di base (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) o, se ne fa richiesta, a un modello di sua scelta tra quelli proposti da Assura.

16.3 Trasferendo il suo domicilio in una regione di premio in cui Assura non propone il modello MediTel, l'assicurato passa automaticamente e senza modifica della franchigia al modello ordinario Basis, o se ne fa richiesta, a un modello di sua scelta tra quelli proposti da Assura per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

16.4 In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o di qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato può richiedere per iscritto ad Assura che sia trasferito senza modifica della franchigia al modello ordinario Basis con effetto retroattivo dal 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

Articolo 17 - Protezione dei dati

17.1 Verifica della copertura

Per verificare la copertura dell'assicurato, Assura trasmette al Centro di telemedicina preposto al coordinamento i dati necessari all'identificazione dell'assicurato (cognome, nome, data di nascita e indirizzo di domicilio) e alla determinazione della sua copertura assicurativa, fatta eccezione per i dati sanitari. La trasmissione dei dati necessari all'identificazione può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.2 Scambio di dati

17.2.1 Sottoscrivendo il modello MediTel, l'assicurato o il suo rappresentante legale acconsente che Assura, il Centro di telemedicina preposto al coordinamento, il Medico curante e gli Specialisti si scambino, nel rispetto delle disposizioni sulla protezione dei dati, unicamente le informazioni mediche necessarie al fine di garantire un coordinamento e assistenza ottimale delle cure e di controllarne l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità.

17.2.2 L'assicurato o il suo rappresentante legale autorizza anche il Centro di telemedicina preposto al coordinamento, il Medico curante, gli Specialisti e il Centro di consulenza indipendente a scambiarsi le informazioni mediche necessarie per le cure da fornire.

17.2.3 Al fine di verificare l'adempimento alle condizioni di assicurazione del modello MediTel da parte dell'assicurato, il Centro di telemedicina preposto al coordinamento trasmette ad Assura i dati necessari a tale verifica, in particolare l'elenco dei consulti effettuati, i dati di identificazione dei fornitori di prestazioni e il periodo di tempo stabilito per la prosecuzione delle cure.

17.2.4 La trasmissione dei dati prevista dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione tra Assura e il Centro di telemedicina preposto al coordinamento, come pure tra il Centro di telemedicina preposto al coordinamento e il Centro di consulenza indipendente e Altri fornitori di prestazioni, può avvenire per mezzo di terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.3 Registrazione dei colloqui telefonici

I colloqui telefonici possono essere registrati e sono archiviati e distrutti dal Centro di telemedicina preposto al coordinamento e dal Centro di consulenza indipendente conformemente alle disposizioni legali in materia. In caso di controversia, le registrazioni possono essere utilizzate come mezzo probatorio e, se del caso, presentate alle autorità giudiziarie competenti. In assenza di una procura specifica rilasciata dall'assicurato o dal suo rappresentante legale, Assura non ha alcun accesso diretto a queste informazioni.

17.4 Trattamento dei dati da parte di Assura

Assura tratta solo i dati necessari al calcolo e alla riscossione dei premi, alla valutazione del diritto alle prestazioni assicurative, alla gestione delle richieste di rimborso delle prestazioni, alla verifica dell'adempimento delle condizioni di assicurazione del modello MediTel, alla rivendicazione di diritti di regresso nei confronti del terzo responsabile e all'elaborazione di statistiche.

Articolo 18 – Responsabilità

Assura declina qualsiasi responsabilità medica.

TITOLO 3 – ENTRATA IN VIGORE

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2027.

Assura-Basis SA