

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

secondo la Legge federale
sull'assicurazione malattie (LAMal)

Ente assicurativo:

Sanitas Assicurazioni base SA

Edizione gennaio 2009

Versione 2022

Basic	2
CallMed	6
CareMed	8
NetMed	10
Medbase MultiAccess	12
Compact One	16

Basic

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Ente assicurativo:
Sanitas Assicurazioni base SA

Edizione gennaio 2009
Versione 2022

Panoramica dell'assicurazione

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione base) assume i costi di cure in caso di malattia, infortunio e maternità nell'ambito della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Può essere stipulata con la franchigia ordinaria o una franchigia opzionale e come modello assicurativo alternativo ai sensi di una forma d'assicurazione particolare.

Le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) contengono le disposizioni generali per l'assicurazione base Basic. Queste valgono anche per i modelli assicurativi alternativi, purché le Condizioni complementari dei singoli modelli assicurativi alternativi non prevedano disposizioni contrarie.

Estensione dell'assicurazione

1 Basi dell'assicurazione

- 1 Per tutte le questioni non specificamente regolamentate nelle presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA) fanno stato la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e le rispettive Ordinanze.
- 2 Nelle presenti Condizioni generali d'assicurazione il diritto federale e il diritto cantonale vengono applicati in tale ordine.
- 3 In caso di stipulazione di un modello assicurativo alternativo (forma particolare d'assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) fanno inoltre stato le rispettive Condizioni complementari (CC).
- 4 Il testo redatto in forma maschile vale per analogia anche per persone di sesso femminile.

2 Oggetto dell'assicurazione

Sanitas Assicurazioni base SA (di seguito denominata Sanitas) assicura le conseguenze economiche di malattie, maternità e infortuni. Il rischio infortuni è incluso nell'assicurazione se figura sulla polizza.

3 Definizioni

- 1 È considerato malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda una visita o una cura medica e provochi un'incapacità al lavoro.
- 2 La maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre.
- 3 È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte. Le malattie professionali e le lesioni corporali simili a infortuni sono equiparate agli infortuni.

4 Validità territoriale

Il campo d'applicazione territoriale si basa sulle disposizioni della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

Prestazioni

5 Estensione delle prestazioni

Vengono corrisposte le prestazioni legali.

6 Partecipazione ai costi

La partecipazione ai costi della persona assicurata è composta da:

- franchigia
- aliquota percentuale
- contributo ai costi ospedalieri

7 Soppressione del diritto a prestazioni

Non vengono corrisposte prestazioni per cure e misure che non sono efficaci, appropriate o economiche; l'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici.

8 Prestazioni di terzi

- 1 Ai sensi dell'art. 28 LPGA, la persona assicurata è tenuta a informare immediatamente Sanitas su ogni prestazione di terzi (p.es. infortuni, responsabilità civile, militare o invalidità) e su eventuali accordi di indennità unica, sempre che Sanitas abbia da erogare prestazioni per lo stesso caso assicurativo.
- 2 Se Sanitas eroga prestazioni al posto di terzi, la persona assicurata deve cedere a Sanitas i suoi diritti nella misura dell'obbligo di prestazioni.
- 3 Accordi stipulati da una persona assicurata con terzi non sono vincolanti per Sanitas.

9 Responsabilità

Il fornitore di prestazioni scelto dalla persona assicurata è l'unico responsabile delle prestazioni terapeutiche e diagnostiche dispensate.

Obblighi e giustificazione del diritto

10 Obblighi generali

La persona assicurata è obbligata ad attenersi alle prescrizioni dei medici o di altri fornitori di prestazioni e di prestare particolare attenzione all'economicità della cura.

11 Giustificazione del diritto

- 1 Se si fa valere un diritto a prestazioni assicurative, a Sanitas sono da inoltrare tutte le fatture originali dettagliate al più tardi 5 anni dopo la loro emissione. Scaduto tale termine viene a cadere un qualsiasi diritto a prestazioni.
- 2 Se le prescrizioni mediche sono parte integrante della giustificazione del diritto, vanno inoltrati i rispettivi originali.
- 3 Se si fa valere il diritto a prestazioni per infortuni, va inoltrato anche il formulario «Notifica d'infortunio».

12 Fatture dall'estero

Le fatture e le documentazioni provenienti dall'estero sono da inoltrare in lingua tedesca, francese, italiana o inglese. Per fatture e documentazioni redatte in altre lingue è necessario allegare una traduzione. Restano riservate le regolamentazioni previste negli accordi sulla libera circolazione delle persone con gli Stati membri dell'UE e dell'AELS.

13 Cessione e costituzione in pegno di prestazioni

La persona assicurata può cedere o impegnare i suoi diritti verso Sanitas solo previo suo consenso. Resta riservata la cessione di diritti ai fornitori di prestazioni.

Inizio e fine dell'assicurazione

14 Inizio dell'assicurazione

L'inizio dell'assicurazione si basa sulle disposizioni legali. A conferma della copertura assicurativa, Sanitas spedisce una polizza d'assicurazione.

15 Modifiche d'assicurazione

- 1 La franchigia può essere adeguata sempre al 1° gennaio; per il passaggio a una franchigia inferiore vanno osservati i termini di disdetta secondo la cifra 17.
- 2 La copertura infortuni può essere esclusa se viene comprovata l'esistenza dell'assicurazione infortuni secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni LAINF (infortuni professionali e non professionali). L'esclusione avviene al più presto il 1° giorno del mese successivo alla richiesta scritta.
- 3 L'inclusione della copertura infortuni avviene immediatamente per la fine dell'assicurazione contro gli infortuni secondo LAINF. La soppressione dell'assicurazione infortuni va notificata a Sanitas entro 30 giorni.

16 Sospensione

Per le persone assicurate assoggettate all'assicurazione militare per oltre 60 giorni consecutivi, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal viene sospesa. La comunicazione a Sanitas deve avvenire almeno 8 settimane prima dell'inizio dell'obbligo di servizio. In caso di comunicazione tardiva, la sospensione avviene per il prossimo termine possibile, al più tardi però 8 settimane dalla ricezione della stessa. Sanitas compensa i premi pagati in anticipo con i premi futuri o li rimborsa. Dal canto suo, la persona assicurata ha l'obbligo di comunicare a Sanitas un'eventuale conclusione anticipata del servizio. La durata della sospensione si riduce di conseguenza.

17 Disdetta dell'assicurazione

- 1 La disdetta in seguito a passaggio a un altro assicuratore può essere inoltrata dalla persona assicurata, osservando un termine di disdetta di tre mesi, al 31 dicembre e, se non è stato convenuto né un modello assicurativo alternativo né una franchigia opzionale, al 30 giugno.
- 2 Osservando un termine di un mese, la disdetta può essere inoltrata per la fine del mese che precede l'entrata in vigore di un nuovo premio comunicato.
- 3 L'assicurazione termina dopo aver ricevuto la conferma d'ammissione del nuovo assicuratore.

18 Fine dell'assicurazione

L'assicurazione termina

- con la disdetta dell'assicurazione secondo la cifra 17;
- se la persona assicurata cessa di essere soggetta all'obbligo assicurativo;
- per i frontalieri secondo l'art. 7 cpv. 4 OAMal;
- per una persona assicurata non assoggettata alla legislazione svizzera in materia d'assistenza sociale, secondo l'art. 9 OAMal;
- al decesso della persona assicurata.

Premi

19 Pagamento dei premi e scadenza

- 1 I premi sono esigibili il 1° giorno del mese di riferimento. I pagamenti possono essere effettuati a scadenze annuali, semestrali, trimestrali, bimestrali o mensili; l'anno assicurativo inizia il 1° gennaio. Se la fattura viene inviata a un indirizzo all'estero, sono consentiti solo pagamenti di premi annuali, semestrali o trimestrali.
- 2 In caso di termine prematuro dell'assicurazione, vengono restituiti i premi relativi al periodo assicurativo non scaduto.
- 3 La persona assicurata non può compensare premi dovuti con prestazioni pendenti.

20 Diffida e conseguenze della mora

- 1 Se, nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi dovuti o le partecipazioni a costi e se è stata depositata una domanda di proseguimento dell'esecuzione per debiti, Sanitas sospende l'obbligo di prestazioni nei confronti della persona assicurata finché gli importi arretrati, comprese le tasse di diffida, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non sono stati pagati integralmente. Contemporaneamente, Sanitas comunica la sospensione delle prestazioni all'ufficio cantonale incaricato di vigilare sul rispetto dell'obbligo assicurativo.
- 2 In caso di disdetta dell'assicurazione secondo la cifra 17, il passaggio al nuovo assicuratore è consentito solo una volta avvenuto il pagamento integrale degli importi dovuti, comprese le tasse di diffida, gli interessi di mora e le spese esecutive.
- 3 Per una persona assicurata residente in uno Stato membro dell'UE o dell'AELS che è assoggettata all'accordo sulla libera circolazione delle persone e che non ha pagato i premi o le partecipazioni ai costi nonostante la diffida e l'informazione sulle conseguenze della mora di pagamento, il rimborso delle prestazioni viene sospeso finché gli arretrati non sono interamente pagati.
- 4 Per diffide ed esecuzioni, Sanitas applica tasse e interessi di mora appropriati.

Varie

21 Accettazione della polizza d'assicurazione

Se il contenuto della polizza o delle aggiunte alla stessa non corrisponde agli accordi presi, il contraente deve richiederne la rettifica entro 4 settimane dalla ricezione della polizza d'assicurazione. Senza una comunicazione contraria da parte del contraente, la polizza d'assicurazione è ritenuta approvata.

22 Registrazione ed elaborazione dei dati

- 1 Sanitas garantisce l'osservanza della protezione dei dati conformemente alle prescrizioni della vigente legislazione svizzera in materia, della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e in particolare dell'art. 33 LPG e dell'art. 84 segg. LAMal.
- 2 Nell'ambito delle disposizioni legali, Sanitas ha il diritto di raccogliere le informazioni necessarie per l'esercizio dell'assicurazione, di registrarle elettronicamente e di delegare l'elaborazione delle stesse a terzi.

23 Versamento di prestazioni

- 1 Sanitas versa le prestazioni su un conto postale o bancario. Se viene richiesto il versamento mediante altri mezzi di pagamento, Sanitas può esigere un indennizzo per i costi supplementari causati. I versamenti vengono effettuati a indirizzi in Svizzera o a indirizzi in Stati membri dell'UE o dell'AELS se la persona assicurata vive nello Stato corrispondente e sottostà all'accordo sulla libera circolazione delle persone.
- 2 Se, in base a convenzioni, Sanitas è debitrice nei confronti del fornitore di prestazioni, essa glielo versa e fattura la partecipazione ai costi alla persona assicurata.
- 3 Sanitas può compensare le prestazioni con i suoi crediti nei confronti della persona assicurata, purché non sussista una sospensione delle prestazioni ai sensi dell'art. 20 cpv. 1 delle presenti CGA.

24 Comunicazioni / recapito di contatto

- 1 I cambi di nome e d'indirizzo o di recapito di contatto sono da notificare per iscritto a Sanitas entro un termine di 30 giorni. In mancanza di una rispettiva comunicazione, per l'invio legalmente valido della corrispondenza fa stato l'ultimo indirizzo noto.
- 2 Per soggiorni all'estero di durata superiore ai 3 mesi, a Sanitas è da comunicare un recapito di contatto in Svizzera. Questa disposizione non vale per trasferimenti del domicilio di diritto civile in uno Stato membro dell'UE o dell'AELS, se la persona assicurata sottostà all'accordo sulla libera circolazione delle persone.
- 3 Quale indirizzo di recapito per comunicazioni o giustificazioni del diritto fa stato l'indirizzo riportato sulla polizza d'assicurazione.

25 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

Le modifiche delle presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA) e delle Condizioni complementari (CC) dei modelli assicurativi alternativi come pure altre informazioni vincolanti vengono comunicate alla persona assicurata per iscritto o pubblicandole nella rivista per i clienti.

26 Obbligo assicurativo negli Stati UE/AELS

Una persona assicurata domiciliata in uno Stato membro dell'UE o dell'AELS che è assoggettata all'accordo sulla libera circolazione delle persone è obbligata a comunicare a Sanitas entro 30 giorni tutte le modifiche relative all'obbligo assicurativo.

27 Vie di ricorso

- 1 Se una persona assicurata non è d'accordo con una decisione di Sanitas, può richiedere entro un periodo di tempo utile che Sanitas le rilasci una decisione formale scritta con indicazione dei motivi e dei rimedi giuridici.
- 2 La decisione formale può essere impugnata entro 30 giorni facendo opposizione presso Sanitas. Sanitas esamina questa opposizione e rilascia una decisione su opposizione scritta e motivata con indicazione dei rimedi giuridici.
- 3 Contro la decisione su opposizione di Sanitas si può interporre ricorso entro 30 giorni presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni. È competente il Tribunale delle assicurazioni nel Cantone di domicilio della persona assicurata o del terzo interponente.
- 4 Il ricorso può essere interposto anche se Sanitas, nonostante abbia ricevuto una rispettiva richiesta, non rilascia alcuna decisione o decisione su opposizione.
- 5 Contro la sentenza di un Tribunale cantonale delle assicurazioni può essere interposto ricorso presso il Tribunale federale secondo la Legge del Tribunale federale.

CallMed

Assicurazione base con prima consulenza al telefono

Edizione gennaio 2009
Versione 2022

Panoramica dell'assicurazione

CallMed è un modello assicurativo alternativo (forma assicurativa particolare) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

Stipulando CallMed la persona assicurata si dichiara disposta a consultare telefonicamente il centro di consulenza medica prima di una cura medica. Il centro, a disposizione degli assicurati 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, li consiglia in caso di problemi della salute e dà raccomandazioni sul successivo iter di cura. La persona assicurata rimane libera nella scelta di un eventuale fornitore di prestazioni come previsto nella Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal).

Regolamentazione del modello assicurativo

1 Basi dell'assicurazione

Per tutte le questioni non specificamente regolamentate nelle presenti Condizioni complementari fanno stato le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione base Basic.

2 Obblighi derivanti dal modello assicurativo

1 Prima di ricorrere a una cura medica, la persona assicurata contatta telefonicamente il centro di consulenza medica. Il centro consiglia la persona assicurata e le propone un iter di cure mediche che dovrà seguire in modo adeguato.

2 Se in base al colloquio di consulenza è indicata una cura medica, il centro di consulenza medica concorda con la persona assicurata un lasso di tempo entro il quale tale cura dovrà essere effettuata presso un fornitore di prestazioni facoltativo. Questo vale anche nel caso si rendesse necessario un trasferimento ad altri fornitori di prestazioni. Se il lasso di tempo concordato non fosse sufficiente per la cura, la persona assicurata si metterà di nuovo in contatto con il centro di consulenza medica prima della scadenza del termine.

3 Eccezioni all'obbligo di consulenza

1 In caso di urgenze non è obbligatorio mettersi in contatto in precedenza con il centro di consulenza medica. Una cura effettuata è da notificare al centro di consulenza medica al più presto, tuttavia entro e non oltre 10 giorni dall'inizio della cura.

Trattasi di urgenza se la persona assicurata stessa ritiene di essere in pericolo di vita o necessita di cure immediate o se tale giudizio viene espresso da terzi.

2 Nei seguenti casi non è necessario contattare il centro di consulenza medica:

- esami ginecologici preventivi
- visite in caso di gravidanza, parto incluso
- vaccinazioni
- cure dentarie

4 Violazione dell'obbligo di consulenza

1 Se la persona assicurata rinuncia a una consulenza da parte del centro di consulenza medica prima di ricorrere a una prestazione medica, dopo un unico sollecito Sanitas trasferisce la persona assicurata all'assicurazione base Basic. Il trasferimento avviene il 1° del mese successivo dopo la comunicazione scritta di Sanitas.

2 Se la persona assicurata non segue in modo adeguato più volte le raccomandazioni del centro di consulenza sull'iter di cura da intraprendere, Sanitas si riserva il diritto di trasferire la persona assicurata all'assicurazione base Basic.

3 Dopo il passaggio, per due anni non è consentito tornare a CallMed.

Modifiche d'assicurazione

5 Modifiche d'assicurazione da parte della persona assicurata

1 Il passaggio dall'assicurazione base ordinaria Basic a CallMed è possibile solo per l'inizio di un mese.

2 Il passaggio da CallMed all'assicurazione base Basic o a un altro modello assicurativo alternativo può avvenire solo al 1° gennaio. Valgono i termini di disdetta secondo la cifra 17 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA).

6 Modifiche d'assicurazione da parte di Sanitas

1 Sanitas trasferisce la persona assicurata CallMed all'assicurazione base Basic

- se la condizione di prendere contatto telefonicamente prima di ricorrere a una cura medica non può più essere rispettata dalla persona assicurata;
- se la persona assicurata soggiorna per più di 3 mesi all'estero;
- se la persona assicurata viola l'obbligo di consulenza secondo la cifra 4.

Ad eccezione della regolamentazione secondo la cifra 4 cpv. 1, il trasferimento avviene osservando un termine di 30 giorni al 1° giorno del mese successivo.

2 Sanitas può terminare CallMed per la fine di un anno civile rispettando un termine di disdetta di 2 mesi. La persona assicurata viene quindi trasferita al 1° gennaio dell'anno successivo all'assicurazione base Basic o, se la persona assicurata lo desidera, a un altro modello assicurativo alternativo.

CareMed

Assicurazione base con scelta di un medico di famiglia

Edizione gennaio 2009
Versione 2022

Panoramica dell'assicurazione

CareMed è un modello assicurativo alternativo (forma assicurativa particolare) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

Con la stipulazione di CareMed la persona assicurata si dichiara disposta a consultare in caso di una cura medica il medico di famiglia da lei scelto. Quest'ultimo è il suo primo interlocutore per tutte le questioni di carattere medico. In caso di necessità, il medico di famiglia la affida per ulteriori cure a uno specialista, ad altro personale medico ausiliario o a un ospedale.

Regolamentazione del modello assicurativo

1 Basi dell'assicurazione

Per tutte le questioni non specificamente regolamentate nelle presenti Condizioni complementari fanno stato le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione base Basic.

2 Obblighi derivanti dal modello assicurativo

- 1 Con la stipulazione di CareMed la persona assicurata sceglie un medico di famiglia e lo comunica a Sanitas.
- 2 In caso di necessità di una cura medica, la persona assicurata consulta il medico di famiglia da lei scelto. Quest'ultimo esegue gli esami e le cure necessarie o affida la persona assicurata a un altro fornitore di prestazioni.
- 3 Se il medico di famiglia scelto non è reperibile (p.es. vacanze), la persona assicurata contatta il suo sostituto. In caso di lunga assenza del medico di famiglia, la persona assicurata può scegliere un altro medico di famiglia per la durata dell'assenza. La persona assicurata lo notifica a Sanitas al più tardi dopo la prima consultazione.
- 4 Se il medico di famiglia chiude il suo studio medico, la persona assicurata notifica il nuovo medico di famiglia scelto a Sanitas al più tardi dopo la prima consultazione.
- 5 La persona assicurata può cambiare il medico di famiglia da lei scelto in casi circostanziati e lo comunica a Sanitas al più tardi prima della prima consultazione presso il nuovo medico di famiglia scelto.

3 Eccezioni all'obbligo di consultazione presso il medico di famiglia

- 1 In caso di urgenze, la cura non deve obbligatoriamente avvenire presso il medico di famiglia. Dopo una prima cura da parte di un altro fornitore di prestazioni, per un'eventuale continuazione della cura o il controllo successivo la persona assicurata deve possibilmente rivolgersi nuovamente al suo medico di famiglia.

Trattasi di urgenza se la persona assicurata stessa ritiene di essere in pericolo di vita o necessita di cure immediate o se tale giudizio viene espresso da terzi.

- 2 I seguenti esami e cure possono essere eseguiti direttamente da uno specialista riconosciuto senza dover prima rivolgersi al medico di famiglia scelto:
 - esami ginecologici preventivi
 - visite in caso di gravidanza, parto incluso
 - controlli periodici degli occhi
 - cure dentarie

4 Violazione dell'obbligo di consultazione presso il medico di famiglia

- 1 Se la persona assicurata richiede prestazioni mediche da fornitori di prestazioni senza consultare dapprima il suo medico di famiglia, dopo un unico sollecito Sanitas la trasferisce all'assicurazione base Basic. Il trasferimento avviene il 1° del mese successivo dopo la comunicazione scritta di Sanitas.
- 2 Dopo il passaggio, per due anni non è consentito tornare a CallMed.

Modifiche d'assicurazione

5 Modifiche d'assicurazione da parte della persona assicurata

- 1 Il passaggio dall'assicurazione base ordinaria Basic a CareMed è possibile solo per l'inizio di un mese.
- 2 Il passaggio da CallMed all'assicurazione base Basic o a un altro modello assicurativo alternativo può avvenire solo al 1° gennaio. Valgono i termini di disdetta secondo la cifra 17 delle Condizioni generali d'assicurazione.

6 Modifiche d'assicurazione da parte di Sanitas

- 1 Sanitas trasferisce la persona assicurata CallMed all'assicurazione base Basic
 - se la cura medica non può più essere eseguita dal medico di famiglia scelto;
 - se la persona assicurata soggiorna per più di 3 mesi all'estero;
 - se la persona assicurata viola l'obbligo di consultazione presso il medico di famiglia secondo la cifra 4.

Ad eccezione della regolamentazione secondo la cifra 4, il trasferimento avviene osservando un termine di 30 giorni al 1° giorno del mese successivo.

- 2 Sanitas può terminare CareMed per la fine di un anno civile rispettando un termine di disdetta di 2 mesi. La persona assicurata viene quindi trasferita al 1° gennaio dell'anno successivo all'assicurazione base Basic o, se la persona assicurata lo desidera, a un altro modello assicurativo alternativo.

Varie

7 Registrazione ed elaborazione dei dati

- 1 Con la stipulazione di CareMed la persona assicurata autorizza il medico di famiglia o un terzo da lui autorizzato a consultare tutti i dati relativi alle cure e alle fatture concernenti l'assistenza medica.
- 2 Sanitas è autorizzata a trasmettere al medico di famiglia scelto dalla persona assicurata o a un terzo da lui autorizzato i dati necessari per la gestione di CareMed rispettando le prescrizioni sul segreto professionale e sulla protezione dei dati.

NetMed

Assicurazione base con scelta di un medico di famiglia coordinatore

Edizione gennaio 2009
Versione 2022

Panoramica dell'assicurazione

NetMed è un modello assicurativo alternativo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). All'interno di NetMed possono esserci vari modelli (varianti) per cui si applicano riduzioni dei premi diverse. Con la stipulazione di NetMed la persona assicurata sceglie un medico di famiglia che opera all'interno di una rete di medici riconosciuti da Sanitas (medico coordinatore). Per offrire questa copertura, Sanitas stipula un contratto di collaborazione con reti di medici.

I medici sono attribuiti a una variante di NetMed. Questa attribuzione dipende dall'appartenenza del medico di famiglia a una rete di medici. L'attribuzione a una determinata variante può variare all'inizio di ogni anno civile. L'attribuzione è consultabile online (www.sanitas.com) e può essere richiesta presso Sanitas.

La persona assicurata si dichiara disposta a consultare il medico coordinatore per ogni cura medica. Quest'ultimo è responsabile per la cura olistica e l'assistenza della persona assicurata per tutte le questioni concernenti la salute. In caso di necessità il medico coordinatore la affida per ulteriori cure a uno specialista, ad altro personale medico ausiliario o a un ospedale.

Regolamentazione del modello assicurativo

1 Basi dell'assicurazione

Per tutte le questioni non specificamente regolamentate nelle presenti Condizioni complementari fanno stato le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione base Basic.

2 Obblighi derivanti dal modello assicurativo

- 1 Con la stipulazione di NetMed la persona assicurata sceglie un medico di famiglia che opera all'interno di una rete di medici (di seguito denominato medico coordinatore) e lo comunica a Sanitas. Sanitas dispone di un elenco dei medici coordinatori da lei riconosciuti che viene periodicamente aggiornato; è possibile consultarlo presso Sanitas o richiederne un estratto.
- 2 In caso di necessità di una cura medica, la persona assicurata consulta il medico coordinatore da lei scelto. Quest'ultimo esegue gli esami e le cure necessarie o affida la persona assicurata a un altro fornitore di prestazioni.
- 3 La persona assicurata può cambiare il medico coordinatore o la variante da lei scelta in casi circostanziati (tra cui cessione o chiusura dello studio medico). Se non è possibile scegliere un medico della stessa rete di medici o della stessa variante (nessuna disponibilità o blocco pazienti), vi è la possibilità di scegliere un medico di un'altra variante nel prodotto NetMed. La persona assicurata lo comunica a Sanitas al più tardi prima della prima consultazione presso il nuovo medico coordinatore.

3 Eccezioni all'obbligo di consultazione presso il medico coordinatore

- 1 Anche in caso di urgenze è opportuno rivolgersi per la cura al medico coordinatore. Qualora non fosse possibile, la persona assicurata informa il medico coordinatore entro 10 giorni dal trattamento avvenuto al di fuori del suo studio. Un'eventuale continuazione della cura o il controllo successivo deve possibilmente avvenire nuovamente presso il medico coordinatore.

Trattasi di urgenza se la persona assicurata stessa ritiene di essere in pericolo di vita o necessita di cure immediate o se tale giudizio viene espresso da terzi.

- 2 I seguenti esami possono essere eseguiti direttamente da uno specialista riconosciuto:
 - esami ginecologici preventivi
 - visite in caso di gravidanza, parto incluso
 - controlli periodici degli occhiPer ulteriori cure ginecologiche o oculistiche presso uno specialista riconosciuto è comunque indispensabile la prescrizione del medico coordinatore.
- 3 Le cure dentarie possono essere eseguite direttamente da uno specialista riconosciuto, senza dover informare il medico coordinatore.
- 4 **Violazione dell'obbligo di consultazione presso il medico coordinatore**
 - 1 Se la persona assicurata richiede prestazioni mediche da fornitori di prestazioni senza una prescrizione del suo medico coordinatore, dopo un unico sollecito Sanitas la trasferisce all'assicurazione base Basic. Il trasferimento avviene il 1° del mese successivo dopo comunicazione scritta di Sanitas.
 - 2 Dopo il passaggio, per due anni non è consentito tornare a NetMed.

Modifiche d'assicurazione

5 Modifiche d'assicurazione da parte della persona assicurata

- 1 Il passaggio dall'assicurazione base ordinaria Basic a NetMed è possibile solo per l'inizio di un mese.
- 2 Il passaggio da NetMed all'assicurazione base Basic o a un altro modello assicurativo alternativo può avvenire solo al 1° gennaio (fermo restando quanto disposto alla cifra 2 cpv. 3). Valgono i termini di disdetta secondo la cifra 17 delle Condizioni generali d'assicurazione.
- 3 In caso di trasferimento in un'altra regione, la persona assicurata sceglie un altro medico coordinatore dall'elenco e lo comunica a Sanitas al più tardi prima della prima consultazione. Se presso il nuovo luogo di domicilio o di lavoro non esiste un medico coordinatore, la persona assicurata deve passare all'assicurazione base Basic o a un altro modello assicurativo alternativo.

6 Modifiche d'assicurazione da parte di Sanitas

- 1 Sanitas trasferisce la persona assicurata NetMed all'assicurazione base Basic
 - se la cura medica non può più essere eseguita dal medico coordinatore;
 - se il medico scelto non è più a disposizione in quanto medico coordinatore e la persona assicurata non ne sceglie uno nuovo;
 - se la persona assicurata soggiorna per più di 3 mesi all'estero;
 - se la persona assicurata viola l'obbligo di consultazione presso il medico coordinatore secondo la cifra 4.Ad eccezione della regolamentazione secondo la cifra 4, il trasferimento avviene osservando un termine di 30 giorni al 1° giorno del mese successivo.
- 2 Sanitas può terminare NetMed per la fine di un anno civile rispettando un termine di disdetta di 2 mesi. La persona assicurata viene quindi trasferita al 1° gennaio dell'anno successivo all'assicurazione base Basic.

Varie

7 Registrazione ed elaborazione dei dati

- 1 Con la stipulazione di NetMed la persona assicurata autorizza il medico coordinatore o un terzo (p.es. medico specialista) da lui autorizzato a consultare tutti i dati relativi alle cure e alle fatture concernenti l'assistenza medica. Questo serve a garantire un'assistenza medica coordinata.
- 2 Sanitas è autorizzata a trasmettere al medico coordinatore o a un terzo da lei autorizzato (p.es. fornitore di servizi IT) i dati necessari per lo svolgimento di NetMed rispettando le direttive sul segreto professionale e sulla protezione dei dati.

Medbase MultiAccess

Assicurazione base con approvvigionamento integrato tramite Medbase

Edizione gennaio 2020
Versione 2020

Panoramica dell'assicurazione

Sanitas Assicurazioni base SA e Medbase SA (di seguito Medbase) sono partner nel modello assicurativo MultiAccess Medbase. Medbase è una società indipendente di Sanitas Assicurazioni base SA che opera nel campo dell'approvvigionamento di base (medicina di base) e offre servizi medici, terapeutici e complementari ambulatoriali.

MultiAccess Medbase è un modello assicurativo alternativo (forma assicurativa particolare) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) con scelta limitata del fornitore di prestazioni ai sensi dell'art. 41 cpv. 4 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e dell'art. 99 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).

Con la stipulazione di Medbase MultiAccess, la persona assicurata sceglie un centro (Medical Center) di Medbase e si dichiara disposta a consultare dapprima per qualsiasi cura medica un fornitore di prestazioni autorizzato da Medbase. Medbase è responsabile delle cure e dell'assistenza globali della persona assicurata per quanto riguarda tutte le questioni relative alla salute e definisce l'iter di cura al quale essa deve attenersi.

Regolamentazione del modello assicurativo

1 Basi dell'assicurazione

- 1 Per tutte le questioni non specificamente regolamentate nelle presenti Condizioni complementari (CC) fanno stato le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione base Basic.
- 2 Sanitas paga le prestazioni previste dalla legge per cure ambulatoriali e stazionarie, ammesso che queste siano erogate nel quadro dell'iter di cura definito da Medbase.

2 Obblighi derivanti dal modello assicurativo

- 1 Con la stipulazione di Medbase MultiAccess, la persona assicurata sceglie un centro (Medical Center) di Medbase dalla lista di Sanitas (di seguito «Medical Center coordinatore») e lo comunica a Sanitas.
- 2 La persona assicurata contatta dapprima per qualsiasi cura un fornitore di prestazioni autorizzato da Medbase a erogare la prima consultazione. Sanitas tiene una lista di questi fornitori di prestazioni che in aggiunta al Medical Center può contenere, per esempio, un servizio telemedico oppure farmacie. Il fornitore di prestazioni consultato per primo effettua egli stesso gli esami e le cure necessarie oppure, se lo ritiene opportuno, trasferisce la persona assicurata a un altro fornitore di prestazioni.
- 3 Dopo la prima consultazione, la persona assicurata è tenuta a seguire il piano di cura stabilito. Il piano di cura può prevedere determinati fornitori di prestazioni e periodi di cura. Inoltre, Medbase e Sanitas possono stabilire che medicinali, mezzi ausiliari o prestazioni di laboratorio vengano acquistati da determinati fornitori di prestazioni. I piani di cura esistenti prima della stipulazione dell'assicurazione (p.es. trasferimento a uno specialista) devono essere confermati dapprima da un fornitore di prestazioni Medbase.
- 4 La persona assicurata accetta che i preparati originali possono essere sostituiti da farmaci generici se questi sono meno costosi e se dal punto di vista medico non è necessario fornire il preparato originale.
- 5 La persona assicurata è obbligata a farsi vaccinare presso determinati fornitori di prestazioni Medbase. L'elenco dei possibili fornitori di prestazioni viene messo a disposizione da Medbase.
- 6 Se sulla base della valutazione di Medbase vengono indicati piani o programmi di cura interdisciplinari che migliorano la qualità della cura, la persona assicurata può essere obbligata a partecipare a tali piani o programmi.
- 7 Se la valutazione di Medbase o di Sanitas indica che è necessaria l'assistenza da parte del Case Management di Sanitas, la persona assicurata viene affiancata da Sanitas dopo aver acconsentito alla cura.
- 8 Se, in base alla valutazione di Medbase, è indicata una prestazione ambulatoriale, e può essere pretesa con ragionevolezza dalla persona assicurata, (intervento ambulatoriale, riabilitazione ambulatoriale ecc.) invece di una prestazione stazionaria, la persona assicurata può essere obbligata a scegliere la prestazione ambulatoriale.

3 Eccezioni all'obbligo di consultazione presso Medbase

- 1 In casi d'urgenza, la cura da parte di Medbase non è obbligatoria. Le cure di urgenza al di fuori di Medbase devono essere segnalate al Medical Center coordinatore il più presto possibile, ma non oltre 10 giorni dopo l'inizio della cura. Qualsiasi ulteriore cura o controllo successivo deve essere segnalato a Medbase e, ove possibile, deve essere eseguito da Medbase.

Trattasi di urgenza se la persona assicurata stessa ritiene di essere in pericolo di vita o necessita di cure immediate o se tale giudizio viene espresso da terzi.

- 2 Per i seguenti casi non è necessario consultare dapprima Medbase:
 - cure ginecologiche
 - visite in caso di gravidanza, parto incluso
 - cure dentarie
- 3 Le cure oculistiche non devono essere necessariamente eseguite da un fornitore di prestazioni Medbase. Medbase ha tuttavia la possibilità di mantenere un elenco vincolante dei fornitori di prestazioni per la consultazione iniziale.
- 4 Le cure pediatriche, incl. vaccinazioni, non devono essere necessariamente eseguite da un fornitore di prestazioni Medbase. Per i bambini a partire dai 6 anni, Medbase può prevedere un elenco vincolante con fornitori di prestazioni per la prima consulenza.

4 Violazione degli obblighi derivanti dal modello assicurativo

- 1 Se la persona assicurata viola per la seconda volta gli obblighi di questo modello assicurativo secondo la cifra 2, Sanitas la trasferisce all'assicurazione base Basic. Il trasferimento avviene il 1° del mese successivo dopo la comunicazione scritta di Sanitas.
- 2 Passare nuovamente a Medbase MultiAccess sarà possibile al più presto 2 anni dopo il trasferimento, per l'anno civile successivo.

Modifiche d'assicurazione

5 Modifiche d'assicurazione da parte della persona assicurata

- 1 Il passaggio dall'assicurazione base Basic a Medbase MultiAccess è possibile solo per l'inizio del mese.
- 2 Il passaggio da Medbase MultiAccess all'assicurazione base Basic o a un altro modello assicurativo alternativo può avvenire solo al 1° gennaio. Valgono i termini di disdetta secondo la cifra 17 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA).
- 3 La persona assicurata può cambiare il centro medico coordinatore in qualsiasi momento. Basta comunicarlo a Sanitas entro 30 giorni, al più tardi, però, prima della prossima consultazione.
- 4 Se, in caso di cambiamento di domicilio, MultiAccess Medbase non venisse offerto nel nuovo luogo di domicilio, la persona assicurata può passare all'assicurazione base Basic o a un altro modello assicurativo alternativo a partire dal 1° del mese in cui ha traslocato. Se entro 30 giorni non viene notificato il passaggio a un altro modello assicurativo alternativo, ciò comporta automaticamente il passaggio all'assicurazione base Basic.

6 Modifiche d'assicurazione da parte di Sanitas

Sanitas trasferisce le persone assicurate da Medbase MultiAccess all'assicurazione base Basic

- se la persona assicurata non è più in grado di effettuare la prima consultazione presso un fornitore di prestazioni Medbase. Ciò include, tra l'altro, la degenza in una casa di cura, una degenza di più di tre mesi in una clinica di riabilitazione o un soggiorno all'estero di più di tre mesi. Il ritorno a Medbase MultiAccess è possibile al 1° di ogni mese se la persona assicurata è nuovamente in grado di effettuare la prima consultazione presso un fornitore di prestazioni Medbase autorizzato;
- se il centro medico coordinatore selezionato non è più disponibile e la persona assicurata non sceglie un nuovo centro medico coordinatore entro 30 giorni.

Il trasferimento avviene osservando un termine di 30 giorni al 1° giorno del mese successivo.

Sanitas può terminare Medbase MultiAccess per la fine di un anno civile rispettando un termine di disdetta di 2 mesi. La persona assicurata viene quindi trasferita al 1° gennaio dell'anno successivo all'assicurazione base Basic o, se la persona assicurata lo desidera, a un altro modello assicurativo alternativo. Se non viene notificato il passaggio a un altro modello assicurativo alternativo, ciò comporta automaticamente il passaggio all'assicurazione base Basic al 1° gennaio dell'anno successivo.

Varie

7 Registrazione ed elaborazione dei dati

- 1 Con la stipulazione di Medbase MultiAccess, la persona assicurata autorizza Medbase o un terzo da lei autorizzato (p. es. medico specialista) a consultare tutti i dati relativi alle cure e alle fatture concernenti l'assistenza medica nei suoi confronti. Questo serve a garantire un'assistenza medica coordinata.
- 2 Sanitas è autorizzata a trasmettere a Medbase o a un terzo da lei autorizzato (p.es. fornitore di servizi IT) i dati necessari per lo svolgimento di MultiAccess Medbase rispettando le direttive sul segreto professionale e sulla protezione dei dati.

Compact One

Assicurazione base con prima consulenza vincolante al telefono

Edizione gennaio 2022
Versione 2022

Panoramica dell'assicurazione

Compact One è un modello assicurativo alternativo (forma assicurativa particolare con scelta limitata del fornitore di prestazioni) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

Con la stipulazione di Compact One la persona assicurata si dichiara disposta a consultare telefonicamente il centro di telemedicina prima di una cura medica. Il centro, a disposizione degli assicurati 24 ore su 24, 365 giorni all'anno, li consiglia in caso di problemi della salute e stabilisce il successivo iter di cura. Questo è vincolante per la persona assicurata.

Sanitas promuove e sostiene le misure per una riduzione sostenibile dei costi nel settore sanitario. Tra queste rientra anche un approvvigionamento sanitario sensato e adeguato che chiede alla persona assicurata un contributo attivo nonché una certa dose di autoresponsabilità. Inoltre, per determinate misure, Sanitas ha la facoltà di ridurre o revocare la partecipazione ai costi ordinaria della persona assicurata.

Regolamentazione del modello assicurativo

1 Basi dell'assicurazione

Per tutte le questioni non specificamente regolamentate nelle presenti Condizioni complementari fanno stato le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione base Basic.

2 Obblighi derivanti dal modello assicurativo

- 1 La persona assicurata ha l'obbligo, prima di richiedere una cura medica, di mettersi in contatto telefonicamente con il centro di telemedicina. Il centro fornisce una prima consulenza medica e definisce l'iter di cura ottimale, dopo aver considerato la situazione individuale. Questo è vincolante per la persona assicurata. Deve segnatamente

- limitare la richiesta di prestazioni nella misura necessaria secondo le conoscenze mediche;
- attenersi agli iter di cura stabiliti;
- contribuire ragionevolmente e di propria iniziativa al processo di guarigione.

- 2 Se in base alla teleconsultazione si rende necessaria una cura medica, il centro di telemedicina stabilisce la scelta del fornitore di prestazioni e l'iter di cura ai sensi del capoverso 1. Ai sensi dell'art. 99 OAMal Sanitas può limitare la scelta del fornitore di prestazioni.

- 3 L'iter di cura comprende la durata presumibile della cura e il probabile numero di consultazioni necessarie. Se l'iter di cura concordato non fosse sufficiente per la cura, la persona assicurata ha l'obbligo di mettersi nuovamente in contatto con il centro di telemedicina prima della scadenza del termine.

- 4 Se nell'ambito dell'iter di cura definito si dovesse rendere necessaria una degenza ospedaliera stazionaria, la persona assicurata ha l'obbligo di contattare il centro di telemedicina prima del ricovero in ospedale. Fanno eccezione le urgenze ai sensi della cifra 3 cpv. 1.

3 Eccezioni all'obbligo di consulenza

- 1 In caso di urgenze non è obbligatorio mettersi in contatto in precedenza con il centro di telemedicina. Una cura effettuata d'urgenza è da notificare il più presto possibile al centro di telemedicina, tuttavia entro e non oltre 10 giorni dall'inizio della cura oppure prima di un'eventuale cura successiva. Trattasi di urgenza se la persona assicurata si trova in pericolo di vita o necessita di cure immediate. Un problema di salute al di fuori degli orari di apertura degli studi medici non è fondamentalmente considerato un'urgenza.

- 2 Nei seguenti casi non è necessario contattare il centro di telemedicina:

- esami ginecologici preventivi
- visite in caso di gravidanza, parto incluso
- vaccinazioni
- cure dentarie

4 Misure di controllo

- 1 Se la teleconsultazione ai sensi della cifra 2 indica l'appropriatezza di un programma di Disease Management da parte di Sanitas, la persona assicurata ha l'obbligo di parteciparvi. Disease Management sta per programmi di cura strutturati e sistematici per determinate malattie prevalentemente croniche (p.es. ipertensione, insufficienza cardiaca, diabete, asma). L'obiettivo è garantire un'assistenza sensata, personale e appropriata, basata sulle conoscenze mediche attuali. Sono da evitare la diagnostica e la terapia superflue e inefficaci.

- 2 Se la consultazione telemedica ai sensi della cifra 2 indica l'appropriatezza dell'assistenza da parte del Case Management, la persona assicurata ha l'obbligo di farsi guidare dal Case Management di Sanitas attraverso le fasi della cura. Case Management sta per un'assistenza capillare di casi di regola complessi e costosi da un punto di vista medico. Nel Case Management il case manager ha tre funzioni principali: sostiene e fa valere gli interessi del paziente (funzione di patrocinatore), procura le soluzioni di approvvigionamento ottimali (funzione di intermediario), seleziona e guida l'accesso a prestazioni di approvvigionamento (funzione di gate keeper).

- 3 Se la persona assicurata, nell'ambito dell'iter di cura ai sensi della cifra 2, necessita di medicinali, mezzi ausiliari o prestazioni di laboratorio, Sanitas ha la facoltà di vincolare la persona assicurata a fare ricorso ad un fornitore di prestazioni scelto da Sanitas.

- 4 Se nell'ambito della cura ai sensi della cifra 2 è indicata la prescrizione o la consegna di un medicinale, la persona assicurata ha l'obbligo in ogni caso di richiedere un generico. Nel rimborso dei costi di generici Sanitas ha la facoltà di ridurre o dispensare la persona assicurata dal corrispondere l'aliquota percentuale ai sensi della cifra 6 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione base Basic.

5 Violazione dell'obbligo di consulenza

- 1 Se la persona assicurata viola l'obbligo della teleconsultazione da parte del centro di telemedicina ai sensi della cifra 2 cpv. 1, dopo un unico ammonimento Sanitas trasferisce la persona assicurata all'assicurazione base Basic. Il trasferimento avviene il 1° del mese successivo dopo la comunicazione scritta di Sanitas.

- 2 Se la persona assicurata rifiuta una misura di controllo ai sensi della cifra 4, capoversi 1-3, le viene concesso un periodo di riflessione. Qualora continuasse a rifiutarsi, Sanitas la trasferisce all'assicurazione base Basic. Il trasferimento avviene il 1° del mese successivo dopo la comunicazione scritta di Sanitas.

- 3 Dopo il passaggio da Compact One all'assicurazione base Basic, per poter passare nuovamente a Compact One si dovranno aspettare almeno due anni.

Modifiche d'assicurazione

6 Modifiche d'assicurazione da parte della persona assicurata

- 1 Il passaggio dall'assicurazione base ordinaria Basic a Compact One è possibile solo per l'inizio di un mese.
- 2 Il passaggio da Compact One all'assicurazione base Basic o a un altro modello assicurativo alternativo può avvenire solo al 1° gennaio. Valgono i termini di disdetta secondo la cifra 17 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione base Basic.

7 Modifiche d'assicurazione da parte di Sanitas

- 1 Sanitas trasferisce la persona assicurata all'assicurazione base Basic
 - se la condizione di prendere contatto telefonicamente prima di ricorrere a una cura medica non può più essere rispettata dalla persona assicurata;
 - se la persona assicurata soggiorna per più di 3 mesi all'estero;
 - se la persona assicurata viola l'obbligo di consultazione telefonica secondo la cifra 2;
 - se la persona assicurata viola l'obbligo di partecipazione alle misure di controllo secondo la cifra 4.

Il trasferimento avviene osservando un termine di 30 giorni al 1° giorno del mese successivo.
- 2 Sanitas può terminare Compact One per la fine di un anno civile rispettando un termine di disdetta di 2 mesi. La persona assicurata viene quindi trasferita al 1° gennaio dell'anno successivo all'assicurazione base Basic.

Varie

8 Registrazione ed elaborazione dei dati

- 1 Stipulando Compact One la persona assicurata consente al centro di telemedicina di visionare i dati riguardanti la cura e la fatturazione del suo approvvigionamento medico.
- 2 Sanitas è autorizzata a trasmettere al centro di telemedicina i dati necessari per la gestione di Compact One rispettando le prescrizioni sul segreto professionale e sulla protezione dei dati.

