



CGA

(Condizioni generali d'assicurazione)

Visana

Valide dal 2012

Assicurazione delle cure medico-sanitarie

Visana Managed Care (LAMal)

Indice

Pagina

3	1. Principi
3	2. Prestazioni
5	3. Premi e partecipazione ai costi
5	4. Adesione
6	5. Uscita
6	6. Trasmissione dei dati
7	7. Obblighi delle persone assicurate con Managed Care
7	8. Disposizioni aggiuntive
7	9. Emanazione ed entrata in vigore

Nota

Anche se per ragioni di leggibilità le formulazioni sono simultaneamente al maschile e al femminile, il testo del presente documento si riferisce sempre ad entrambi i sessi.

1. Principi

1.1 Che cos'è l'assicurazione Managed Care?

Visana offre l'assicurazione Managed Care in regioni d'assicurazione circoscritte (reti Managed Care). Le basi legali dell'assicurazione Visana Managed Care sono l'attuale Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e le loro disposizioni d'applicazione, come pure le presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA). Le persone che optano per questa variante, che comporta la scelta limitata del fornitore di prestazioni, sono assicurate presso Visana.

L'assicurazione Managed Care è una forma dell'assicurazione di base secondo la legge ed è esercitata, in particolare, sulla base dell'articolo 41 capoverso 4 e dell'articolo 62 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

1.2 Su quale principio si fonda l'assicurazione Managed Care?

L'assicurazione Managed Care si basa sul cosiddetto "Principio di Gatekeeper" che si contraddistingue da una cura, una consulenza e un'assistenza medica completa dell'assicurato. Il Gatekeeper (medico Managed Care) coordina tutte le cure mediche.

È possibile scegliere fra i seguenti Gatekeeper:

- medico Managed Care o un ambulatorio collettivo Managed Care
- consulenza telemedica per la tutela della salute (designata da Visana)

A condizione che in un secondo momento non sia stato esplicitamente definito altrimenti, per entrambe le opzioni valgono le disposizioni di queste Condizioni generali d'assicurazione. I medici della consulenza telemedica per la tutela della salute sono ritenuti medici Managed Care ai sensi di queste CGA.

Con la stipula dell'assicurazione Managed Care, gli assicurati Managed Care si dichiarano d'accordo a far eseguire tutte le visite mediche e le cure dal medico Managed Care prescelto, o che sia quest'ultimo ad indirizzarli a medici specialisti e ad altri fornitori di prestazioni. La consulenza telemedica per la tutela della salute invia l'assicurato presso un fornitore di prestazioni prescelto. L'assicurato deve rispettare questa decisione

1.3 Com'è organizzata una Rete Managed Care?

I medici affiliati ad una Rete Managed Care sono vincolati direttamente a Visana da un rapporto contrattuale o mediante una società d'esercizio separata.

1.4 Chi è il vostro medico Managed Care?

L'assicurato sceglie il proprio medico Managed Care dall'elenco dei medici Managed Care. All'infuori dei casi d'emergenza, degli esami oftalmologici ambulatoriali, delle visite ginecologiche preventive e dell'assistenza ostetrica, va sempre contattato dapprima il medico Managed Care sia per le cure ambulatoriali che per quelle stazionarie.

Il medico Managed Care consiglia le persone assicurate nella scelta del ginecologo. Alla scelta del modello telemedico Managed Care, il fornitore telemedico vale come medico Managed Care. La presa di contatto con il medico telemedico Managed Care avviene telefonicamente.

1.5 Quali prestazioni comprende l'assicurazione Managed Care?

L'assicurazione Managed Care comprende le prestazioni obbligatorie previste dalla legge in caso di malattia, infortunio, infermità congenite, gravidanza e maternità.

1.6 Cosa va osservato in caso d'emergenza?

I trattamenti d'urgenza sono coperti nell'ambito delle prestazioni obbligatorie definite dalla legge, a condizione che il trattamento sia eseguito da un medico o da un altro fornitore di prestazioni autorizzato in base alla LAMal. Si tratta di un'emergenza se, per motivi medici oggettivi, la persona assicurata necessita urgentemente di un trattamento e se, per motivi di distanza e/o di tempo, il medico Managed Care non può essere reperito tempestivamente.

Gli assicurati con un modello telemedico Managed Care sono tenuti a contattare telefonicamente la consulenza telemedica anche in caso di emergenza, purché lo stato di salute lo permetta.

1.7 Potete sospendere la copertura infortuni?

La copertura infortuni può essere sospesa per quegli assicurati che sono coperti per tale rischio secondo la Legge sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). La sospensione deve essere richiesta a Visana per iscritto. Gli assicurati devono notificare a Visana tutte le modifiche della copertura assicurativa contro gli infortuni entro il termine di un mese.

1.8 Potete stipulare una franchigia annua opzionale?

Nell'assicurazione Managed Care è possibile stipulare una franchigia annua opzionale. Le franchigie annue maggiorate si basano sulle disposizioni dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMa).

1.9 Come vi informa Visana? Quali obblighi di notifica avete?

- a) Organi di pubblicazione
Le modifiche delle condizioni di assicurazione e le comunicazioni di carattere generale avvengono in forma scritta negli organi di pubblicazione ufficiali di Visana. L'organo di pubblicazione sarà spedito in ogni economia domestica.
- b) Attestato di assicurazione
Tutte le persone assicurate ricevono una conferma individuale della loro copertura assicurativa sotto forma di attestato di assicurazione.
- c) Obblighi di notifica degli assicurati
Gli assicurati sono tenuti a notificare all'unità d'organizzazione di Visana, indicata sull'attestato d'assicurazione, tutti i cambiamenti in merito alla situazione personale (p. es. cambio di domicilio) che riguardano il rapporto d'assicurazione, entro il termine di un mese.
- d) Inosservanza degli obblighi di notifica
Gli inconvenienti che dovessero risultare dall'inosservanza degli obblighi di notifica vanno a carico degli assicurati.

2. Prestazioni

2.1 Quali prestazioni sono assicurate?

Le prestazioni corrisposte dall'assicurazione Managed Care si basano esclusivamente sulla LAMaL.

2.2 Chi fornisce le prestazioni?

La cura, l'assistenza e la consulenza ambulatoriale nell'assicurazione Managed Care viene fornita dal medico Managed Care prescelto (limitazione della scelta del medico). Il medico della consulenza telemedica per la tutela della salute invia l'assicurato presso un fornitore di prestazioni prescelto. L'assicurato deve rispettare questa decisione.

2.3 Quali prestazioni vengono assunte?

L'assicurazione Managed Care assume i costi dei farmaci, delle analisi e dei provvedimenti terapeutici prescritti dal medico Managed Care a condizione che la loro assunzione sia prevista dalla LAMaL. Le prestazioni dei medici che non rientrano nella cerchia dei medici Managed Care vengono assunte analogamente, a condizione che si sia verificato un caso d'emergenza o che il medico Managed Care abbia indirizzato il paziente al fornitore di prestazioni.

2.4 Possono essere consultati altri fornitori di prestazioni?

Su prescrizione del medico Managed Care possono essere consultati specialisti esterni o altri fornitori di prestazioni. L'assicurazione Managed Care assume i costi conformemente alla LAMaL.

2.5 Quali prestazioni vengono assunte in caso di cure stazionarie?

Nel caso di trattamenti stazionari nel reparto comune di un ospedale presente nell'Elenco degli ospedali, Visana si fa carico della sua parte secondo la tariffa valida di un ospedale figuranti sull'Elenco del Cantone di domicilio della persona assicurata. Se per motivi medici il trattamento deve essere eseguito in un ospedale non figurante nell'elenco del Cantone di domicilio, Visana si fa carico della sua parte conformante alla tariffa valida per le persone con domicilio nel Cantone di ubicazione della struttura stazionaria.

2.6 Quando è necessaria l'approvazione del medico Managed Care?

Ad eccezione delle situazioni d'emergenza, il ricovero negli ospedali per malattie acute deve essere predisposto dal medico Managed Care o tramite la consulenza telemedica per la tutela della salute.

2.7 Quali prestazioni non sono assicurate?

Le prestazioni ambulatoriali o stazionarie, non dovute a una situazione d'emergenza secondo la cifra 1.6, erogate senza prescrizione del medico Managed Care, vanno a carico dell'assicurato interessato.

2.8 Quando si devono rimborsare prestazioni?

Le prestazioni corrisposte indebitamente o erroneamente devono essere rimborsate a Visana.

2.9 Quando inizia il diritto alle prestazioni?

Il diritto alle prestazioni inizia il giorno in cui comincia l'assicurazione. Per il diritto alle prestazioni è determinante la data del trattamento.

2.10 Dove vale l'assicurazione?	In linea di principio le prestazioni vengono corrisposte per le cure fornite in Svizzera.
2.11 Quali prestazioni vengono corrisposte per cure all'estero?	<p>Durante un soggiorno negli Stati membri dell'UE, in Islanda o in Norvegia, gli assicurati hanno diritto alle cure medico-sanitarie necessarie, conto tenuto del genere di prestazione e della durata presumibile del soggiorno. In caso di soggiorno negli altri Stati esteri, il diritto esiste solo in caso di cure d'urgenza. Si tratta di un'urgenza se gli assicurati necessitano di cure medico-sanitarie durante un soggiorno temporaneo all'estero e il viaggio di rientro in Svizzera non è indicato. La situazione d'urgenza non è data se gli assicurati si recano all'estero con lo scopo di sottoporsi a trattamento medico.</p> <p>In caso di emergenza all'estero, gli assicuratori con un modello telemedico non sono tenuti a prendere contatto con la consulenza telemedica per la tutela della salute. Una volta che il trattamento all'estero è avvenuto, l'assicurato è tenuto a informare immediatamente il medico Managed Care o la consulenza telemedica per la tutela della salute.</p> <p>Nell'ambito delle disposizioni legali, l'assicurazione Managed Care assume i costi di un parto all'estero se lo stesso avviene con lo scopo di acquisire la cittadinanza estera.</p> <p>L'ammontare delle prestazioni si basa sulla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).</p>
2.12 Cosa vale in caso di doppia assicurazione o di prestazioni di terzi?	Se per un caso d'assicurazione sono tenute a prestazioni anche altre assicurazioni o terzi, la persona assicurata deve notificarlo a Visana. È inoltre soggetta all'obbligo di notifica la percezione di prestazioni e di indennizzi. Le dichiarazioni di rinuncia alle prestazioni devono essere notificate a Visana prima della relativa firma. Gli assicurati hanno l'obbligo di notificare i loro diritti nei confronti di altri assicuratori o di terzi tenuti al pagamento.
2.13 Rapporto con le altre assicurazioni sociali?	Il rapporto tra l'assicurazione Managed Care e le altre assicurazioni sociali è disciplinato dalle disposizioni legali.
2.14 I diritti nei confronti di terzi devono essere ceduti a Visana?	Insorto l'evento assicurato, Visana subentra, fino all'ammontare delle prestazioni legali, nei diritti della persona assicurata rispetto a terzi responsabili per il caso assicurato.
2.15 Come ricevete i rimborsi?	Gli assicurati sono tenuti a comunicare a Visana un recapito di pagamento bancario o postale valido in Svizzera. In caso di mancata comunicazione, le spese derivanti dal versamento vanno a carico degli assicurati.

3. Premi e partecipazione ai costi

3.1 Quali premi dovete pagare?	<p>I premi dell'assicurazione Managed Care si basano sulla tariffa dei premi Visana approvata dall'autorità di vigilanza. Questi vengono calcolati secondo le fasce d'età e sono più convenienti di quelli dell'assicurazione di base ordinaria.</p> <p>Le persone che sono assoggettate all'assicurazione militare per oltre 60 giorni consecutivi, sono esentate dal pagamento dei premi a partire dall'inizio dell'assoggettamento, se comunicano lo stesso a Visana almeno otto settimane prima del suo inizio. In caso di mancato rispetto di questo termine, a partire dalla notifica, ma non prima dell'inizio del servizio militare, Visana non esige più i premi. Il mese della nascita è esente dal pagamento del premio.</p>
3.2 Quali sono i gruppi d'età?	<p>Esistono i seguenti gruppi d'età:</p> <p>I bambini fino ai 18 anni compiuti</p> <p>II assicurati dai 19 ai 25 anni compiuti</p> <p>III assicurati a partire dai 26 anni.</p> <p>Il passaggio dal gruppo I al II, risp. dal gruppo d'età II al III, avviene alla fine dell'anno civile nel quale si compiono i 18 oppure i 25 anni d'età.</p>

3.3 Quale partecipazione ai costi si deve pagare?

Nei casi previsti dalla legge

- gli adulti pagano la franchigia annua e l'aliquota percentuale del 10 %* dei costi eccedenti la franchigia;
 - bambini pagano l'aliquota del 10 %* e la franchigia annua eventualmente scelta.
- * Nel caso di determinati preparati originali e farmaci generici, l'aliquota percentuale può ammontare al 20 per cento.

L'aliquota percentuale annua massima ammonta a CHF 700.– per gli adulti e a CHF 350.– per i bambini. Se più figli di una famiglia sono assicurati presso Visana con franchigie annue diverse, la massima partecipazione annua ai costi per i figli ammonta a CHF 1000.–.

Per l'addebito della franchigia e dell'aliquota percentuale è determinante la data del trattamento.

In caso di ricovero in ospedale, oltre alla partecipazione ai costi si deve addebitare, nei casi previsti dalla legge, l'importo di CHF 15.– per ogni giorno di degenza.

3.4 Cosa succede in caso di ritardo di pagamento?

a) Premi / partecipazioni ai costi

Se, nonostante il sollecito, l'assicurato non paga premi e partecipazioni in arretrato, Visana lo diffida per iscritto e gli assegna un termine supplementare di 30 giorni per il pagamento. Se nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, così come gli interessi di mora, Visana avvia l'esecuzione. Al contempo, Visana informa l'ente cantonale competente. Per eventuali premi arretrati si deve pagare un interesse di mora del 5 per cento.

b) Diffide

Le diffide avvengono in forma scritta.

c) Costi

I costi della procedura esecutiva e altre spese possono essere addebitati all'assicurato in mora. In caso di diffida o di esecuzione si addebita un'indennità d'inconvenienza.

d) Cambiamento dell'assicuratore

Gli assicurati in mora non possono cambiare assicuratore finché non hanno pagato integralmente i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese di esecuzione.

3.5 Quali prestazioni non sono assicurate?

Non sono assicurate le prestazioni che vanno oltre l'assicurazione di base conforme alla legge.

L'assicurazione di tali prestazioni avviene mediante un'assicurazione complementare facoltativa.

4. Adesione

4.1 Quali sono le condizioni d'ammissione?

Tutti gli assicurati Visana domiciliati entro il raggio d'attività dell'assicurazione Managed Care possono passare, in ogni momento, dall'assicurazione ordinaria di base all'assicurazione Managed Care.

Per l'appartenenza al raggio d'attività dell'assicurazione Managed Care è determinante il domicilio civile.

5. Uscita

5.1 Quali sono i termini di disdetta?

La disdetta ordinaria dell'assicurazione Visana Managed Care è possibile per la fine di un anno civile osservando un preavviso di disdetta di tre mesi. La disdetta deve pervenire a Visana al più tardi l'ultimo giorno lavorativo che precede l'inizio del termine di disdetta di tre mesi. Rimangono riservate le possibilità straordinarie di disdire il contratto ai sensi dell'art. 7 cpv. 2 – 4 LAMal.

5.2 Cosa succede in caso di trasferimento del domicilio?

In caso di trasferimento del domicilio in una località situata al di fuori della Rete Managed Care, gli assicurati Managed Care vengono trasferiti nell'assicurazione di base ordinaria di Visana per l'inizio del mese seguente al trasferimento di domicilio. Il trasferimento dalla regione della Rete Managed Care va comunicato a Visana entro il termine di un mese.

In caso di trasferimento in un'altra regione di Rete Managed Care di Visana, gli assicurati Managed Care hanno diritto a proseguire la loro assicurazione Managed Care presso la nuova Rete Managed Care. Il trasferimento dalla regione della Rete Managed Care nonché il proseguimento dell'assicurazione nella nuova Rete Managed Care vanno comunicati a Visana entro un mese dal trasferimento del domicilio.

5.3 Cosa succede se un medico Managed Care disdice il rapporto contrattuale? 5.3

Se il medico Managed Care scelto disdice il contratto con Visana o con la società d'esercizio Managed Care, gli assicurati iscritti presso quest'ultimo possono scegliere liberamente, entro un termine di 30 giorni dal sollecito scritto di Visana, un nuovo medico Managed Care all'interno della loro Rete Managed Care o passare all'assicurazione di base ordinaria di Visana.

5.4 Cosa succede in caso di disdetta del contratto tra Visana e tutti i medici della rete Managed Care?

In caso di disdetta del contratto tra Visana e la società d'esercizio Managed Care, ovvero tutti i medici della rete Managed Care, l'assicurazione delle cure medico-sanitarie Visana Managed Care (LAMal) viene a cadere. Senza un riscontro esplicitamente contrario da parte della persona assicurata, si effettua automaticamente il trasferimento all'assicurazione di base ordinaria di Visana.

5.5 Cosa succede se non è più possibile l'assistenza da parte del medico Managed Care?

Se per motivi legati alla persona assicurata (ad es. trasferimento in una casa di cura) non è più possibile l'assistenza medica da parte del medico Managed Care, Visana è autorizzata a trasferire la persona assicurata nell'assicurazione di base ordinaria di Visana a inizio mese, rispettando un termine di 30 giorni.

6. Trasmissione dei dati

6.1 Quali dati vengono trasmessi a terzi?

Visana e le società d'esercizio Managed Care/consulenza telemedica per la tutela della salute, nella fattispecie i medici Managed Care, si trasmettono a vicenda i dati necessari dal profilo amministrativo. Questi dati possono essere trasmessi anche elettronicamente.

Visana trasmette regolarmente alla società d'esercizio/consulenza telemedica per la tutela della salute gli elenchi che riportano gli assicurati iscritti presso ogni medico Managed Care nonché le informazioni assicurative dei singoli clienti assicurati con questo modello.

La società d'esercizio/consulenza telemedica per la tutela della salute comunica a Visana a quali ulteriori fornitori di prestazioni il medico Managed Care ha indirizzato i singoli assicurati.

Visana trasmette a ogni singolo medico Managed Care un resoconto su tutte le prestazioni mediche alle quali sono ricorsi gli assicurati iscritti presso di lui.

7. Obblighi delle persone assicurate con Managed Care

7.1 Come scegliere il proprio medico Managed Care?

Le persone assicurate con Managed Care scelgono il proprio medico Managed Care dall'elenco dei medici Managed Care definiti.

Questo medico può essere cambiato al massimo una volta all'anno a inizio mese, rispettando il termine di un mese. Gli assicurati Managed Care sono tenuti a comunicare tale cambiamento al medico Managed Care finora consultato nonché a Visana. Essi autorizzano il medico Managed Care finora consultato, esonerandolo dal segreto professionale relativo ai pazienti, a trasmettere le informazioni e la documentazione relative alla cura al nuovo medico Managed Care.

Gli assicurati con una consulenza telemedica per la tutela della salute vengono assistiti dal centro telemedico per la salute scelto da Visana.

7.2 Come procedere in caso d'emergenza?

In caso d'emergenza, gli assicurati Managed Care contattano il loro medico Managed Care. Se non è raggiungibile, gli assicurati si rivolgono al suo sostituto o all'organizzazione d'emergenza competente al domicilio o al luogo di soggiorno. In caso di ricovero d'emergenza in ospedale o di trattamento da parte di un medico di emergenza, gli assicurati Managed Care sono tenuti a informare il loro medico Managed Care al più presto possibile e a consegnargli un rapporto redatto dal medico d'urgenza. In caso di situazioni d'emergenza, gli assicurati con una

7.3	Come procedere in caso di trattamenti stazionari?	consulenza telemedica per la tutela della salute sono tenuti a consultare quest'ultima precedentemente, purché lo stato di salute lo permetta. Se lo stato di salute non permette la presa di contatto, l'assicurato deve notificare il prima possibile alla consulenza telemedica per la tutela della salute la situazione d'emergenza.
7.4	Quali obblighi sussistono se il paziente viene indirizzato ad un medico specialista?	Gli assicurati Managed Care sono tenuti a richiedere al medico Managed Care il suo consenso, rispettivamente quello della consulenza telemedica per la tutela della salute, prima del ricovero in un ospedale per malattie acute (tranne che per situazioni d'emergenza)..
7.5	Come si deve procedere in caso di visite ginecologiche?	Se gli assicurati Managed Care vengono indirizzati dal loro medico Managed Care ad un medico specialista e quest'ultimo consiglia un trattamento o un accertamento da parte di un altro medico o presso un istituto stazionario, gli assicurati Managed Care sono tenuti a informare in merito il loro medico Managed Care/la consulenza telemedica per la tutela della salute e a richiedere il suo consenso.
7.6	Si necessita di un'autorizzazione per le cure balneari?	Le visite ginecologiche preventive e l'assistenza ostetrica presso medici specialisti in ginecologia e ostetricia, scelti liberamente, possono essere svolte nel Cantone di domicilio. Il medico Managed Care consiglia le persone assicurate nella scelta del ginecologo. Per tutti gli altri trattamenti ginecologici va previamente richiesto il consenso del medico Managed Care/della consulenza telemedica per la tutela della salute.
7.7	Di quale diritto di consultazione dispone il proprio medico Managed Care?	Le prestazioni obbligatorie previste dalla legge per le cure balneari vengono corrisposte soltanto se prescritte o autorizzate dal medico Managed Care/dalla consulenza telemedica per la tutela della salute.
7.7	Di quale diritto di consultazione dispone il proprio medico Managed Care?	Gli assicurati Managed Care danno il loro consenso affinché il loro medico Managed Care, così come la società d'esercizio Managed Care/la consulenza telemedica per la tutela della salute, possano consultare i dati necessari attinenti ai trattamenti e alle fatture della loro assistenza medica.

8. Disposizioni aggiuntive

8.1	Chi emana decisioni e decisioni su opposizione?	Le decisioni e le decisioni su opposizione vengono emanate da Visana.
8.2	Chi risponde delle cure mediche errate?	Né Visana né la società d'esercizio Managed Care rispondono dell'esattezza specialistica delle cure mediche bensì lo stesso fornitore delle prestazioni.

9. Emanazione ed entrata in vigore

9.1	Quando entrano in vigore le presenti CGA?	Queste condizioni generali d'assicurazione (CGA) entrano in vigore il 1° gennaio 2012. Esse possono essere modificate da Visana in ogni momento.
------------	--	--

Visana

Weltpoststrasse 19
3000 Berna 15

Per ulteriori informazioni:

tel. 031 357 91 11
fax 031 357 96 22

www.visana.ch