



CGA

(Condizioni generali d'assicurazione)

Visana

Valide dal 2012

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Visana Med Direct (LAMal)

Indice

Pagina

3	1. Basi
4	2. Prestazioni
5	3. Premi e partecipazione ai costi
6	4. Adesione
6	5. Uscita
7	6. Doveri degli assicurati
8	7. Disposizioni complementari
8	8. Emissione ed entrata in vigore

Nota

Per ragioni di leggibilità le formulazioni del presente documento sono al maschile.
Il testo si riferisce sempre e comunque ad entrambi i sessi.

1. Basi

1.1 Quali sono le basi legali vigenti?	L'assicurazione Visana Med Direct è una forma dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le basi legali dell'assicurazione Visana Med Direct sono la vigente legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), come pure le loro disposizioni d'applicazione e le presenti condizioni generali d'assicurazione (CGA).
1.2 Da chi siete assicurati?	L'assicuratore dell'assicurazione Visana Med Direct è la Visana. La Visana è una società per azioni con sede a Berna. Essa ha ottenuto l'autorizzazione del Dipartimento federale dell'interno per l'esercizio dell'assicurazione malattie sociale.
1.3 Dove è attiva la Visana?	Il raggio d'attività della Visana comprende la Svizzera.
1.4 Dove offre la Visana l'assicurazione Visana Med Direct?	La Visana offre l'assicurazione Visana Med Direct nei cantoni Argovia, Basilea Campagna, Basilea Città, Berna, Friburgo, Neuchâtel, Nidvaldo, Obvaldo, San Gallo, Sciaffusa, Soletta, Ticino, Vaud, Vallese, Zugo e Zurigo.
1.5 Che cos'è l'assicurazione Visana Med Direct?	L'assicurazione Visana Med Direct è una forma speciale dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata dei fornitori di prestazioni sanitarie ai sensi dell'art. 41 cpv. 4 LAMal in relazione all'art. 62 LAMal e agli articoli da 99 a 101 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).
1.6 Su quale principio si fonda l'assicurazione Visana Med Direct?	L'assicurazione Visana Med Direct si basa sul principio delle cure mediche primarie da parte del medico di famiglia scelto, che garantisce l'intera assistenza sanitaria e la consulenza all'assicurato. La persona assicurata sceglie un medico di famiglia e si impegna a rivolgersi a lui per tutti i trattamenti e gli esami medici, o a farsi prescrivere da lui il consulto presso terzi. Ad eccezione dei casi d'urgenza e dei casi indicati alla cifra 6.5, per un trattamento ambulatoriale o stazionario si deve prima sempre consultare il medico di famiglia.
1.7 Chi vale come medico di famiglia?	Come medico di famiglia vale ogni medico specialista FMH per la medicina generale, la medicina interna e la pediatria, riconosciuto dalla Visana e autorizzato ad esercitare la professione, attivo nell'assistenza sanitaria di base. Valgono inoltre come medici di famiglia i medici riconosciuti dalla Visana che dispongono di una formazione equivalente. La Visana può respingere un medico senza doverne indicare il motivo. Se la Visana cessa di riconoscere un medico, essa comunica questo fatto per iscritto all'assicurato con almeno tre mesi di anticipo. In tal caso l'assicurato può scegliere un altro medico di famiglia o passare nell'assicurazione di base ordinaria della Visana. Per il passaggio ad un altro assicuratore valgono le disposizioni legali in merito alla disdetta.
1.8 Potete sospendere la copertura del rischio d'infortunio?	La copertura del rischio d'infortunio può essere sospesa se esiste la piena copertura di tale rischio secondo la legge sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). La sospensione deve essere richiesta per iscritto alla Visana. Gli assicurati sono tenuti a comunicare alla Visana entro un mese tutte le modifiche inerenti alla copertura del rischio d'infortunio.
1.9 Potete stipulare una franchigia annua opzionale?	Nell'assicurazione Visana Med Direct è possibile stipulare una franchigia annua opzionale. Le franchigie annue più elevate si basano sulle disposizioni dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).
1.10 In che modo la Visana trasmette le sue comunicazioni? Cosa dovete comunicare alla Visana?	a) Organo di pubblicazione Le modifiche delle condizioni d'assicurazione come pure le comunicazioni di carattere generale vengono pubblicate in forma vincolante nell'organo ufficiale di pubblicazione della Visana. Dell'organo di pubblicazione viene inviato un esemplare per ogni economia domestica. b) Polizza d'assicurazione Tutte le persone assicurate ricevono una conferma individuale della loro copertura assicurativa sotto forma di polizza d'assicurazione.

- c) Obblighi di notifica degli assicurati
Gli assicurati sono tenuti a notificare entro un mese all'unità organizzativa della Visana, citata sulla polizza d'assicurazione, tutte le modifiche delle condizioni personali riguardanti il rapporto d'assicurazione (ad esempio: il cambiamento di domicilio).
- d) Inosservanza degli obblighi di notifica
Le conseguenze negative che risultano dall'inosservanza degli obblighi di notifica, vanno a carico degli assicurati.

2. Prestazioni

2.1 Che cos'è assicurato?	Le prestazioni corrisposte dall'assicurazione Visana Med Direct si fondano esclusivamente sulle prescrizioni della LAMal.
2.2 Chi fornisce le prestazioni ambulatoriali?	Con l'assicurazione Visana Med Direct i trattamenti ambulatoriali, l'assistenza e la consulenza sono fornite per principio dal medico di famiglia scelto.
2.3 Quali prestazioni ambulatoriali vengono assunte?	L'assicurazione Visana Med Direct assume i costi dei provvedimenti diagnostici e terapeutici, dei medicinali e delle analisi forniti o prescritti dal medico di famiglia, a condizione che la loro assunzione sia prevista dalla LAMal.
2.4 Si può ricorrere ad altri fornitori di prestazioni?	Su prescrizione del medico di famiglia possono essere consultati specialisti o altri fornitori di prestazioni. L'assicurazione Visana Med Direct assume i costi conformemente alla LAMal. Inoltre, le prestazioni sanitarie fornite da altri fornitori che non siano il medico di famiglia, vengono assunte in caso di situazioni di emergenza. 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 di famiglia non può essere raggiunto tempestivamente.
2.5 Quali prestazioni si corrispondono in caso di trattamento stazionario?	Nel caso di trattamenti stazionari nel reparto comune di un ospedale presente sull'Elenco degli ospedali, Visana si fa carico della sua parte secondo la tariffa valida di un ospedale figurante 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. A eccezione delle situazioni d'emergenza, il ricovero negli ospedali per malattie acute deve essere predisposto dal medico di famiglia o deve avvenire con il suo consenso.
2.6 Quali medicinali rimborsa la Visana?	La Visana rimborsa i medicinali più economici per il trattamento della malattia.
2.7 Cosa non è assicurato?	Se la persona assicurata ricorre a prestazioni ambulatoriali o stazionarie senza la prescrizione o il consenso del medico di famiglia, essa ne deve assumere personalmente i costi connessi, eccetto le situazioni di pronto soccorso, come pure le eccezioni indicate alla cifra 6.5. Le prestazioni che vanno oltre quanto prescritto dall'assicurazione legale di base, non sono assicurate.
2.8 Quando dovete rimborsare le prestazioni?	Le prestazioni corrisposte ingiustificatamente o per errore devono essere rimborsate alla Visana.
2.9 Quando inizia il diritto alle prestazioni?	Il diritto alle prestazioni inizia il giorno in cui comincia la copertura assicurativa. Per il diritto alle prestazioni è determinante la data del trattamento.
2.10 Dove vale l'assicurazione?	Per principio le prestazioni vengono corrisposte per le cure medico-sanitarie che hanno luogo in Svizzera.

2.11 Quali prestazioni vengono assunte all'estero?	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 urgenza quando gli assicurati necessitano di cure medicosanitarie durante un soggiorno temporaneo all'estero e il viaggio di rientro in Svizzera non è indicato. Non c'è situazione d'urgenza quando gli assicurati si recano all'estero con lo scopo di sottoporsi a trattamento medico. Nell'ambito della legge l'assicurazione Visana Med Direct assume i costi di un parto all'estero se lo stesso avviene con lo scopo di acquisire una cittadinanza estera. L'ammontare delle prestazioni si basa sulla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Il medico di famiglia non deve essere contattato in caso di prestazioni eseguite all'estero.
2.12 Cosa vale in caso di assicurazione doppia o prestazioni di terzi?	Se per un caso d'assicurazione sono tenuti a corrispondere le prestazioni anche altri assicuratori o terzi responsabili, l'assicurato deve notificare tale fatto alla Visana. L'obbligo di notifica riguarda inoltre la percezione di prestazioni e di liquidazioni uniche. Le dichiarazioni di rinuncia alle prestazioni devono essere notificate alla Visana prima della loro firma. Gli assicurati sono tenuti ad annunciare i loro diritti nei confronti di altri assicuratori o di terzi responsabili tenuti al pagamento.
2.13 Qual è il rapporto nei confronti degli altri assicuratori sociali?	Il rapporto dell'assicurazione Visana Med Direct nei confronti degli altri assicuratori sociali, si fonda sulle disposizioni di legge in materia.
2.14 I diritti nei confronti di terzi devono essere ceduti alla Visana?	Insorto l'evento assicurato, la Visana subentra, fino all'ammontare delle prestazioni legali, nei diritti dell'assicurato nei confronti del terzo responsabile per il caso d'assicurazione.
2.15 Come ricevete i vostri rimborsi?	Gli assicurati s'impegnano a comunicare alla Visana un conto bancario o postale svizzero quale recapito di pagamento. In caso di omissione di questa comunicazione, i costi di pagamento vanno a carico degli assicurati.

3. Premi e partecipazioni ai costi

3.1 Quali premi dovete pagare?	Il premio dell'assicurazione Visana Med Direct si fonda sulla tariffa dei premi della Visana approvata dall'autorità di vigilanza. La stessa è calcolata secondo i gruppi d'età ed è più conveniente di quella dell'assicurazione di base ordinaria. 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 a condizione che comunichino lo stesso alla Visana almeno otto settimane prima del suo inizio. In caso mancato rispetto di questo termine la Visana a partire dalla notifica (ma non prima dell'inizio del servizio militare) non percepisce più i premi. Il mese della nascita è esente dal pagamento del premio.
3.2 Quali gruppi d'età esistono?	Esistono i seguenti gruppi d'età: I bambini fino ai 18 anni compiuti II assicurati dai 19 a 25 anni compiuti III assicurati a partire dai 26 anni Il passaggio dal gruppo I al II rispettivamente 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.

3.3 Quali partecipazioni ai costi dovete pagare?

Nei casi previsti dalla legge

- gli adulti pagano la franchigia annua nonché un'aliquota del 10 %* sui costi eccedenti la franchigia;
- i bambini pagano un'aliquota del 10 %* e l'eventuale franchigia annua scelta.

* Nel caso di determinati preparati originali e farmaci generici, l'aliquota percentuale può ammontare al 20 per cento.

L'aliquota percentuale massima ammonta per gli adulti a CHF 700.– e per i bambini a CHF 350.–. Se più figli di una stessa famiglia sono assicurati presso la Visana con diverse franchigie annue, la partecipazione annua massima ai costi per i figli ammonta a CHF 1 000.–. Per il calcolo della franchigia e dell'aliquota percentuale è determinante la data del trattamento.

Oltre alla partecipazione ai costi, nei casi di degenze ospedaliere previsti dalla legge, si addebita all'assicurato un contributo di CHF 15.–.

3.4 Cosa succede se pagate i premi in ritardo?

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) Solleciti

I solleciti avvengono in forma scritta.

c) Costi

I costi della procedura esecutiva e altre spese sono addebitati all'assicurato in mora. In caso di sollecito o di esecuzione può essere addebitato un indennizzo per i lavori amministrativi.

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 d'esecuzione.

4. Adesione

4.1 Quali sono le condizioni d'ammissione?

L'assicurazione Visana Med Direct può essere stipulata da tutti gli assicurati che hanno il loro domicilio civile in uno dei cantoni nei quali la Visana offre l'assicurazione Visana Med Direct.

Il passaggio dall'assicurazione di base ordinaria all'assicurazione Visana Med Direct è concesso a tutti gli assicurati della Visana domiciliati in un cantone nel quale la Visana offre l'assicurazione Visana Med Direct ed è possibile in ogni momento con inizio dal primo giorno di un mese.

5. Uscita

5.1 Quali sono i termini di disdetta?

La disdetta ordinaria dell'assicurazione Visana Med Direct può essere data, rispettando un termine di preavviso di tre mesi, per la fine di un anno civile. La disdetta deve pervenire alla Visana al più tardi l'ultimo giorno lavorativo che precede l'inizio del termine di disdetta.

In occasione della comunicazione del nuovo premio, la persona assicurata può dare la disdetta, osservando un termine di preavviso di un mese, per la fine del mese che precede l'inizio di validità del nuovo premio.

5.2 Cosa accade in caso di trasferimento del domicilio?

Il trasferimento del domicilio deve essere notificato alla Visana entro un mese.

Gli inconvenienti che dovessero risultare dall'inosservanza dell'obbligo di notifica vanno a carico degli assicurati.

5.3 Cosa accade in caso di soppressione dell'assicurazione Visana Med Direct da parte della Visana?

Se l'assicurazione Visana Med Direct viene annullata da Visana per la fine di un anno civile, ciò deve essere comunicato all'assicurato con un preavviso minimo di 2 mesi. Senza una disdetta o un riscontro esplicitamente contrario da parte della persona assicurata, si esegue automaticamente il trasferimento all'assicurazione di base ordinaria di Visana.

5.4 Cosa accade se l'assistenza da parte del medico di famiglia scelto non è più possibile?

Se le cure medico sanitarie non possono più essere prestate dal medico di famiglia per motivi dovuti all'assicurato (ad esempio: entrata della persona assicurata in una casa medicalizzata), la Visana ha il diritto di trasferire l'assicurato nella sua assicurazione di base ordinaria, osservando un termine di un mese, a partire dall'inizio di un mese civile.

6. Doveri degli assicurati

6.1 Come scegliete il vostro medico di famiglia?

Gli assicurati scelgono il loro medico di famiglia tra quelli riconosciuti dalla Visana. Si può cambiare medico di famiglia per l'inizio di un mese, ma comunque al massimo una volta nel corso di un anno civile. Gli assicurati sono tenuti a notificare tale cambio alla Visana, rispettando un termine di un mese.

6.2 Come si deve procedere per ricorrere alle prestazioni medico-sanitarie?

Gli assicurati sono tenuti a rivolgersi per tutti i trattamenti e gli esami al medico di famiglia scelto oppure a farsi prescrivere da lui il consulto presso terzi (eccezioni: vedi cifra 6.5). Se il medico di famiglia non è raggiungibile, essi si rivolgono al suo supplente oppure all'organizzazione di pronto soccorso della località di domicilio, rispettivamente di dimora. In caso di ricovero d'urgenza in ospedale o di trattamento presso il medico di pronto soccorso, gli assicurati sono tenuti ad informare al più presto il loro medico di famiglia.

6.3 Come si deve procedere in caso di trattamento stazionario?

Gli assicurati sono tenuti a richiedere il consenso del medico di famiglia (eccetto in situazioni d'emergenza) prima del ricovero in ospedali per malattie acute. Gli assicurati sono inoltre tenuti a inviare a Visana la conferma di prescrizione scritta del medico di famiglia.

6.4 Quali sono i doveri in caso di invio a consulto presso medici specialisti?

Prima di consultare un medico specialista, gli assicurati sono tenuti a richiedere il consenso del loro medico di famiglia. Se un assicurato viene inviato a consulto presso un medico specialista e questo consiglia un trattamento, rispettivamente accertamenti presso un altro medico oppure presso un istituto stazionario, l'assicurato è tenuto ad informare il suo medico di famiglia ed a richiedere il suo consenso (eccezioni: vedi cifra 6.5). Gli assicurati sono tenuti a far pervenire alla Visana una conferma scritta di prescrizione emessa dal loro medico di famiglia.

6.5 A quali prestazioni mediche specialistiche si può ricorrere senza il consenso esplicito del medico di famiglia?

Non è necessario il consenso esplicito per:

- a) Mezzi ausiliari per la vista per i casi menzionati nell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi EMAP
- b) le prestazioni per maternità
- c) gli esami preventivi ginecologici
- d) le affezioni ginecologiche
- e) gli esami oftalmologici ambulatoriali
- f) le cure dentarie.

6.6 Avete bisogno di un'autorizzazione per le cure balneari?

Le prestazioni legali obbligatorie per le cure balneari vengono corrisposte soltanto se c'è la prescrizione o l'autorizzazione del medico di famiglia.

7. Disposizioni complementari

7.1 Cosa potete fare se non siete d'accordo con una disposizione della Visana?

Gli assicurati che non sono d'accordo con una disposizione della Visana, possono richiedere l'emissione di una decisione formale.

7.2 Un assicurato può essere escluso dall'assicurazione Visana Med Direct?

In caso di ripetuto comportamento contravenente ai regolamenti da parte dell'assicurato, la Visana ha il diritto di escluderlo dall'assicurazione Visana Med Direct osservando il termine di un mese, per la fine di un mese civile. Ciò conduce automaticamente al passaggio nell'assicurazione di base ordinaria della Visana. Dopo un'esclusione, la riammissione nell'assicurazione Visana Med Direct è possibile al più presto per l'inizio del prossimo anno civile.

7.3 Protezione dei dati e segreto professionale

Tutte le collaboratrici e i collaboratori di Visana sono soggetti all'obbligo di mantenere il segreto professionale secondo la LPGa. La protezione dei dati si basa sulla LAMal e sulla LPGa.

8. Emissione ed entrata in vigore

8.1 Quando entrano in vigore le CGA?

Queste condizioni generali d'assicurazione (CGA) entrano in vigore il 1° gennaio 2012. Esse possono essere modificate dalla Visana in qualsiasi momento.

Visana

Weltpoststrasse 19
3000 Berna 15

Per ulteriori informazioni:

tel. 031 357 91 11
fax 031 357 96 22

www.visana.ch