

Condizioni speciali d'assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie modello Rete delle cure

TITOLO 1 - BASI CONTRATTUALI E DIRITTO APPLICABILE

Il modello Rete delle cure 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 Rete delle cure 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 dall'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal, nonché dalle presenti Condizioni speciali d'assicurazione.

I principi particolari che regolano il funzionamento di questo modello, l'adesione e l'uscita degli assicurati sono regolati dagli articoli 41 cpv. 4 e 62, cpv. 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 Rete delle cure, l'assicurato accetta di conformarsi alle condizioni particolari descritte al capitolo 3. In controparte, beneficerà di un ribasso sui suoi premi 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, tenendo conto delle condizioni di cui agli art. 32 à 34 LAMal.

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 minorenni 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 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 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 - Le prestazioni

5.1 Sulla base delle tariffe e della legislazione applicabili, Assura assume le spese ambulatorie e ospedaliere effettuate o prescritte dai 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 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 CHF 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 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 ed una consultazione di controllo tra la 6^a e la 10^a 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 donna 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 CHF 10 per le cure balneari prescritte da un medico durante un periodo di al massimo 21 giorni per anno civile.

Articolo 12 - Cure dentarie

Assura assume i costi delle cure dentarie quando 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 di salvataggio

- a) Le spese sostenute per un trasporto 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.
- b) 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 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 degli obblighi definiti nell'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.

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 presenti disposizioni, sono applicabili le regole contenute nel titolo 1 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 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 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 e disdetta, 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 una 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 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 - IL MODELLO RETE DELLE CURE

Articolo 22 - Scelta del medico di primo ricorso

22.1 L'assicurato s'impegna a scegliere un medico di primo ricorso (Medico Scelto) tra i medici che hanno aderito alla rete che partecipa al modello Rete delle cure nel suo cantone di domicilio e che figura, a tale titolo, sulla lista dei medici, applicabile a questo modello (la Lista dei Medici). Appena avrà fatto la sua scelta, dovrà comunicare le generalità del medico ad Assura. Se l'assicurato consulta un medico che figura sulla Lista dei Medici senza averlo espressamente scelto in anticipo, il medico consultato sarà registrato come Medico Scelto.

22.2 La Lista dei Medici è pubblicata ed è accessibile nel sito Internet di Assura. È determinante la Lista dei Medici valida al momento delle cure. Può essere aggiornata unilateralmente in qualsiasi momento da Assura secondo l'evoluzione della cerchia dei medici che hanno aderito alla rete e che partecipano al modello Rete delle cure.

22.3 Nel caso in cui il Medico Scelto non faccia più parte della Lista dei Medici, l'assicurato, entro un termine di 30 giorni dal ricevimento della notifica di Assura, deve selezionare un nuovo medico che figura nella Lista dei Medici. Se entro il termine precitato il nuovo Medico Scelto non è stato comunicato ad Assura, l'assicurato passa automaticamente all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie con la stessa franchigia.

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

Articolo 23 - Obbligo dell'assicurato

23.1 L'assicurato s'impegna a consultare sempre in primo luogo il Medico Scelto, il quale è l'interlocutore di riferimento dell'assicurato e controlla che il trattamento dell'assicurato venga preso a carico in modo globale.

Coordina tutte le questioni mediche e segue l'evoluzione dell'assicurato in tutti gli approcci terapeutici. Decide

ugualmente se può continuare lui stesso la cura o se deve ricorrere ad uno specialista. In questo caso, l'assicurato si impegna ad ottenere dal Medico Scelto un avviso di delega debitamente compilato, datato e firmato, prima di consultare uno specialista. L'avviso di delega dovrà poi essere allegato alla fattura dello specialista e inviato ad Assura. L'assicurato s'impegna espressamente a seguire il trattamento che gli è stato prescritto.

23.2 Quando il Medico Scelto indirizza l'assicurato presso un altro fornitore di prestazioni (medico specialista, istituto di radiologia, fisioterapista, ecc.) l'assicurato è tenuto a continuare il trattamento presso la persona designata esplicitamente dal Medico Scelto.

23.3 L'assicurato s'impegna ad acquistare i farmaci e/o ogni altra preparazione farmaceutica a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie unicamente presso le farmacie che figurano nella lista delle farmacie autorizzate (la Lista delle Farmacie). Solo queste farmacie possono coordinare tutte le questioni relative ai trattamenti farmaceutici prescritti all'assicurato.

23.4 La Lista delle Farmacie è pubblicata ed è accessibile nel sito Internet di Assura. La Lista delle Farmacie valida al momento del trattamento è determinante ed è parte integrante delle presenti condizioni d'assicurazione.

23.5 Rimangono riservate le disposizioni per i casi d'urgenza e le eccezioni che figurano all'art. 24.

23.6 In caso di mancato rispetto degli impegni presi alla cifra 23, l'assicurato non potrà usufruire delle prestazioni di Assura.

Articolo 24 - Eccezioni

24.1 In caso di urgenza accertata, l'assicurato può rivolgersi ad un altro fornitore di cure ma non al Medico Scelto, rispettivamente ad una farmacia non riconosciuta. Inoltre, in caso di soggiorno all'estero, è possibile rivolgersi ad una farmacia non riconosciuta.

24.2 Se l'assicurato ha consultato un fornitore di cure mediche diverso dal Medico Scelto o si è rivolto ad una farmacia riconosciuta in virtù del capoverso precedente, è obbligato ad informare al più presto il Medico Scelto e a continuare il trattamento presso di lui, salvo suo parere contrario.

24.3 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 23.

Articolo 25 - Entrata nel modello Rete delle cure

25.1 Il modello Rete delle cure può essere scelto per tutte le persone che sono domiciliate in un cantone in cui Assura pratica questo modello.

25.2 Un assicurato domiciliato nei cantoni in cui Assura pratica il modello Rete dei medici, che beneficia 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 ogni momento al modello Rete delle cure.

Articolo 26 - Uscita dal modello Rete delle cure

26.1 Su riserva delle cifre qui di seguito, la rinuncia di 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 rimane riservato. 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.

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

26.3 Se in un cantone, sono disdetti tutti i contratti conclusi fra Assura e la o le società di gestione della rete dei medici che partecipano al modello Rete delle cure, il modello Rete delle cure cessa di esistere nel cantone in questione. In questo caso, gli assicurati di questo modello aventi il loro domicilio nel cantone in questione passano automaticamente all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie con una franchigia identica.

26.4 Se, per motivi inerenti alla persona assicurata (ad es. ammissione della persona assicurata in una casa per anziani, il Medico Scelto non può più prendere a carico il trattamento globale dell'assicurato, Assura ha il diritto di escludere l'assicurato dal modello Rete delle cure, mediante avviso di un mese. Tale misura comporta il trasferimento d'ufficio all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie con una franchigia identica.

26.5 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.

Articolo 27 - Trattamento dei dati

Concludendo il modello Rete delle cure, l'assicurato autorizza Assura, il Medico Scelto o i terzi che agiscono in suo nome, nonché gli eventuali specialisti, a scambiarsi i dati di trattamento e di fatturazione relativi a tutte le cure mediche, a condizione che i dati siano richiesti per la messa in opera dell'assicurazione Rete delle cure e in particolare per la verifica dell'adempimento degli obblighi impartiti all'assicurato. In caso di cambiamento del Medico Scelto, la persona assicurata autorizza la trasmissione di queste informazioni al nuovo Medico Scelto e svincola conseguentemente il precedente medico dal segreto professionale. Questi scambi di informazioni hanno luogo nel rispetto delle norme legislative, in particolare della legge sulla protezione dei dati e della LAMal.

Articolo 28 - Responsabilità

La responsabilità per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche incombe esclusivamente ai fornitori di cure mediche che trattano la persona assicurata.

TITOLO 3 - ENTRATA IN VIGORE

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2022.

Assura-Basis SA