

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Assicurazione delle cure medico-sanitarie

Managed Care (LAMal)

Osservazione:

- Per rendere il documento più scorrevole si rinuncia a usare la forma femminile accanto a quella maschile.

Le presenti condizioni d'assicurazione trovano applicazione per i seguenti assicuratori:

- Visana SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berna 16
- sana24 SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berna 16
- Galenos SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berna 16

1. Principi

1.1 Che cos'è l'assicurazione Managed Care?

L'assicuratore offre l'assicurazione Managed Care in regioni d'assicurazione circoscritte (reti Managed Care). Le basi legali dell'assicurazione 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).

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). Richiedete all'assicuratore la vostra polizza d'assicurazione.

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 per una cura, una consulenza e un'assistenza medica completa dell'assicurato. Il Gatekeeper (Medico Managed Care) coordina tutte le cure mediche.

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 scelto, risp. che sia quest'ultimo a indirizzarli a medici specialisti e ad altri fornitori di prestazioni.

1.3 Com'è organizzata una Rete Managed Care?

I medici affiliati a una rete Managed Care sono vincolati all'assicuratore da un rapporto contrattuale attraverso una rete di medici o una società d'esercizio a parte.

1.4 Chi è il vostro medico Managed Care?

La persona assicurata sceglie il proprio medico Managed Care dall'elenco dei medici Managed Care. All'infuori dei casi d'emergenza, degli esami oculistici ambulatoriali, delle visite ginecologiche preventive e di controllo, dell'assistenza ostetrica e dei trattamenti dentistici, sia per le cure ambulatoriali che per quelle stazionarie è sempre necessario contattare in primo luogo il medico Managed Care.

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'emergenza 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.

1.7 Potete sospendere la copertura infortuni?

La copertura contro gli infortuni può essere sospesa per quegli assicurati che sono coperti per tale rischio secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). La sospensione deve essere richiesta all'assicuratore per iscritto. Gli assicurati devono notificare all'assicuratore 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 (LAMal).

1.9 In che modo l'assicuratore trasmette le sue comunicazioni? Quali sono i vostri obblighi di notifica verso l'assicuratore?

1. Organo di pubblicazione
Le modifiche alle Condizioni d'assicurazione e le comunicazioni di carattere generale vengono pubblicate in forma vincolante nell'organo di pubblicazione ufficiale del Gruppo Visana. A ogni economia domestica viene inviato un esemplare dell'organo di pubblicazione.
2. Polizza d'assicurazione
Tutte le persone assicurate ricevono una conferma individuale della loro copertura assicurativa sotto forma di polizza d'assicurazione.
3. Obblighi di notifica degli assicurati
Le persone assicurate sono tenute a notificare entro il termine di un mese all'unità organizzativa dell'assicuratore indicata sulla polizza d'assicurazione tutti i cambiamenti della situazione personale (p. es. cambio di domicilio o del medico di famiglia) che riguardano il rapporto d'assicurazione.
4. Violazione degli obblighi di notifica
I disagi che risultano dall'inosservanza degli obblighi di notifica sono a carico delle persone assicurate.

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 scelto (limitazione della scelta del medico).

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?

In caso di trattamenti stazionari nel reparto comune di un ospedale presente nell'Elenco degli ospedali, l'assicuratore si fa carico della sua parte secondo la tariffa valida di un ospedale 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, l'assicuratore si fa carico della sua parte conformemente 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 deve avvenire con il suo consenso.

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 ingiustamente o per errore devono essere rimborsate all'assicuratore.

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?

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.

za. 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.

Una volta che il trattamento all'estero è avvenuto, l'assicurato è tenuto a informare immediatamente il medico Managed Care. 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.

L'ammontare delle prestazioni si basa sulla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

2.12 Cosa vale in caso di doppia assicurazione o di prestazioni di terzi?

Se per un caso assicurativo sono tenuti a corrispondere prestazioni anche altri assicuratori o terze persone, l'assicurato deve informare l'assicuratore. È inoltre soggetta all'obbligo di notificare la percezione di prestazioni e di accordi. Le dichiarazioni di rinuncia alle prestazioni devono essere notificate all'assicuratore prima della firma. Gli assicurati hanno l'obbligo di notificare i loro diritti nei confronti di altri assicuratori o di terze persone tenute al pagamento.

2.13 Qual'è il 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 all'assicuratore?

Insorto l'evento assicurato, l'assicuratore subentra nei confronti del terzo responsabile per il caso assicurativo, fino all'ammontare delle prestazioni legali nei diritti della persona assicurata.

2.15 Come ricevete i rimborsi?

Gli assicurati sono tenuti a comunicare all'assicuratore un recapito di pagamento bancario o postale svizzero. In caso di mancata comunicazione, le spese derivanti dal versamento sono a carico degli assicurati.

3. Premi e partecipazione ai costi

3.1 Quali premi dovete pagare?

I premi dell'assicurazione Managed Care si basano sulla tariffa dei premi dell'assicuratore approvata dall'autorità di vigilanza. Questi vengono calcolati secondo i gruppi d'età e sono più convenienti di quelli dell'ordinaria assicurazione di base. 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 all'assicuratore 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, l'assicuratore non riscuote più i premi.

3.2 Quali sono i gruppi d'età?

Esistono i seguenti gruppi d'età:

- I. bambini fino ai 18 anni compiuti
- II. assicurati dai 19 ai 25 anni compiuti
- III. assicurati a partire dai 26 anni.

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.

3.3 Quale partecipazione ai costi si deve pagare?

Franchigia, aliquota percentuale e contributo ai costi della degenza in ospedale vengono riscossi secondo le disposizioni legali federali.

Se più figli di una famiglia sono assicurati presso lo stesso assicuratore, la partecipazione ai costi annua totale ammonta a massimo CHF 950.–.

3.4 Cosa succede in caso di ritardo di pagamento?

- 1. Premi / partecipazioni ai costi**
Se, nonostante il sollecito di pagamento, l'assicurato non paga i premi e le partecipazioni in arretrato, l'assicuratore lo diffida 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, l'assicuratore avvia l'esecuzione. Al contempo, l'assicuratore informa l'ente cantonale competente. Per eventuali premi arretrati si addebita un interesse di mora del 5 per cento.
- 2. Diffide**
Le diffide avvengono in forma scritta.
- 3. Costi**
I costi della procedura esecutiva e altre spese possono essere addebitati all'assicurato in mora. In caso di diffida o di esecuzione può essere addebitata un'indennità d'inconvenienza.
- 4. 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.

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.

3.6 Commissioni

Le persone assicurate hanno diverse possibilità di effettuare il pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi senza commissioni. L'assicuratore può addebitare alle persone assicurate le commissioni applicate al pagamento allo sportello postale o presso altri punti di accesso fisici della Posta.

4. Adesione

4.1 Quali sono le condizioni d'ammissione?

Tutti gli assicurati domiciliati entro il raggio d'attività dell'assicurazione Managed Care possono passare, in ogni momento, dall'ordinaria assicurazione 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 Managed Care è possibile per la fine di un anno civile osservando un preavviso di disdetta di tre mesi. La disdetta deve pervenire all'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno lavorativo che precede l'inizio del termine di disdetta di tre mesi. Si riservano 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?

- 1. Trasferimento da una regione Managed Care**
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 dell'assicuratore per l'inizio del mese seguente al trasferimento di domicilio. Il trasferimento dalla regione della rete Managed Care va comunicato all'assicuratore entro il termine di un mese.
- 2. Trasferimento in una regione Managed Care**

In caso di trasferimento nella regione di un'altra rete Managed Care dell'assicuratore, le persone assicurate con Managed Care hanno diritto a proseguire la loro assicurazione Managed Care nella nuova rete. Il trasferimento dalla regione della rete Managed Care, così come il proseguimento dell'assicurazione nella nuova rete Managed Care, vanno comunicati all'assicuratore entro un mese dal trasferimento del domicilio.

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

Se il medico Managed Care selezionato scioglie il rapporto contrattuale con la rete di medici o con la società d'esercizio Managed Care, le persone assicurate registrate presso questo medico hanno la possibilità di scegliere liberamente un nuovo medico Managed Care o passare all'assicurazione di base ordinaria dell'assicuratore entro un termine di 30 giorni dal sollecito scritto dell'assicuratore. Se entro il termine indicato non viene notificato alcun nuovo medico Managed Care all'assicuratore, ciò comporta automaticamente il passaggio nell'assicurazione di base ordinaria dell'assicuratore a decorrere dall'inizio del mese successivo.

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

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

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 dell'assicurato in una casa di cura) non è più possibile l'assistenza medica da parte del medico Managed Care, l'assicuratore è autorizzato a trasferire la persona assicurata nell'ordinaria assicurazione di base dell'assicuratore a inizio mese, rispettando un termine di 30 giorni.

6. Trasmissione dei dati

6.1 Come vengono trattati i dati personali?

I dati personali vengono trattati principalmente per fornire le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e poter assistere e consigliare le persone assicurate riguardo a una copertura assicurativa affidabile e adeguata alle loro esigenze. Inoltre, l'assicuratore non può esimersi dal trattare dati personali per acquisire nuovi clienti nell'ambito della LAMal, adempiere i requisiti normativi e regolamentari, sviluppare (ulteriormente) i propri prodotti e servizi e continuare a svolgere un'attività sicura, efficiente ed economica. Il disbrigo delle prestazioni e le procedure di incasso comprendono misure di trattamento elettronico dei dati classificabili come singole decisioni individuali automatizzate. Le telefonate con i nostri collaboratori e collaboratrici possono essere registrate al fine di garantire una fornitura ottimale dei servizi, nonché a fini di formazione.

I dati personali possono essere conservati sia in forma cartacea che in forma elettronica. Il salvataggio dei dati avviene prevalentemente in Svizzera. L'assicuratore adotta le misure necessarie affinché i dati personali vengano trasmessi soltanto in Paesi che garantiscono una protezione dei dati adeguata. L'assicuratore ha cura dell'attualità, affidabilità e completezza dei dati personali comunicati.

L'assicuratore rileva e utilizza dati personali in conformità con le disposizioni applicabili sulla protezione dei dati, segnatamente

la Legge federale sulla protezione dei dati, e con ulteriori direttive di legge, in particolare gli articoli 84, 84a e 84b LAMal. Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali sono contenute nell'informativa sulla protezione dei dati dell'assicuratore su Internet: www.visana.ch/protezione-dei-dati.

6.2 Quali dati vengono trasmessi a terzi?

Nella misura in cui ciò sia necessario e previsto per legge, l'assicuratore può comunicare i dati a terzi coinvolti nel disbrigo delle pratiche contrattuali in Svizzera e all'estero (ad es. assicuratori coinvolti, medici di fiducia e della compagnia, autorità), in particolare alle società del Gruppo Visana e a coassicuratori, assicuratori precedenti e successivi e riassicuratori, ai fini del trattamento. In particolare, l'assicuratore può anche incaricare terzi di fornire servizi a favore della persona assicurata (ad es. fornitori di servizi IT). L'assicuratore si impegna a vincolare per contratto tali terzi all'obbligo di riservatezza e a una successiva gestione dei dati personali in conformità con la protezione dei dati. Tale impegno non si riferisce solo a dati personali come ad es. il nome, la data di nascita e il numero d'assicurato, bensì può comprendere anche dati particolarmente sensibili, nello specifico dati individuali sulla salute. A tale riguardo si osservano i più severi requisiti di legge per il trattamento dei dati personali particolarmente sensibili.

L'assicuratore e le società d'esercizio Managed Care o, rispettivamente, le reti di medici Managed Care si scambiano vicendevolmente i dati necessari dal punto di vista amministrativo su una piattaforma sicura. L'assicuratore trasmette regolarmente alla società d'esercizio o alla rete di medici liste riportanti l'effettivo delle persone assicurate registrate presso ciascun medico Managed Care con i rispettivi dati assicurativi dei singoli clienti assicurati in questo modello, nonché una panoramica delle prestazioni mediche di cui hanno usufruito gli assicurati registrati presso un medico Managed Care.

La società d'esercizio o, rispettivamente, la rete di medici trasmette regolarmente a Visana una panoramica delle prestazioni mediche non svolte o prescritte da un medico Managed Care.

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 stabiliti.

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 all'attuale medico Managed Care nonché all'assicuratore. Gli assicurati 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.

7.2 Come procedere in caso d'emergenza?

In caso d'emergenza gli assicurati Managed Care contattano il loro medico Managed Care.

Se questo non è raggiungibile, gli assicurati si rivolgono al suo sostituto o all'organizzazione d'emergenza competente al domicilio risp. 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 ad informare il loro medico Managed Care al più presto possibile e a consegnargli un rapporto redatto dal medico di emergenza.

7.3 Come procedere in caso di trattamenti stazionari?

Gli assicurati Managed Care sono tenuti a richiedere al medico Managed Care il suo consenso prima del ricovero in un ospedale per malattie acute (tranne che per i casi di emergenza).

7.4 Quali obblighi sussistono se il paziente viene indirizzato ad un medico specialista?

Se gli assicurati Managed Care vengono indirizzati dal loro medico Managed Care ad un medico specialista e quest'ultimo consiglia un trattamento risp. un accertamento da parte di un altro medico o presso un istituto stazionario, gli assicurati Managed Care sono tenuti ad informare in merito il loro medico Managed Care e a richiedere il suo consenso.

7.5 Come si deve procedere in caso di visite ginecologiche?

Le visite ginecologiche preventive e di controllo e l'assistenza ostetrica presso medici specialisti in ginecologia e ostetricia possono essere liberamente svolte dalla persona assicurata nel suo Cantone di domicilio. Per tutti gli altri trattamenti ginecologici va previamente richiesto il consenso del medico Managed Care.

7.6 Si necessita di un'autorizzazione per le cure balneari?

Le prestazioni obbligatorie previste dalla legge per le cure balneari vengono corrisposte soltanto se prescritte o autorizzate dal medico Managed Care.

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 e la società d'esercizio Managed Care possano consultare i dati attinenti ai trattamenti e alle fatture necessari, corrispondenti all'assistenza medica.

7.8 Sanzioni in caso di violazione degli obblighi previsti da Managed Care

Le persone assicurate che non rispettano gli obblighi di cui ai punti 7.1 a 7.6 delle presenti CGA possono essere sanzionate dall'assicuratore, previa diffida scritta, come segue.

- Dopo la seconda violazione: riduzione del 50% delle prestazioni previste per legge.
- Dopo la terza violazione: rifiuto di assumere le prestazioni. L'assicuratore richiederà il rimborso delle fatture già pagate.
- Dopo la quarta violazione: esclusione dall'assicurazione Managed Care in caso di reiterato comportamento in contravvenzione al regolamento. L'esclusione comporta il passaggio all'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria dell'assicuratore e viene effettuata a partire dal mese successivo alla violazione dell'obbligo sanzionata. Una volta avvenuta l'esclusione, la riammissione in un modello assicurativo alternativo presso l'assicuratore è possibile al più presto per l'anno civile successivo.

8. Disposizioni aggiuntive

8.1 Chi emana decisioni e decisioni su opposizione?

Le decisioni formali e le decisioni su opposizione vengono emanate dall'assicuratore.

8.2 Chi risponde delle cure mediche errate?

Né l'assicuratore 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 2024.

Eventuali modifiche possono essere apportate dall'assicuratore in qualsiasi momento.