

# Assicurazione del medico di famiglia Profit

## Regolamento (LAMal) Edizione 01.2024

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

<b>I</b>	<b>Disposizioni generali</b>	<b>2</b>
1	Principi	2
2	Campo d'applicazione	2
<b>II</b>	<b>Rapporto assicurativo</b>	<b>2</b>
3	Stipulazione	2
4	Disdetta	2
<b>III</b>	<b>Premi e partecipazione ai costi</b>	<b>2</b>
5	Premi	2
6	Partecipazione ai costi	2
<b>IV</b>	<b>Diritti e doveri delle persone assicurate</b>	<b>2</b>
7	Assistenza/trattamento da parte del medico coordinatore	2
8	Trattamenti d'emergenza	3
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	Protezione dei dati	3
17	Tasse	3
<b>V</b>	<b>Disposizione finale</b>	<b>3</b>
18	Pubblicazione del regolamento	3
19	Entrata in vigore	4

## I Disposizioni generali

---

### 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).

### 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).

## II Rapporto assicurativo

---

### Art. 3 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).

### Art. 4 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.

## III Premi e partecipazione ai costi

---

### 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 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 obbligatoria delle cure medico-sanitarie e del regolamento per le assicurazioni secondo LAMal della CSS.

## IV Diritti e doveri delle persone assicurate

---

### Art. 7 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.

#### **Art. 8 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.

#### **Art. 9 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)

#### **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 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 con-

ferma scritta in tal senso del medico curante deve essere presente al momento del conteggio della prestazione.

#### **Art. 13 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 del relativo elenco dei medici della CSS.

#### **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.

#### **Art. 15 Liste**

15.1 Le liste in vigore citate nel presente regolamento sono pubblicate in Internet ([www.css.ch](http://www.css.ch)) e possono anche essere ritirate presso le agenzie di competenza.

15.2 Sono sempre determinanti le liste valide al momento del trattamento.

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).

#### **Art. 16 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 espresse nella dichiarazione sulla protezione dei dati della CSS ([css.ch/protezionedeidati](http://css.ch/protezionedeidati)).

#### **Art. 17 Tasse**

La persona assicurata ha diverse possibilità di effettuare il pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi senza dover pagare una tassa. La CSS può addebitare alla persona assicurata la tassa che deve essere pagata per i pagamenti allo sportello postale o presso altri punti d'accesso fisici della posta.

## **V Disposizione finale**

#### **Art. 18 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 Entrata in vigore**

Il presente regolamento entra in vigore il 1° gennaio 2024.

