

Assicurazione del medico di famiglia

Regolamento (LAMal) Edizione 08.2020

Per una migliore leggibilità delle disposizioni contrattuali, abbiamo mantenuto la forma maschile per determinati termini personalizzati; ovviamente, tali termini valgono anche per le persone di sesso femminile.

Indice

I Disposizioni generali

1	Principi	2
2	Campo d'applicazione	2

II Rapporto assicurativo

3	Stipulazione	2
4	Disdetta	2

III Premi e partecipazione ai costi

5	Premi	2
6	Partecipazione ai costi	2

IV Diritti e doveri delle persone assicurate

7	Assistenza/trattamento da parte del medico coordinatore	2
8	Trattamenti d'emergenza	2
9	Trattamenti presso il medico specialista	3
10	Ricovero in un ospedale	3
11	Cure termali e di riposo	3
12	Medicamenti	3
13	Sostituto	3
14	Cambio del medico coordinatore	3
15	Liste	3
16	Visione degli atti	3

V Disposizione finale

17	Entrata in vigore	3
----	-------------------	---

I Disposizioni generali

1 Principi

- 1.1 L'Assicurazione del medico di famiglia è una particolare forma assicurativa nell'ambito dell'assicurazione di base 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 La persona assicurata si dichiara disposta a far eseguire tutti i trattamenti e le visite dal medico coordinatore oppure di farsi indirizzare a terzi dal medico coordinatore. In questo modo la persona assicurata contribuisce ad una cura medica consapevole dei costi.
- 1.3 Le prestazioni garantite corrispondono all'estensione delle prestazioni prevista nell'ambito dell'assicurazione di base secondo la LAMal, tenendo in considerazione le disposizioni limitative per l'ottenimento di prestazioni (artt. 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 Sanagate SA (di seguito Sanagate).

2 Campo d'applicazione

In presenza di un'Assicurazione del medico di famiglia, 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).

II Rapporto assicurativo

3 Stipulazione

Al momento della stipulazione dell'assicurazione, la persona assicurata sceglie un medico coordinatore dalla lista dei medici applicabile per l'Assicurazione del medico di famiglia. La lista dei medici applicabile si determina in base al domicilio civile della persona assicurata. La stipulazione avviene sempre con effetto al 1° del mese seguente. Un cambio successivo ad un altro medico coordinatore è possibile (cifra 14).

4 Disdetta

- 4.1 La disdetta dell'assicurazione può avvenire con effetto dalla fine dell'anno civile e deve essere inoltrata per iscritto, rispettando un preavviso di disdetta di 3 mesi. Qualora contemporaneamente non avvenga anche un passaggio all'assicurazione di base di un altro assicuratore, la disdetta comporta il passaggio all'assicurazione ordinaria di base di Sanagate.
- 4.2 In caso di partenza dal campo d'applicazione della lista dei medici, l'uscita dall'Assicurazione del medico di famiglia e il passaggio all'assicurazione ordinaria di base avvengono con effetto al 1° del mese seguente. Rimangono riservate le disposizioni riportate alla cifra 3.
- 4.3 Nel caso in cui il medico coordinatore uscisse o venisse espulso dalla lista dei medici, entro un mese dal preavviso scritto, la persona assicurata può scegliere come medico coordinatore un altro medico dalla lista dei medici applicabile oppure passare all'assicurazione ordinaria di base di Sanagate. Qualora la persona assicurata non faccia uso del diritto di scelta entro tale termine, essa sarà automaticamente trasferita nell'assicurazione ordinaria di base di Sanagate.

- 4.4 In caso di lesione ripetuta degli obblighi menzionati alle cifre 7.1, 9.1, 10 e 11 oppure se la persona assicurata soggiorna all'estero per un periodo superiore a tre mesi, Sanagate ha il diritto di escludere tale persona dall'Assicurazione del medico di famiglia con effetto dalla fine del mese civile e rispettando un termine di preavviso di un mese. Ciò comporta automaticamente un passaggio all'assicurazione ordinaria di base di Sanagate. Rimane riservata la possibilità di concedere in futuro di nuovo la stipulazione. La nuova stipulazione di un modello assicurativo alternativo (Assicurazione del medico di famiglia o SanaCall) 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, Sanagate ha il diritto di escludere la persona assicurata dall'Assicurazione del medico di famiglia, rispettando un periodo di preavviso di un mese e con effetto dalla fine del mese civile. Ciò comporta automaticamente un passaggio all'assicurazione ordinaria di base di Sanagate.

III Premi e partecipazione ai costi

5 Premi

La persona assicurata riceve un ribasso sul premio dell'assicurazione di base. È applicabile la tariffa dei premi valevole in quel momento.

6 Partecipazione ai costi

L'addebito della franchigia e della quota-parte in caso di trattamento ambulatoriale e stazionario, nonché del contributo ai costi di una degenza ospedaliera, avviene secondo le disposizioni legali dell'assicurazione di base e del regolamento per le assicurazioni secondo la LAMal di Sanagate.

IV Diritti e doveri della persona assicurata

7 Assistenza/trattamento da parte del medico coordinatore

- 7.1 Per tutti i trattamenti necessari, la persona assicurata si rivolge sempre dapprima al medico coordinatore (con eccezione delle cifre 8, 9.2 e 13). Quest'ultimo, all'occorrenza, provvede a 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 la persona assicurata, in mancanza di situazioni riportate alle cifre 8, 9.2 e 13, rivendichi trattamenti ambulatoriali o stazionari senza precedente prescrizione del medico coordinatore, la persona assicurata deve assumersi tutti i costi che ne derivano.

8 Trattamenti d'emergenza

- 8.1 In una situazione d'emergenza la persona assicurata si rivolge al proprio medico coordinatore. Nel caso in cui quest'ultimo non fosse reperibile, la persona assicurata si rivolge al supplente del medico coordinatore oppure al centro di consulenza medica d'emergenza regionale nel luogo di domicilio o, se del caso, nella 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, la persona assicurata ha 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.

- 9 Trattamenti presso il medico specialista**
- 9.1 Se il medico coordinatore invia la persona assicurata da un medico specialista e quest'ultimo consiglia un ulteriore trattamento o un intervento chirurgico, la persona assicurata ha l'obbligo di informare anticipatamente il suo medico coordinatore oppure di farlo informare e di richiedere la sua approvazione.
- 9.2 La persona assicurata ha la libertà di scelta per i seguenti specialisti:
- oculisti (specialisti oftalmologi)
 - ginecologi (specialisti in ginecologia e ostetricia)
- 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 delle cifre 8, 9, 13). Il medico coordinatore constata la necessità del ricovero e ricovera la persona assicurata.
- 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.
- 12 Medicamenti**
- 12.1 La persona assicurata si impegna a richiedere sempre un medicamento conveniente dal gruppo di sostanze attive prescritto dal medico. Come base vale il «Nuovo elenco di generici con aliquota percentuale differenziata per preparati originali e generici» dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Si può trattare di un generico o di un preparato originale comparativamente più conveniente.
- 12.2 Se la persona assicurata sceglie un medicamento riportato nell'elenco dei generici dell'UFSP con aliquota percentuale maggiore (20%), per il quale viene offerta un'alternativa più conveniente, allora i costi sono rimborsati solo al 50%.
- 12.3 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 essere presente al momento del conteggio della prestazione.
- 13 Sostituto**
- Nel caso il medico coordinatore scelto dalla persona assicurata dalla lista dei medici fosse assente, la persona assicurata si rivolge al sostituto del medico coordinatore (con eccezione della cifra 8). In caso di assenza prolungata del medico coordinatore, la persona assicurata può designare un altro medico coordinatore dalla corrispondente lista dei medici.
- 14 Cambio del medico coordinatore**
- In casi motivati, la persona assicurata può cambiare il medico coordinatore con effetto dal 1° del mese seguente e designare un altro medico coordinatore dalla corrispondente lista dei medici. Prima di effettuare il cambio, la persona assicurata comunica tale decisione al medico coordinatore finora avuto e a Sanagate.
- 15 Liste**
- 15.1 Le liste in vigore citate nel presente regolamento sono pubblicate in Internet (www.css.ch).
- 15.2 Sono sempre determinanti le liste valedoli al momento del trattamento.
- 15.3 Sanagate si riserva il diritto di adeguare annualmente le liste citate nel regolamento (eccezione: Lista dei generici ai sensi della cifra 12.1).

- 16 Visione degli atti**
- Con la stipulazione dell'Assicurazione del medico di famiglia le persone assicurate si dichiarano d'accordo a concedere al loro medico coordinatore il diritto di prendere visione dei dati necessari per il presente modello assicurativo relativi a diagnosi, a trattamenti, a dati di fatture delle loro cure mediche. Tale forma assicurativa richiede inoltre uno scambio di dati tra il medico coordinatore, Sanagate ed eventuali terzi. Si tratta in tal caso di dati relativi a diagnosi, trattamenti e fatture delle persone assicurate. Questi vengono resi noti in modo particolare a specialisti, ospedali, altre persone e istituzioni coinvolte nel quadro della fornitura medica e organizzativa delle prestazioni, al fine dello svolgimento del contratto oppure in caso di un cambio del medico coordinatore.

V Disposizione finale

- 17 Entrata in vigore**
- Questo regolamento entra in vigore con effetto al 1° agosto 2020.



CSS

Assicurazione