

Condizioni speciali d'assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure modello QualiMed

Titolo primo - Basi contrattuali e diritto applicabile

Il modello QualiMed è una forma particolare di assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in cui la 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 malattia (OAMal) è limitata.

Il modello QualiMed 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 di applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dall'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal, nonché dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione.

I principi particolari che regolano il funzionamento di questo modello, l'adesione e l'uscita degli assicurati sono disciplinati dagli articoli 41 capoverso 4 e 62 capoversi 1 e 3 della LAMal, nonché dagli articoli 99 a 101 dell'OAMal. Per il resto, fanno stato i principi generali della LAMal e delle sue ordinanze di applicazione.

Sottoscrivendo il modello QualiMed l'assicurato accetta di conformarsi alle condizioni particolari descritte al successivo capitolo 3. Quale contropartita, beneficia di un ribasso sui suoi premi di assicurazione.

Titolo 2 - Forme di assicurazione

Capitolo 1

L'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 24 a 31 LAMal, tenendo conto delle condizioni di cui agli art. 32 a 34 di detta legge.

Articolo 2 - Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a concorrenza di CHF 300, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) del costo dei trattamenti.

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 a otto settimane dopo il parto, le donne sono esonerate dalla franchigia in caso di ricorso a delle prestazioni generali.

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 CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i bambini.

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 esonerate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a delle prestazioni generali.

Articolo 4 - Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Se più figli di una famiglia sono assicurati presso Assura-Basis SA (qui di seguito Assura), insieme pagano al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale dovute da un adulto.

4.2 Se un assicurato sottoscrive la presente categoria di assicurazione nel corso dell'anno, Assura computa la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate dall'altro assicuratore per lo stesso anno. Se la franchigia e l'aliquota percentuale non sono state fatturate, la deduzione sarà effettuata solo se l'assicurato comprova la circostanza.

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

Articolo 5 - Prestazioni

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

5.2 Rimangono riservate le disposizioni speciali del capitolo 3 qui di seguito.

Articolo 6 - Ospedalizzazione in reparto privato o in clinica

Assura versa, a un assicurato che si fa curare nel reparto privato di un istituto repertoriato LAMal, 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 CHF 15.

8.2 Sono esonerati 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, dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto.

Articolo 9 - Costi extraospedalieri

Le spese personali derivanti dalla locazione di apparecchi radiofonici o di televisori, da conversazioni telefoniche, dall'acquisto di bevande extra, 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 e una consultazione di controllo tra la 6^a e la 10^a settimana post partum;
- b) le spese di assistenza alla nascita da parte di un medico o di un'ostetrica in caso di parto a domicilio, e del materiale necessario occorrente;
- c) un'indennità ad ogni donna incinta che partecipa a un corso, individuale o in gruppo, di preparazione al parto organizzato da un'ostetrica;
- d) il rimborso di al massimo tre consultazioni per la consulenza sull'allattamento;
- e) l'assunzione delle cure accordate al neonato in buona salute e del suo soggiorno fintantoché resta all'ospedale con la madre.

In caso di ricorso a delle prestazioni generali, dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esonerate dalla partecipazione ai costi.

Articolo 11 - Cure balneari

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

Articolo 12 - Cure dentarie

Assura assume i costi delle cure dentarie se 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 (di seguito OPRe) del 29 settembre 1995.

Articolo 13 - Spese di trasporto e di salvataggio

13.1 Le spese sostenute per un trasporto resosi necessario sotto il 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 CHF 500 per anno civile.

13.2 Assura assume il 50% delle spese di salvataggio in Svizzera, ma al massimo CHF 5'000 per anno civile.

Articolo 14 - Spese per l'acquisto di 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 degli obblighi definiti nell'allegato 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.

Articolo 16 - Rischi non assicurati

Non sono indennizzate le spese per l'acquisto o la locazione di apparecchi, articoli ortopedici e 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 alle condizioni fissate dalla LAMal.

Capitolo 2 - Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale

Articolo 18 - Diritto applicabile

Salvo deroghe previste dalle presenti disposizioni, sono applicabili le regole contenute nel titolo primo e nel titolo 2 capitolo 1 che precedono.

Articolo 19 - Scopo

Allo scopo di ridurre l'importo dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre ai suoi assicurati la possibilità di 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 CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

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

Articolo 21 - Adesione, uscita e cambio di franchigia

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

21.2 Il passaggio a una franchigia più bassa o a un'altra forma di 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 notifica 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 - Modello QualiMed

Articolo 22 - I vari attori

22.1 Medici di riferimento

22.1.1 Per Medico di riferimento, ai sensi delle presenti condizioni, si intende: ogni medico autorizzato a praticare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che figura nella lista dei Medici di riferimento disponibile sul sito internet di Assura.

22.1.2 Stipulando il modello QualiMed, l'assicurato sceglie un Medico di riferimento tra quelli proposti da Assura sul suo sito internet e lo comunica ad Assura. Una volta comunicata la sua scelta ad Assura, l'assicurato può cambiare il Medico di riferimento solamente previo accordo di Assura.

22.2 Specialisti

Per specialista, ai sensi delle presenti condizioni, si intende: ogni medico che ha una formazione complementare riconosciuta in una specialità medica.

Articolo 23 I nostri Partner

23.1 Il Fornitore di telemedicina

23.1.1 Il Fornitore di telemedicina, nominato da Assura e le cui generalità figurano sul sito internet di Assura, fornisce una consulenza medica e propone delle consultazioni mediche a distanza. Se del caso, concorda con l'assicurato il trattamento adeguato che si impegna a seguire.

23.1.2 Le consultazioni effettuate da un medico a distanza sono prese a carico conformemente alla LAMal e fatturate ad Assura secondo il metodo del terzo pagante.

23.2 L'istanza neutrale

23.2.1 L'Istanza neutrale, designata da Assura e le cui generalità sono indicate nel sito internet di Assura, è una società esperta nella raccomandazione di medici specialisti.

23.2.2 La lista delle specializzazioni per le quali l'assicurato deve rivolgersi all'Istanza neutrale, è disponibile sul sito internet di Assura ed è pure inviata all'assicurato con la polizza d'assicurazione.

23.2.3 Tale lista può essere modificata in qualsiasi momento da Assura in modo unilaterale. In tal caso, l'assicurato ne è informato per iscritto e può chiedere, entro un termine di 30 giorni, di passare ad un altro modello d'assicurazione di base proposto da Assura con la stessa franchigia.

23.2.4 L'intervento dell'Istanza neutrale e la ricerca di specialisti non sono fatturati all'assicurato.

Articolo 24 - Obblighi dell'assicurato

24.1 Prima di ogni trattamento medico

24.1.1 Prima di ogni trattamento medico, l'assicurato, o il suo rappresentante legale, in caso di problema di salute o in vista di una prestazione di prevenzione, si impegna a rivolgersi al Fornitore di telemedicina oppure al Medico di riferimento da lui scelto e comunicato ad Assura.

24.1.2 Rimangono riservate le disposizioni per i casi d'urgenza e le eccezioni che figurano all'articolo 25.

24.2 Consultazione presso il Fornitore di telemedicina

24.2.1 Se il Fornitore di telemedicina constata che l'assicurato deve consultare un medico generico, l'assicurato dovrà rivolgersi al Medico di riferimento da lui scelto e seguire la procedura prevista all'articolo 24.3 di seguito.

24.2.2 In tutti gli altri casi, il Fornitore di telemedicina fornisce all'assicurato una consulenza medica e/o concorda con l'assicurato il trattamento adeguato che si impegna a seguire. Il Fornitore di telemedicina definisce in particolare i fornitori di cure e/o gli specialisti da consultare, su riserva di una consultazione dell'Istanza neutrale (vedere articolo 24.2.3 qui sotto).

24.2.3 Se l'assicurato deve consultare uno specialista la cui specializzazione figura sul sito internet di Assura, il Fornitore di telemedicina lo inviterà a rivolgersi all'Istanza neutrale, al fine di ottenere tre raccomandazioni di specialisti. L'Istanza neutrale formulerà le sue raccomandazioni in particolare in base ai dati ricevuti dal Fornitore di telemedicina. Prima di intraprendere qualsiasi altra iniziativa, l'assicurato si impegna a consultare uno degli specialisti raccomandati dall'Istanza neutrale.

24.2.4 Se, nell'ambito della stessa affezione, è necessario che l'assicurato consulti un altro fornitore di cure e/o un altro specialista, , deve contattare nuovamente il Fornitore di telemedicina prima di qualsiasi consultazione, al fine di aggiornare il suo trattamento.

24.3 Consultazione presso il Medico di riferimento

24.3.1 Il Medico di riferimento fornisce all'assicurato un trattamento medico. Decide inoltre se può proseguire egli stesso il trattamento o se deve rivolgersi ad un altro fornitore di cure e/o ad uno specialista.

24.3.2 Specialista la cui specializzazione figura nel sito internet di Assura:

24.3.2.1 Se l'assicurato deve consultare uno specialista la cui specializzazione figura nel sito internet di Assura, deve rivolgersi all'Istanza neutrale al fine di ottenere tre raccomandazioni di specialisti.

24.3.2.2 L'assicurato deve allora chiedere al Medico di riferimento una copia del suo incarto medico che dovrà inviare all'Istanza neutrale. L'Istanza neutrale formulerà le sue raccomandazioni in particolare in base ai dati ricevuti dall'assicurato, che potranno dar luogo ad una richiesta di chiarimento da parte dell'Istanza neutrale. In tal caso l'assicurato si impegna a collaborare in modo proattivo. Prima di intraprendere qualsiasi altra iniziativa, l'assicurato si impegna inoltre a consultare uno dei tre specialisti raccomandati dall'Istanza neutrale.

24.3.2.3 Se, nell'ambito della stessa affezione, è necessario consultare un altro specialista la cui specializzazione figura nel sito internet di Assura, prima di qualsiasi altro passo e in particolare prima di ogni altra consultazione, l'assicurato deve rivolgersi nuovamente all'Istanza neutrale.

24.3.3 Specialista la cui specializzazione non figura nel sito internet di Assura o altro fornitore di cure:

Se l'assicurato deve rivolgersi ad uno specialista la cui specializzazione non figura nel sito internet di Assura o ad un altro fornitore di cure, deve chiedere al Medico di riferimento di rilasciargli un avviso di delega debitamente compilato e firmato, che dovrà allegare alla fattura del fornitore di cure o dello specialista.

24.4 Farmaci generici

L'assicurato accetta che i medicinali originali siano sostituiti da farmaci generici, a condizione che siano meno costosi e che il farmaco originale non sia assolutamente necessario per motivi medici.

24.5 Sanzioni

24.5.1 Se nonostante un primo richiamo per violazione degli obblighi assunti agli articoli 24 e 25, l'assicurato continua a non rispettare tali obblighi, non potrà usufruire delle prestazioni di Assura. Durante il periodo in cui l'assicurato è affiliato al modello QualiMed Assura non invierà più alcun richiamo.

24.5.2 Fino alla data del richiamo, le spese di trattamento per le quali si è impegnato l'assicurato, in violazione degli obblighi assunti agli articoli 24 e 25, saranno prese a carico da Assura conformemente alla LAMal. .

Articolo 25 - Eccezioni

25.1 Le consultazioni ambulatoriali di oftalmologia, di pediatria per i bambini fino a 12 anni compiuti o di ginecologia non sono soggette agli obblighi dell'articolo 24.

25.2 In caso di urgenza accertata verificatasi in Svizzera o all'estero, l'assicurato può rivolgersi al fornitore di cure e/o ad uno specialista senza contattare preliminarmente il Fornitore di telemedicina o il Medico di riferimento e senza ricorrere, all'occorrenza, ai servizi dell'Istanza neutrale. Se il trattamento prodigato in urgenza necessita consultazioni di controllo, l'assicurato deve rispettare obbligatoriamente gli impegni presi all'articolo 24 di cui sopra.

Articolo 26 - Ammissione al modello QualiMed

26.1 Il modello QualiMed può essere scelto da tutte le persone che sono domiciliate in una regione di premi in cui Assura applica tale modello.

26.2 Un assicurato domiciliato nelle regioni di premi in cui Assura applica il modello QualiMed, a beneficio dell'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie e della franchigia ordinaria di CHF 300 per gli adulti e/o giovani adulti e di CHF 0 per i bambini, può aderire in qualsiasi momento al modello QualiMed.

Articolo 27 - Uscita dal modello QualiMed

27.1 Assura può sopprimere il modello QualiMed per la fine di un anno civile, rispettando un preavviso di due mesi. L'assicurato sarà allora trasferito dal 1° gennaio dell'anno successivo nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con la stessa franchigia o, se lo richiede, in un altro modello d'assicurazione di base proposto da Assura. Rimane riservato il diritto dell'assicurato di demissionare alle condizioni previste dall'articolo 7 LAMal.

27.2 Se l'assicurato trasferisce il suo domicilio in una regione di premio in cui il modello QualiMed non è proposto da Assura, egli passa automaticamente all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie mantenendo la stessa franchigia.

27.3 Se, per motivi che riguardano l'assicurato (ad esempio ammissione in casa per anziani), la coordinazione da parte del Fornitore di telemedicina o il ricorso all'Istanza neutrale non è più possibile, Assura ha il diritto di escludere l'assicurato dal modello QualiMed con un preavviso di un mese. Questa misura comporta il trasferimento automatico dell'assicurato nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ed il mantenimento della stessa franchigia.

Articolo 28 - Trattamento dei dati

28.1 Verifica della copertura

Al fine di verificare la copertura dell'assicurato, Assura trasmette al Fornitore di telemedicina e all'Istanza neutrale i dati necessari all'identificazione dell'assicurato (dati di base e copertura), esclusi i dati sanitari.

28.2 Trattamento dei dati da parte di Assura

Assura gestisce solo i dati che le sono necessari, in particolare per il calcolo e la riscossione dei premi, per la valutazione del diritto alle prestazioni di assicurazione, per la gestione delle richieste di rimborso delle prestazioni, per la rivendicazione di diritti di regresso nei confronti del terzo responsabile e per l'elaborazione di statistiche.

28.3 Scambio dei dati

28.3.1 L'assicurato autorizza Assura e i suoi partner, ossia il Fornitore di telemedicina e l'Istanza neutrale, a scambiare i dati necessari a garantire in particolare la coordinazione ottimale del modello QualiMed e il trattamento ottimizzato delle cure mediche, nel rispetto delle regole sulla protezione dei dati.

28.3.2 L'assicurato autorizza il Fornitore di telemedicina a trasmettere all'Istanza neutrale le informazioni mediche che permettano all'Istanza neutrale di fornire una prestazione di consulenza adeguata al fine di ottimizzare il trattamento medico. Allo stesso scopo, l'assicurato autorizza l'Istanza neutrale a elaborare i dati trasmessi e a trasferirli allo specialista che egli avrà scelto. L'elaborazione dei dati dell'assicurato da parte dell'Istanza neutrale è effettuata

inoltre in base al consenso esplicito dell'assicurato richiestogli preliminarmente dall'Istanza neutrale.

28.3.3 L'assicurato autorizza il Fornitore di telemedicina a trasmettere ad Assura la lista di tutte le consultazioni da esso effettuate e, se del caso, gli avvisi di delega rilasciati, per consentire ad Assura di effettuare il controllo degli obblighi dell'assicurato e della fatturazione.

28.3.4 L'assicurato autorizza l'Istanza neutrale a trasmettere ad Assura la raccomandazione che indichi lo specialista scelto, per consentire ad Assura di effettuare il controllo degli obblighi dell'assicurato e della fatturazione. A fini statistici, l'Istanza neutrale invia inoltre periodicamente ad Assura un rapporto da essa redatto sulla propria attività, per consentire ad Assura di valutare l'adeguatezza del modello QualiMed.

28.4 Registrazione dei colloqui da parte del Fornitore di telemedicina

I colloqui di consulenza e le consultazioni mediche a distanza sono registrati ed archiviati dal Fornitore di telemedicina. In caso di litigio, le registrazioni possono essere utilizzate come mezzo probatorio e, se del caso, presentate alle autorità giudiziarie competenti. Tuttavia, in assenza di una procura specifica rilasciata dall'assicurato, Assura non ha alcun accesso diretto a queste informazioni.

Articolo 29 - Responsabilità

Assura non assume alcuna responsabilità medica.

Titolo 3 - Entrata in vigore

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1 gennaio 2021.

Assura-Basis SA