

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie modello Rete delle cure

Edizione 01.2025

TITOLO PRIMO – 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 DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 – 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 articoli 32 a 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 a otto settimane dopo il parto, le donne sono esonerate

dalla franchigia in caso di ricorso a 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 dovuta 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 dalla franchigia in caso di ricorso a delle prestazioni generali per motivi di malattia.

Articolo 4 – Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Più minorenni 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

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.

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

Articolo 6 – Diritto applicabile

Le precedenti disposizioni 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 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 8 – Scelta della franchigia

8.1 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.

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 disdetta, cambio della franchigia

9.1 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.

9.2 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.

9.3 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 RETE DELLE CURE

Articolo 10 – Scelta del medico di primo ricorso

10.1 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 e che figura 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.

10.2 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.

10.3 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 summenzionato il nuovo Medico Scelto non è stato comunicato ad Assura, l'assicurato passa automaticamente nel modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) mantenendo la stessa franchigia.

10.4 Il cambiamento del Medico Scelto deve essere comunicato ad Assura da parte dell'assicurato prima di qualsiasi consulto presso un nuovo Medico Scelto. In caso di cambiamento del Medico Scelto, l'assicurato autorizza la trasmissione del proprio

dossier medico al nuovo Medico Scelto, liberando così il precedente Medico Scelto dal vincolo del segreto professionale.

Articolo 11 – Obblighi dell'assicurato

11.1 L'assicurato s'impegna a consultare sempre in primo luogo il Medico Scelto. Il Medico Scelto è l'interlocutore di riferimento dell'assicurato. In caso di temporanea indisponibilità del Medico Scelto, la Rete delle cure può proporre all'assicurato di rivolgersi a un Centro di telemedicina, i cui dati di contatto sono disponibili sul sito internet www.reseau-delta.ch. In qualsiasi caso, il Medico Scelto coordina tutte le questioni mediche e segue l'evoluzione dell'assicurato in tutti gli approcci terapeutici.

11.2 Il Medico Scelto decide 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 essere trasmesso ad Assura il prima possibile. L'assicurato s'impegna espressamente a seguire il trattamento che gli è stato prescritto.

11.3 Quando il Medico Scelto indirizza l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni (istituto di radiologia, fisioterapista, ecc.) l'assicurato è tenuto a proseguire il trattamento presso il fornitore di prestazioni designato dal Medico Scelto.

11.4 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.

11.5 La Lista delle Farmacie è pubblicata ed è accessibile nel sito Internet di Assura. Tale Lista può essere modificata in qualsiasi momento e unilateralmente da Assura. L'assicurato è informato in merito alle eventuali modifiche della Lista delle Farmacie per iscritto, ad esempio tramite la rivista dedicata agli assicurati. È determinante la Lista delle Farmacie valida al momento del trattamento.

11.6 Rimangono riservate le disposizioni per i casi d'urgenza e le eccezioni che figurano all'art. 13.

Articolo 12 – Sanzioni

12.1 In caso di inosservanza degli obblighi derivanti dagli articoli 11.2 e 11.4, Assura invia un richiamo all'assicurato. Per ogni ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

12.2 In caso di violazione degli altri obblighi derivanti dall'articolo 11, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

Articolo 13 – Eccezioni

13.1 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.

13.2 Se l'assicurato ha consultato un fornitore di cure mediche diverso dal Medico Scelto o si è rivolto ad una farmacia non 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.

13.3 Le consultazioni ambulatoriali di oftalmologia, di pediatria per i bambini o di ginecologia non sono soggette agli obblighi dell'articolo 11.

Articolo 14 – Entrata nel modello Rete delle cure

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

14.2 Un assicurato domiciliato nei cantoni in cui Assura pratica il modello Rete delle cure, 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 minorenni, può aderire in ogni momento al modello Rete delle cure.

Articolo 15 – Uscita dal modello Rete delle cure

15.1 Su riserva delle cifre qui di seguito, l'uscita dal modello Rete delle cure 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.

15.2 Se l'assicurato trasferisce il suo domicilio in un cantone dove il modello Rete delle cure non è proposto da Assura, egli passa automaticamente al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con una franchigia identica.

15.3 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 al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con una franchigia identica.

15.4 In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato può richiedere per iscritto ad Assura di essere trasferito al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) mantenendo la stessa franchigia, con effetto retroattivo al 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

15.5 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 di passare ad un altro modello di assicurazione di base proposto da Assura mantenendo la stessa franchigia.

Articolo 16 – Trattamento dei dati

16.1 Verifica della copertura

Al fine di verificare la copertura dell'assicurato, Assura trasmette al Medico Scelto della Rete delle cure i dati necessari

all'identificazione dell'assicurato e alla determinazione della sua copertura assicurativa, fatta eccezione dei dati sanitari. La trasmissione di tali dati può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

16.2 Scambio di dati

16.2.1 Sottoscrivendo il modello Rete delle cure, l'assicurato autorizza gli scambi di dati tra il Centro di telemedicina e Assura, così come tra il Medico Scelto e/o gli altri fornitori di prestazioni della Rete delle cure o altri fornitori coinvolti al di fuori della Rete delle cure e Assura. Deve trattarsi di scambi di dati strettamente necessari per garantire un coordinamento ottimale del modello Rete delle cure e per determinare il diritto alle prestazioni e devono pertanto avvenire nel pieno rispetto delle regole sulla protezione dei dati.

16.2.2 L'assicurato autorizza inoltre il Medico Scelto a scambiare le informazioni mediche necessarie al trattamento con gli altri fornitori di prestazioni della Rete delle cure o al di fuori della Rete delle cure, come il Centro di telemedicina.

16.2.3 La trasmissione dei dati così come prevista alle summenzionate condizioni tra il Centro di telemedicina e Assura e tra il Medico Scelto, Assura e gli altri fornitori di prestazioni coinvolti, può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

16.3 Trattamento dei dati da parte di Assura

Assura tratta solo i dati che le sono necessari, in particolare per il calcolo e la riscossione dei premi, per la valutazione del diritto alle prestazioni assicurative, 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.

Articolo 17 – 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 2025.

Assura-Basis SA