

Assicurazione del medico di famiglia Profit. Tutte le differenze rispetto al precedente regolamento a colpo d'occhio.

Per i dettagli dell'offerta sono determinanti il corrispondente regolamento secondo la LAMal e la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Il regolamento completo «Assicurazione del medico di famiglia Profit» è nei download sul nostro sito web: css.ch/cga

	Finora Regolamento Edizione 01.2024	Novità Regolamento Edizione 01.2026
nuovo Prefazione		Assicurazione del medico di famiglia Profit in breve Profit assume i costi di trattamenti in caso di malattia, maternità o infortunio nell'ambito della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Profit può essere stipulato con la franchigia ordinaria o una opzionale. Profit è un modello assicurativo alternativo (MAA), vale a dire una forma assicurativa particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata del fornitore di prestazioni. Una caratteristica di Profit è che la persona assicurata ha a disposizione una scelta di partner di coordinamento per usufruire di prestazioni preventive e in caso di problemi di salute. La persona assicurata è tenuta a consultare il partner di coordinamento scelto per usufruire di prestazioni preventive e in caso di problemi di salute. Il partner di coordinamento offre consulenza alla persona assicurata e, previo accordo con quest'ultima, definisce l'ulteriore proseguimento del trattamento. Le istruzioni del partner di coordinamento sono vincolanti per la persona assicurata. Secondo l'elenco dei partner di coordinamento, si considerano partner di coordinamento studi del medico di famiglia, telemedici di famiglia, centri o organizzazioni sanitarie regionali e farmacie partner. Oltre al partner di coordinamento sono a disposizione per una prima valutazione medica i seguenti interlocutori: centro di consulenza telemedica, farmacie e tool per lo smistamento digitale secondo l'elenco. La CSS Assicurazione malattie SA (di seguito denominata CSS) promuove e sostiene misure per la riduzione a lungo termine dei costi e per un'assistenza sanitaria sensata e appropriata, che richiedono un contributo attivo e la responsabilità personale anche dalla persona assicurata.
III	Premi e partecipazione ai costi	
IV nuovo III	Diritti e doveri delle persone assicurate	Diritti e obblighi della persona assicurata

Art. 1	Principi 1.1 L'assicurazione del medico di famiglia Profit è una particolare forma assicurativa nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata dei fornitori di prestazioni, secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal). Il medico di famiglia scelto dalla persona assicurata (di seguito denominato «medico coordinatore») garantisce l'intero trattamento e l'intera assistenza in tutte le questioni di salute. 1.2 Le persone assicurate si dichiarano disposte a far eseguire tutti i trattamenti e le visite dal medico coordinatore oppure di farsi indirizzare a terzi dal medico coordinatore. In questo modo esse contribuiscono ad una cura medica consapevole dei costi. 1.3 Le prestazioni garantite corrispondono all'estensione delle prestazioni prevista nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal, tenendo in considerazione le disposizioni limitative per l'ottenimento di prestazioni (art. 7–15). Sono determinanti la LAMal e la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA), nonché le relative disposizioni esecutive. A titolo complementare sono applicabili anche le disposizioni del regolamento per le assicurazioni secondo la LAMal della CSS Assicurazione malattie SA (di seguito CSS).	Principi 1.1 L'Assicurazione del medico di famiglia Profit è una forma particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata dei fornitori di prestazioni ai sensi della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e dell'art. 99 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal). In caso di problemi di salute dovuti a malattia, maternità o infortunio, a condizione che tale rischio sia assicurato, e in caso di prestazioni preventive il partner di coordinamento scelto dalla persona assicurata garantisce le cure e l'assistenza globali in tutte le questioni concernenti la salute. Sono a disposizione i seguenti partner di coordinamento: • studio del medico di famiglia • telemedico di famiglia • centro oppure organizzazione sanitaria regionale • farmacia partner I possibili partner di coordinamento riconosciuti dalla CSS sono riportati nell'elenco dei partner di coordinamento. Il partner di coordinamento scelto dalla persona assicurata è riportato nella polizza assicurativa. 1.2 La persona assicurata si dichiara disposta a far eseguire i trattamenti e le visite dal partner di coordinamento oppure di farsi delegare da quest'ultimo a terzi. In questo modo contribuisce a un'assistenza sanitaria consapevole per quanto riguarda i costi. 1.3 Le prestazioni garantite corrispondono all'estensione delle prestazioni prevista nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, tenendo in considerazione le disposizioni limitative per la fruizione di prestazioni (art. 5-12). Sono determinanti la LAMal e la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), nonché le relative disposizioni esecutive. A titolo complementare sono applicabili anche le disposizioni del regolamento.
Art. 2	Campo d'applicazione In presenza di un'assicurazione del medico di famiglia Profit le limitazioni nella scelta dei fornitori di prestazioni valgono per analogia anche per eventuali assicurazioni complementari stipulate presso la CSS Assicurazione SA, qualora una corrispettiva regolamentazione sia prevista nelle Condizioni generali d'assicurazione (CGA).	
Art. 3 nuovo Art. 2	Stipulazione Al momento della stipulazione dell'assicurazione, le persone assicurate scelgono un medico coordinatore dalla lista dei medici della CSS applicabile per l'assicurazione del medico di famiglia Profit (di seguito chiamata «lista dei medici CSS»). La lista dei medici CSS applicabile si determina in base al domicilio civile della persona assicurata. La stipulazione dell'assicurazione del medico di famiglia Profit avviene sempre con effetto il 1° del mese seguente. Un cambio successivo ad un altro medico coordinatore è possibile (art. 14).	Stipulazione Al momento della stipulazione dell'assicurazione la persona assicurata sceglie un partner di coordinamento dal relativo elenco applicabile dei partner di coordinamento per l'Assicurazione del medico di famiglia Profit. L'elenco applicabile è determinato in base al domicilio ai sensi del diritto civile della persona assicurata. La stipulazione dell'Assicurazione del medico di famiglia Profit avviene sempre con effetto al 1° del mese successivo, a condizione che non ci sia un termine legale che impedisca il cambio del modello assicurativo. Un passaggio successivo a un altro partner di coordinamento è possibile (art. 5.1).

Art. 4
nuovo Art. 3

Disdetta

- 4.1 La disdetta dell'assicurazione può avvenire per la fine dell'anno civile e deve essere inoltrata per iscritto, rispettando un periodo di preavviso di disdetta di 3 mesi. Qualora, contemporaneamente, non avvenga anche un passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di un altro assicuratore, la disdetta comporta il passaggio nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della CSS.
- 4.2 In caso di partenza dal campo d'applicazione della lista dei medici CSS, l'uscita dall'assicurazione del medico di famiglia Profit e il passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie avvengono con effetto il 1° del mese seguente. Rimangono riservate le disposizioni riportate all'art. 3.
- 4.3 Nel caso in cui il medico coordinatore uscisse o venisse espulso dalla lista dei medici CSS, nel termine di un mese dal preavviso scritto della CSS, le persone assicurate possono scegliere come medico coordinatore un altro medico dalla lista dei medici CSS applicabile oppure passare all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della CSS. Qualora la persona assicurata non faccia uso del diritto di scelta entro tale termine, essa sarà automaticamente trasferita nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della CSS.
- 4.4 In caso di lesione ripetuta degli obblighi menzionati agli art. 7.1, 9.1, 10 e 11 oppure se le persone assicurate soggiornano all'estero per un periodo superiore a tre mesi, la CSS ha il diritto di escludere tali persone assicurate dall'assicurazione del medico di famiglia Profit per la fine del mese civile e rispettando un termine di preavviso di un mese. Ciò comporta automaticamente un passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della CSS. La nuova stipulazione di un modello assicurativo alternativo (Assicurazione Studi medici della salute, Assicurazione del medico di famiglia Profit o Callmed) è possibile al più presto due anni dopo l'esclusione.
- 4.5 Qualora un trattamento fornito dal medico coordinatore, per motivi dovuti alla persona assicurata, non fosse più possibile, la CSS ha il diritto di escludere la persona assicurata dall'assicurazione del medico di famiglia Profit, rispettando un periodo di preavviso di un mese e con Effetto alla fine del mese civile. Ciò comporta automaticamente un passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della CSS.

Disdetta

- 3.1 Il passaggio a una franchigia opzionale minore, a un'altra forma assicurativa o a un altro assicuratore malattie è possibile con effetto alla fine di un anno civile, rispettando i preavvisi di disdetta stabiliti dalla legge.
- 3.2 In caso di trasferimento fuori dal campo d'applicazione dell'elenco dei partner di coordinamento, l'uscita dall'assicurazione del medico di famiglia Profit e il passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie avvengono con effetto il 1° del mese seguente. Rimangono riservate le disposizioni riportate all'art. 2.
- 3.3 Se il partner di coordinamento esce dall'elenco dei partner di coordinamento o ne viene escluso, la persona assicurata può designare, entro il termine di un mese dal momento dell'informazione scritta inviata dalla CSS, un altro partner di coordinamento dall'elenco applicabile dei partner di coordinamento o passare all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della CSS. Qualora la persona assicurata non faccia uso del diritto di scelta entro tale arco di tempo, la CSS è autorizzata a scegliere un telemedico di famiglia come partner di coordinamento per la persona assicurata.
- 3.4 In caso di violazione ripetuta degli obblighi menzionati agli articoli 5.1 e 5.3, oppure se la persona assicurata soggiorna all'estero per un periodo superiore a tre mesi, la CSS Assicurazione malattie SA ha il diritto di escludere la persona in questione dall'Assicurazione del medico di famiglia Profit con effetto alla fine di un mese civile, rispettando un termine di preavviso di un mese. Ciò comporta automaticamente un passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della CSS. La nuova stipulazione di un modello assicurativo alternativo è possibile non prima di due anni dopo l'esclusione.
- 3.5 Qualora il trattamento fornito dal partner di coordinamento non fosse più possibile (soggiorno all'estero della persona assicurata per un periodo superiore a tre mesi, degenza in una casa di cura, degenza nel reparto di cure di una casa per anziani o in un reparto per malati cronici di un ospedale per casi acuti o in caso di una degenza prolungata di più di tre mesi in un ospedale per casi acuti, in una clinica psichiatrica o in una clinica di riabilitazione o simile, oppure la persona assicurata sta scontando una pena detentiva, trasferimento del domicilio fuori dal territorio servito, ecc.), la CSS ha il diritto di escludere la persona assicurata dall'assicurazione del medico di famiglia Profit, sempre rispettando un periodo di preavviso di un mese e con effetto alla fine di un mese civile. Ciò comporta automaticamente un passaggio nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della CSS.

Art. 5

Premi

Le persone assicurate ricevono un ribasso sul premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. È applicabile la tariffa dei premi valevole in quel momento.

Art. 6
nuovo Art. 4

Partecipazione ai costi

Partecipazione ai costi

- 4.2 Per determinate prestazioni riportate sul sito web della CSS, in base alle condizioni in esso indicate, la CSS può rinunciare ad applicare la franchigia o l'aliquota percentuale. La CSS può modificare questo elenco.

Art. 7
nuovo Art. 5

Assistenza/trattamento da parte del medico coordinatore

- 7.1 Per tutti i trattamenti necessari, le persone assicurate si rivolgono sempre dapprima al medico coordinatore (con eccezione degli art. 8, 9.2 e 13). Quest'ultimo, all'occorrenza, provvede che l'adeguato trattamento e l'adeguata assistenza della persona assicurata avvengano da parte di altri medici o di personale ausiliario medico.
- 7.2 Qualora le persone assicurate, in mancanza di situazioni riportate negli art. 8, 9.2 e 13, rivendichino trattamenti ambulatoriali o stazionari senza precedente prescrizione del medico coordinatore, la CSS rimborsa i costi, risp. Procede a sanzioni come segue:
- a) in occasione della prima violazione delle regole, si invia un sollecito scritto con rimando alle sanzioni se il caso dovesse ripetersi.
 - b) dalla seconda violazione delle regole, la persona assicurata deve pagare personalmente l'importo massimo di CHF 500 per fattura. L'importo da pagare personalmente a seguito di violazione delle regole non sarà computato alla franchigia e all'aliquota percentuale.
 - c) inoltre, dalla seconda violazione delle regole, la CSS può procedere al trasferimento nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della CSS con effetto al primo giorno del mese seguente. L'assunzione dei costi da parte della persona assicurata viene calcolata in base a tutte le prestazioni percepite senza attenersi alle regole. La sanzione si applica indipendentemente dalla colpa, dalla data e dall'età della persona assicurata.

Assistenza/trattamento da parte del partner di coordinamento e di ulteriori interlocutori

- 5.1 Per tutti i trattamenti necessari la persona assicurata si rivolge sempre dapprima al partner di coordinamento (eccezione: art. 6 e 9). All'occorrenza, questi si occupa di sottoporre la persona assicurata a un trattamento adeguato da parte di altri medici o di personale ausiliario medico. In casi motivati, la persona assicurata può cambiare il partner di coordinamento con effetto al 1° del mese seguente e indicarne un altro che figuri nell'elenco dei partner di coordinamento. Prima di effettuare il cambio, dovrà comunicarlo al partner di coordinamento attuale e alla CSS.
- 5.2 In caso di problemi di salute, la persona assicurata può rivolgersi ai seguenti ulteriori interlocutori per un primo parere medico: centro di consulenza telemedica, farmacie e tool per lo smistamento digitale secondo l'elenco.
- 5.3 Se il suo partner di coordinamento invia la persona assicurata da un medico specialista e quest'ultimo consiglia un ulteriore trattamento o un intervento chirurgico, la persona assicurata è tenuta informare il suo partner di coordinamento o a farlo informare e a richiedere la sua approvazione.
- 5.4 Se, a eccezione dei casi menzionati negli art. 6 e 9, la persona assicurata usufruisce direttamente di trattamenti ambulatoriali o stazionari senza previa prescrizione del partner di coordinamento, viene sanzionata come segue:
- a) in occasione della prima violazione delle regole, si invia un sollecito scritto con rimando alle sanzioni se il caso dovesse ripetersi.
 - b) dalla seconda violazione delle regole, la persona assicurata deve pagare personalmente l'importo massimo di CHF 500 per fattura. L'importo da pagare personalmente a seguito della violazione delle regole non sarà computato alla franchigia e all'aliquota percentuale.
 - c) inoltre, dalla seconda violazione delle regole la CSS può procedere al trasferimento nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della CSS con effetto al primo giorno del mese seguente. L'assunzione dei costi da parte della persona assicurata viene calcolata in base a tutte le prestazioni percepite senza attenersi alle regole. La sanzione si applica indipendentemente dalla colpa, dalla data e dall'età della persona assicurata.

Art. 8
nuovo Art. 6

Trattamenti d'emergenza

- 8.1 In una situazione d'emergenza le persone assicurate si rivolgono al loro medico coordinatore. Nel caso in cui quest'ultimo non fosse reperibile, esse si devono rivolgere al Centro di consulenza medica istituito dalla CSS (il numero di telefono è riportato sul tesserino dell'assicurato) oppure a scelta al sostituto del medico coordinatore o all'organizzazione d'emergenza regionale al luogo di domicilio o, se del caso, alla località di soggiorno.
- 8.2 Se in un caso d'emergenza fosse necessario un ricovero ospedaliero oppure un trattamento presso il medico di pronto soccorso, le persone assicurate hanno l'obbligo di informare o di far informare il medico coordinatore il più presto possibile. Se successivamente si dovesse rendere necessaria una visita di controllo, questa dovrà avvenire presso il medico coordinatore. Con il consenso del medico coordinatore l'ulteriore trattamento può avvenire anche presso il medico del pronto soccorso finché sarà necessario.

Eccezioni all'obbligo di previa consultazione del partner di coordinamento

- 6.1 In caso d'emergenza non occorre prima contattare il partner di coordinamento. Si è in presenza di un caso d'emergenza se lo stato della persona assicurata è percepito come una minaccia per la vita da un punto di vista oggettivo oppure quando vi è una necessità immediata di trattamento. La persona assicurata è tenuta a notificare i trattamenti di emergenza il più presto possibile, comunque al più tardi entro 10 giorni, al partner di coordinamento o alla CSS mediante l'app messa a disposizione. Se in un secondo tempo si rende necessario un trattamento successivo/una visita di controllo, occorre comunicarlo al partner di coordinamento prima dell'inizio del trattamento successivo/della visita di controllo. Previa approvazione del partner di coordinamento, il trattamento successivo/la visita di controllo potrà aver luogo presso il fornitore di prestazioni che ha trattato l'emergenza. Una violazione di questi obblighi di notifica determina sanzioni secondo l'art. 5.4 del presente regolamento.

	Finora Regolamento Edizione 01.2024	Novità Regolamento Edizione 01.2026
Art. 9 nuovo Art. 5/Art. 6	Trattamenti presso il medico specialista 9.1 Se il medico coordinatore invia le persone assicurate da un medico specialista e quest'ultimo consiglia un ulteriore trattamento o un intervento chirurgico, le persone assicurate hanno l'obbligo di informare anticipatamente il loro medico coordinatore oppure di farlo informare e di richiedere la sua approvazione. 9.2 Le persone assicurate hanno la libertà di scelta per i seguenti specialisti: • Oculisti (specialisti oftalmologi) • Ginecologi (specialisti in ginecologia e ostetricia)	Assistenza/trattamento da parte del partner di coordinamento e di ulteriori interlocutori 5.3 Se il suo partner di coordinamento invia la persona assicurata da un medico specialista e quest'ultimo consiglia un ulteriore trattamento o un intervento chirurgico, la persona assicurata è tenuta informare il suo partner di coordinamento o a farlo informare e a richiedere la sua approvazione. Eccezioni all'obbligo di previa consultazione del partner di coordinamento 6.2 Per i seguenti trattamenti e visite non è obbligatorio contattare precedentemente il partner di coordinamento: • per la fisioterapia, l'ergoterapia e/o la logopedia, a condizione che sia stata prescritta da uno specialista nell'ambito del trattamento successivo coordinato secondo l'art. 5.1 del presente regolamento, • esami e trattamenti presso un oculista/ oftalmologo, • esami preventivi e trattamenti, nonché controlli durante e dopo la gravidanza presso un ginecologo, • prestazioni erogate da levatrici, • trattamenti per cure dentarie.
Art. 10	Ricovero in un ospedale I ricoveri in ospedale o in istituzioni semistazionarie devono essere effettuati da un medico coordinatore oppure con la sua approvazione (ad eccezione degli art. 8, 9, 13). Il medico coordinatore constata la necessità del ricovero e ricovera la persona assicurata.	
Art. 11	Cure termali e di riposo I ricoveri in stabilimenti termali e di riposo devono avvenire tramite il medico coordinatore oppure con la sua approvazione, qualora si faccia valere il diritto alle prestazioni assicurative.	

Art. 12
nuovo Art. 8

Medicamenti

La persona assicurata si impegna a richiedere sempre un medicamento conveniente dal gruppo di sostanze attive prescritto dal medico. Come base vale il cosiddetto elenco dei generici dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Si può trattare a proposito di un generico o di un preparato originale comparativamente conveniente. Se la persona assicurata sceglie un medicamento riportato nell'elenco dei generici dell'UFSP con aliquota percentuale maggiore (40 %), per il quale viene offerta un'alternativa più conveniente, allora i costi sono rimborsati solo al 50 %. Tale regolamentazione non vale se la persona assicurata per motivi medici ha assolutamente bisogno del preparato originale con aliquota percentuale maggiore. Una conferma scritta in tal senso del medico curante deve esser presente al momento del conteggio della prestazione.

Medicamenti

- 8.1 La persona assicurata si impegna a richiedere un medicamento più conveniente (generici/biosimilari o un preparato originale a confronto conveniente) dal gruppo di sostanze attive prescritto dal medico. I preparati originali sono sostituiti da generici/biosimilari se sono più convenienti e la persona assicurata non necessita il preparato originale per motivi di ordine medico.
- 8.2 Generici: come base vale l'elenco gestito dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) «Nuovo elenco di generici con aliquota percentuale differenziata per preparati originali e generici». L'elenco vigente può essere consultato sul sito web dell'UFSP o richiesto presso il partner di coordinamento. Se la persona assicurata sceglie un medicamento riportato nell'elenco dei generici dell'UFSP con aliquota percentuale maggiore (40%) per il quale viene offerta un'alternativa più conveniente, le viene rimborsato solo il 50% dei costi del medicamento originale. Sono esclusi da tale regolamentazione i casi in cui per motivi medici la persona assicurata ha bisogno del preparato originale con aliquota percentuale maggiore. Per il conteggio delle prestazioni il partner di coordinamento rispettivamente il fornitore di prestazioni deve essere in possesso di una corrispondente prova.
- 8.3 I biosimilari sono prodotti d'imitazione dei farmaci biologici originali. Se la persona assicurata sceglie un medicamento originale per il quale è disponibile un'alternativa più conveniente, le viene rimborsato solo il 50% dei costi del medicamento originale. I biosimilari approvati con nome commerciale, sostanza attiva e indicazione relativa al preparato originale devono essere richiesti presso il partner di coordinamento. Sono esclusi da tale regolamentazione i casi in cui la persona assicurata per motivi medici ha assolutamente bisogno del preparato originale con aliquota percentuale maggiore. Per il conteggio delle prestazioni deve esser presente una corrispondente attestazione da parte del partner di coordinamento rispettivamente del fornitore di prestazioni.
- 8.4 Mezzi ausiliari (mezzi e apparecchi): la persona assicurata s'impegna a ritirare presso le aziende partner (centri di consegna) della CSS i mezzi ausiliari (mezzi e apparecchi) più convenienti, come i prodotti per i diabetici, i deambulatori, gli apparecchi per inalazione e terapia respiratoria, i bendaggi, le stampelle, i mezzi ausiliari per l'incontinenza, ecc. Se la persona assicurata sceglie un mezzo ausiliario più costoso, non offerto da un'azienda partner della CSS, saranno rimborsati al massimo i costi secondo il contratto per consegne con l'azienda partner (centro di consegna). Una panoramica delle aziende partner e la loro offerta relativa ai mezzi ausiliari (mezzi e apparecchi) è consultabile sul sito web della CSS e/o può essere richiesto presso il partner di coordinamento.

Art. 13
nuovo Art. 9

Sostituto

Nel caso il medico coordinatore scelto dalle persone assicurate dalla lista dei medici CSS fosse assente, esse si devono rivolgere al Centro di consulenza medica incaricato dalla CSS (il numero di telefono è riportato sul tesserino dell'assicurato) oppure al sostituto del medico coordinatore (con eccezione dell'art. 8). In caso di assenze di lunga durata, le persone assicurate possono designare un altro medico coordinatore scegliendolo dal relativo elenco dei medici della CSS.

Sostituto

Se il partner di coordinamento scelto dalla persona assicurata dall'elenco dei partner di coordinamento è assente, la persona assicurata si rivolge al centro di consulenza telemedica incaricato dalla CSS (i dati del contatto sono riportati sul sito web della CSS) o al sostituto del partner di coordinamento (a eccezione dell'art. 6.1). In caso di assenza prolungata, la persona assicurata può designare un altro partner di coordinamento dal relativo elenco dei partner di coordinamento.

Art. 14

Cambio del medico coordinatore

In casi motivati le persone assicurate possono cambiare il medico coordinatore con effetto il 1° del mese seguente e designare un altro medico coordinatore dalla corrispondente lista dei medici CSS. Prima di effettuare il cambio, esse comunicano tale decisione al medico coordinatore finora avuto e all'agenzia di competenza.

	Finora Regolamento Edizione 01.2024	Novità Regolamento Edizione 01.2026
Art. 15 nuovo Art. 10	Liste 15.1 Le liste in vigore citate nel presente regolamento sono pubblicate in Internet (www.css.ch) e possono anche essere ritirate presso le agenzie di competenza. 15.3 La CSS si riserva il diritto di adeguare annualmente le liste citate nel regolamento (Eccezione: Lista dei generici ai sensi dell'art. 12.1).	Elenchi 10.1 Gli elenchi validi e menzionati nel presente regolamento sono pubblicati sul sito web della CSS (www.css.ch) e possono essere richiesti anche presso l'agenzia di competenza. 10.3 La CSS può in qualsiasi momento modificare gli elenchi menzionati nel regolamento (eccezione: elenco dei generici secondo l'art. 8.2)
Art. 16 nuovo Art. 11	Protezione dei dati La protezione dei dati è regolata dalla LAMal, dalla LPGa e dalla legge federale sulla protezione dei dati del 25 settembre 2020. Nell'Assicurazione del medico di famiglia Profit vengono resi noti i necessari dati sulla salute e i dati contrattuali al medico di famiglia risp. al medico coordinatore e a eventuali terzi, in particolare a specialisti, ospedali e altre persone e istituzioni coinvolte nell'ambito della fornitura medica e organizzativa delle prestazioni, per l'esecuzione del contratto oppure in caso di cambiamento del medico coordinatore. Questa forma assicurativa richiede che il medico di famiglia risp. il medico coordinatore ed eventuali terzi rendano noti alla CSS dati relativi a diagnosi, trattamenti e fatture delle persone assicurate. Le modalità del trattamento dei dati presso la CSS sono inoltre esposte nella dichiarazione sulla protezione dei dati della CSS (css.ch/protezione-dati).	Protezione dei dati La protezione dei dati è regolata dalle disposizioni della LAMal, della LPGa e della legge federale sulla protezione dei dati. Per l'Assicurazione del medico di famiglia Profit vengono resi noti i dati sulla salute e contrattuali necessari al partner di coordinamento e a eventuali terzi, in particolare a specialisti, ospedali e altre persone e istituzioni coinvolte nell'ambito della fornitura medica e organizzativa delle prestazioni, ai fini dell'attuazione del contratto oppure nel caso di un cambio del partner di coordinamento. Questa forma assicurativa richiede che il partner di coordinamento ed eventuali terzi rendano noti alla CSS dati relativi a diagnosi, trattamento e fatture delle persone assicurate. Il trattamento dei dati da parte della CSS è inoltre spiegato nella dichiarazione sulla protezione dei dati della CSS (css.ch/protezione-dati).
Art. 18 nuovo Art. 13	Pubblicazione del regolamento Ulteriori informazioni e comunicazioni vincolanti, quali per esempio le modifiche del presente regolamento, saranno pubblicate sulla homepage dell'assicuratore e nella rivista per i clienti della CSS. Questo regolamento è pubblicato sul sito web oppure può essere richiesto in agenzia.	Pubblicazione del regolamento Ulteriori informazioni e comunicazioni vincolanti, quali per esempio le modifiche del presente regolamento, saranno pubblicate sulla homepage dell'assicuratore e nella rivista per i clienti della CSS. Questo regolamento è pubblicato sul sito web oppure può essere richiesto in agenzia.
Art. 19 nuovo Art. 14	Entrata in vigore Il presente regolamento entra in vigore il 1° gennaio 2024.	Entrata in vigore Questo regolamento entra in vigore con effetto al 1° gennaio 2026.
nuovo Art. 7		Offerte per la salute La persona assicurata acconsente a che il partner di coordinamento dia consigli per la promozione della salute e la prevenzione. Questi consigli possono essere forniti in modo mirato sulla base di criteri medici determinati autonomamente dal partner di coordinamento scelto o eventualmente da altri fornitori di prestazioni coinvolti. La CSS può anche consigliare misure di prevenzione o programmi di accompagnamento.

Il contenuto dei seguenti articoli rimane invariato, cambia solo la numerazione: 4.1, 10.2, 12.