

Condizioni particolari d'assicurazione per la Rete sanitaria OPTIMED ginevrina

RS

RSGMGE-I4 – edizione 01.01.2011

Indice

| | | | |
|---------------|--|----------------|---|
| Art. 1 | Scopo dell'assicurazione | Art. 7 | Scelta del medico di primo ricorso (in particolare) |
| Art. 2 | Sottoscrizione dell'assicurazione | Art. 8 | Uscire dalla Rete sanitaria |
| Art. 3 | Polizza d'assicurazione | Art. 9 | Perdita del diritto alle prestazioni |
| Art. 4 | Prestazioni | Art. 10 | Entrata in vigore |
| Art. 5 | Partecipazione ai costi | | |
| Art. 6 | Scelta del fornitore di cure (in generale) | | |

Art. 1 Scopo dell'assicurazione

1. Allo scopo di offrire ai propri assicurati prestazioni mediche, farmaceutiche e ospedaliere d'alta qualità, ma nonostante tutto economiche, l'assicuratore mette a disposizione dei propri assicurati una rete sanitaria, denominata qui di seguito Rete, alla quale è possibile accedere ai sensi delle presenti condizioni d'assicurazione.
2. Aderendo alla Rete, l'assicurato accetta di rispettare i diritti e i doveri derivanti dalle necessità di funzionamento di questa istituzione, in particolare per quanto riguarda la scelta dei fornitori di cure. In cambio, beneficia dei vantaggi accordati agli assicurati, in particolare la riduzione del premio loro concessa.
3. I principi particolari che regolano il funzionamento della Rete, l'adesione e l'uscita degli assicurati derivano dagli articoli 41 capoversi 2 e 4 e 62 capoversi 1 e 3 della Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (qui di seguito LAMal) e dagli articoli 99 a 101 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie del 27 giugno 1995 (qui di seguito OAMal). Per il resto, ci si riferisce ai principi generali della LAMal e alle sue ordinanze d'applicazione.

Art. 2 Sottoscrizione dell'assicurazione

L'assicurato può, in qualsiasi momento, chiedere di aderire alla Rete sanitaria. L'affiliazione comincia il 1° giorno del mese successivo a quello della domanda d'adesione.

Art. 3 Polizza d'assicurazione

L'adesione alla Rete sanitaria è attestata dalla polizza d'assicurazione. Essa serve a provare l'appartenenza alla Rete sanitaria nei confronti di fornitori di cure e di qualsiasi organismo ufficiale.

Art. 4 Prestazioni

La portata delle prestazioni garantite nell'ambito della Rete sanitaria è analoga a quella del catalogo dell'assicurazione obbligatoria delle cure (articoli 24 a 34 LAMal).

Art. 5 Partecipazione ai costi

A carico dell'assicurato vi sono una franchigia e un'aliquota sui costi delle cure secondo disposizioni identiche a quelle previste per qualsiasi forma d'assicurazione obbligatoria delle cure (articoli 93, 94 cpv. 1 e 2 e 103 a 105 OAMal).

Art. 6 Scelta del fornitore di cure (in generale)

1. Casi d'urgenza o di necessità medica riservati (capoverso 4 qui di seguito), l'assicurato è tenuto a scegliere un fornitore di cure riconosciuto dalla Rete sanitaria. Come aggiornamento, l'assicuratore può in qualsiasi momento compilare una lista dei fornitori di cure non autorizzati ad esercitare.
2. Se ha cominciato un trattamento presso un fornitore di cure che non è più riconosciuto, l'assicurato può continuare il trattamento iniziato presso tale fornitore, al massimo per due mesi dalla perdita del riconoscimento.
3. L'assicurato è autorizzato a seguire un trattamento, fare esami o analisi, acquistare medicinali, procurarsi apparecchi e mezzi ausiliari presso un fornitore di cure non riconosciuto, se ha il consenso esplicito del proprio medico di primo ricorso (articolo 6 qui di seguito) o, in mancanza, quello del medico di fiducia dell'assicuratore. In caso d'urgenza o di necessità medica fondata ai sensi della LAMal, l'assicurato può consultare un fornitore di cure non riconosciuto, a condizione che non abbia potuto raggiungere il suo medico di primo ricorso (MPR). In questo caso, potrà seguire il trattamento presso un medico che non sia il proprio MPR solo con il consenso di questo o, in mancanza, di quello del medico di fiducia dell'assicuratore. La durata del trattamento non può superare i due mesi.

Art. 7 Scelta del medico di primo ricorso MPR (in particolare)

1. Il medico di primo ricorso è un medico che ha firmato una convenzione con la rete OPTIMED allo scopo di assumere l'assistenza medica generale degli assicurati che aderiscono alla Rete sanitaria e di controllare le incidenze mediche e finanziarie.
2. Per un primo trattamento, l'assicurato può rivolgersi ad un MPR scelto liberamente tra quelli che figurano nella lista compilata dall'assicuratore. In seguito, può cambiare MPR solo previa autorizzazione del medico di fiducia dell'assicuratore.
3. Casi speciali d'urgenza o di necessità medica riservati (articolo 6 capoversi 2 a 4), il MPR è in genere il solo abilitato a prodigare cure in primo luogo, a prescrivere altre misure mediche e a indirizzare il proprio paziente verso uno specialista.
4. Nei seguenti casi particolari:
 - a. esame oculistico a scopo di diagnosi o terapeutico;
 - b. controlli ginecologici e in caso di gravidanza;
 - c. primo ricorso ad uno specialista;l'assicurato può rivolgersi ad un medico che non sia il suo MPR. Nel caso previsto alla lettera c, comunica allo specialista che è affiliato alla Rete sanitaria e ne informa telefonicamente il suo MPR, possibilmente prima dell'appuntamento dallo specialista, ma al massimo il giorno successivo a quello della consultazione effettuata.

Art. 8 Uscire dalla Rete sanitaria

1. Con riserva del capoverso 2 qui di seguito, è possibile abbandonare il sistema d'assicurazione della Rete sanitaria solo per la fine di un anno civile e ciò implica il passaggio simultaneo dell'assicurato ad un'altra forma d'assicurazione obbligatoria delle cure. Tale rinuncia non equivale ad una decisione di disdetta presso l'assicuratore.
2. Un trasferimento del domicilio dell'assicurato al di fuori del raggio d'attività della Rete sanitaria comporta, in genere, l'obbligo di passaggio automatico dell'assicurato ad un'altra forma d'assicurazione obbligatoria delle cure, entro un termine di due mesi a decorrere dalla nuova domiciliazione, per analogia al precedente articolo 6 capoverso 2.

Art. 9 Perdita del diritto alle prestazioni

Se l'assicurato non rispetta gli obblighi delle presenti condizioni particolari d'assicurazione, quando intraprende un trattamento presso un fornitore di cure non riconosciuto o non espressamente autorizzato, l'assicurato perde qualsiasi diritto alle prestazioni. Le deroghe previste negli articoli 6 capoversi 2 a 4 e 7 capoverso 4 rimangono riservate.

Art. 10 Entrata in vigore

Il presente regolamento, insieme alle disposizioni d'esecuzione complementari all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal (CGA), entra in vigore il 1° gennaio 2011. L'assicuratore può modificarlo in qualsiasi momento.