

Condizioni speciali d'assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie modello "PharMed"

Titolo 1

Basi contrattuali e diritto applicabile

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

Il modello "PharMed" è disciplinato dalla Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000, dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994, dalle loro Ordinanze d'applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal, nonché dalle presenti Condizioni speciali d'assicurazione.

Titolo 2

Forme d'assicurazione

Capitolo 1

L'assicurazione obbligatoria e ordinaria delle cure medico-sanitarie

Articolo 1

Campo delle prestazioni

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

Articolo 2

Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a concorrenza di Fr. 300.-, l'assicurato sopporta una parte iniziale (franchigia) delle sue spese di cura.

2.2 L'assicurato minorenne non è tenuto al pagamento di una franchigia.

2.3 Rimangono riservate le disposizioni speciali del 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 ad otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dalla franchigia in caso di ricorso a delle prestazioni generali per motivi di malattia.

Articolo 3

Aliquota percentuale

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

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a Fr. 700 - per gli adulti e a Fr. 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 ad otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a delle prestazioni generali per motivi di malattia.

Articolo 4

Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Più figli di una famiglia assicurati presso Assura-Basis SA (qui di seguito "Assura") pagano tutti assieme al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale dovute da un adulto.

4.2 Se un assicurato sottoscrive la presente categoria d'assicurazione nel corso dell'anno, Assura computa la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate durante lo stesso anno presso un altro assicuratore. Se nessuna franchigia e nessuna aliquota percentuale sono state fatturate, la deduzione sarà effettuata qualora l'assicurato presenti la prova corrispondente.

4.3 Le date delle cure sono determinanti per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale.

Articolo 5

Prestazioni

Sulla base delle tariffe e della legislazione applicabili, Assura assume le spese ambulatorie e ospedaliere prestate o prescritte dai fornitori di prestazioni autorizzati a praticare ai sensi della LAMal.

Articolo 6

Ospedalizzazione nel reparto privato o in clinica

Assura versa, ad un assicurato che si fa curare nel reparto privato di un istituto repertoriato LAMal o in una clinica, l'equivalente delle prestazioni che avrebbe dovuto prendere a carico per l'ospedalizzazione nel reparto comune di un istituto repertoriato LAMal idoneo nel Cantone di residenza dell'assicurato.

Articolo 7

Tipi di ospedale

La differenziazione tra i vari enti ospedalieri implica che l'assicurato si faccia curare in un ente ospedaliero corrispondente al tipo di cure di cui necessita. In caso contrario, le prestazioni sono calcolate conformemente alle tariffe applicabili per questo trattamento in un istituto repertoriato LAMal idoneo nel Cantone di residenza dell'assicurato.

Articolo 8

Contributo ai costi di degenza ospedaliera

8.1 Il contributo giornaliero dell'assicurato ai costi del soggiorno ospedaliero ammonta a Fr. 15.-.

- 8.2 Sono esentati da tale contributo:
- a) i bambini ed i giovani adulti in formazione ai sensi dell'articolo 61, capoverso 3, LAMal;
 - b) le donne per le prestazioni specifiche di maternità;
 - c) le donne in caso di ricorso a delle prestazioni generali per motivi di malattia, dalla tredicesima settimana di gravidanza fino ad otto settimane dopo il parto.

Articolo 9

Costi extraospedalieri

Le spese personali derivanti dalla locazione d'apparecchi radiofonici o di televisori, da conversazioni telefoniche, dall'acquisto di bevande specialmente ordinate, ecc., non sono rimborsate da Assura.

Articolo 10

Maternità

Assura accorda, in caso di gravidanza e di parto, le stesse prestazioni previste in caso di malattia e, inoltre o almeno:

- a) l'assunzione senza franchigia e senza aliquota percentuale di sette consultazioni di controllo durante la gravidanza ed una consultazione di controllo tra la 6a e la 10a settimana post partum;
- b) le spese d'assistenza alla nascita da parte di un medico o di una levatrice in caso di parto a domicilio, e del materiale necessario a quest'effetto;
- c) un'indennità ad ogni assicurata incinta che partecipa ad un corso, individuale o in gruppo, di preparazione al parto organizzato da una levatrice;
- d) il rimborso di al massimo tre consultazioni per la consulenza necessaria all'allattamento;
- e) l'assunzione delle cure accordate al neonato in buona salute e del suo soggiorno fintantoché resta all'ospedale con la madre.

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

Articolo 11

Cure balneari

Assura accorda un contributo giornaliero di Fr. 10.- per le cure balneari prescritte da un medico durante un periodo massimo di 21 giorni per anno civile.

Articolo 12

Cure dentarie

Assura assume i costi delle cure medico-dentarie, quando quest'ultime sono causate da una malattia grave dell'apparato masticatorio o da un'altra malattia grave ai sensi dell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre) del 29 settembre 1995.

Articolo 13

Spese di trasporto e salvataggio

- a) Le spese occasionate da un trasporto necessario dal profilo medico e tramite un mezzo di trasporto appropriato alle esigenze mediche sono assunte da Assura fino a concorrenza del 50%. L'importo massimo è di Fr. 500.- per anno civile.
- b) Assura assume il 50% delle spese di salvataggio in Svizzera, ma al massimo Fr. 5'000.- per anno civile.

Articolo 14

Spese per l'acquisto d'occhiali

Assura assume, fino all'età di 18 anni compiuti, le spese d'acquisto di lenti d'occhiali per la correzione della vista o di lenti a contatto prescritte da un medico nella misura definita a norma dell'allegato n° 2 dell'OPre. Rimangono riservati i casi speciali definiti nell'allegato 2 dell'OPre.

Articolo 15

Prevenzione

Oltre alle misure diagnostiche e terapeutiche, Assura assume le misure mediche di prevenzione previste al capitolo 3, articolo 12, OPre.

Disposizioni generali

Articolo 16

Rischi non assicurati

Non sono indennizzate le spese per l'acquisto o la locazione di apparecchi, articoli ortopedici o protesi, non considerati come prestazioni obbligatorie ai sensi di legge, così come le cure d'aria e di riposo.

Articolo 17

Durata delle prestazioni

Le cure ambulatoriali e ospedaliere sono assunte senza limite di durata.

Capitolo 2

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale

Articolo 18

Diritto applicabile

Salvo deroghe previste nelle presentate disposizioni, sono applicabili le regole contenute nel titolo 1 e nel titolo 2, capitolo 1 che precedono.

Articolo 19

Scopo

Allo scopo di ridurre il premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre la possibilità ai suoi assicurati d'optare per delle franchigie più elevate, secondo le disposizioni che seguono.

Articolo 20

Scelta della franchigia

20.1 Per anno civile e fino a concorrenza di un importo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) delle sue spese di cura.

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

20.3 La franchigia per un bambino può essere fissata a Fr. 100.-, Fr. 200.-, Fr. 300.-, Fr. 400.-, Fr. 500.- o Fr. 600.-.

Articolo 21

Adesione ed uscita, cambio della franchigia

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

21.2 Il passaggio ad un franchigia più bassa o ad un'altra forma d'assicurazione, così come il cambiamento d'assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

21.3 Al momento della comunicazione del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.

Capitolo 3

Il modello "PharMed"

Articolo 22

Oggetto dell'assicurazione

22.1 Sottoscrivendo il modello "PharMed", l'assicurato accetta di conformarsi alle condizioni particolari descritte qui di seguito alle cifre 22.2 a 22.6.

22.2 Eccetto in caso di urgenza accertata, l'assicurato s'impegna a consultare in prima istanza il medico di famiglia che avrà scelto fra tutti i medici autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, le cui generalità dovranno essere comunicate ad Assura. Il medico di famiglia è l'interlocutore di referencia dell'assicurato. Egli coordina tutte le questioni mediche e decide ugualmente se può continuare lui stesso la cura o se deve ricorrere ad uno specialista. In questo caso, rilascia all'assicurato un avviso di delega debitamente compilato e firmato, che dovrà essere allegato alla fattura dello specialista. Le consultazioni di oftalmologia o di ginecologia non sono soggette a queste condizioni.

22.3 Inoltre, eccetto in caso di urgenza accertata o di soggiorno all'estero, l'assicurato s'impegna ad acquistare i farmaci e/o ogni altra preparazione farmaceutica a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso le farmacie che figurano nella lista delle farmacie autorizzate. Solo queste farmacie possono essere considerate come interlocutori di referencia. Esse coordinano tutte le questioni relative ai trattamenti farmaceutici prescritti all'assicurato. La lista sopracitata è parte integrante delle condizioni d'assicurazione della categoria modello "PharMed".

22.4 Il cambiamento del medico di famiglia può essere effettuato unicamente con l'accordo preliminare di Assura.

22.5 In caso di mancato rispetto degli impegni presi alle cifre da 22.2 a 22.4, l'assicurato non potrà fare appello alle prestazioni di Assura.

22.6 La fonte normativa dei principi particolari che regolano il funzionamento di questo modello, dell'adesione e dell'uscita degli assicurati si trova nell'articolo 41, capoverso 4, e nell'articolo 62, capoversi 1 e 3, della LAMal, come pure negli articoli dal 99 al 101 dell'OAMal. Inoltre, i principi generali della LAMal e delle sue Ordinanze d'applicazione fanno da referenza.

Articolo 23

Entrata e uscita dal modello "PharMed"

23.1 Un assicurato domiciliato nei cantoni dove Assura pratica il modello "PharMed", a beneficio dell'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie e della franchigia ordinaria di Fr. 300.- per gli adulti e/o giovani adulti e di Fr. 0.- per i bambini, può in ogni momento aderire al modello "PharMed".

23.2 Su riserva della cifra 23.3 qui di seguito, l'uscita da questa forma particolare d'assicurazione è possibile solo per la fine di un anno civile, con un termine di preavviso di tre mesi, ed implica il passaggio simultaneo dell'assicurato ad un'altra forma d'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso Assura. Questa rinuncia non vale come decisione di disdetta da Assura, l'articolo 7, capoversi 3 e 4, LAMal è riservato. Al momento della comunicazione del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.

23.3 Se l'assicurato trasferisce il suo domicilio in un cantone dove il modello "PharMed" non è proposto da Assura, egli passa automaticamente all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie con una franchigia identica.

23.4 Se una Farmacia è stralciata dalla lista delle Farmacie riconosciute e di conseguenza l'assicurato non ha più a disposizione alcuna Farmacia riconosciuta nella sua regione, può chiedere, entro un termine di un mese a partire dal ricevimento della notifica di stralcio, di passare ad un altro modello di assicurazione di base proposto da Assura mantenendo la stessa franchigia.

Titolo 3

Entrata in vigore

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° ottobre 2018.

Assura-Basis SA