

## Condizioni particolari dell'assicurazione «Rete di cure»

RS

RSAV01GE-I4 – edizione 01.01.2012

### Indice

<b>Art. 1</b>	Modello d'assicurazione	<b>Art. 7</b>	Disdetta e fine della copertura
<b>Art. 2</b>	Principi dell'assicurazione	<b>Art. 8</b>	Trasmissione e utilizzo dei dati personali
<b>Art. 3</b>	Affiliazione	<b>Art. 9</b>	Ritiro del modello d'assicurazione
<b>Art. 4</b>	Trattamenti ambulatoriali	<b>Art. 10</b>	Entrata in vigore
<b>Art. 5</b>	Trattamenti di degenza		
<b>Art. 6</b>	Conseguenze della violazione dei principi del modello d'assicurazione		

### Art. 1 Modello d'assicurazione

L'assicurazione Rete di cure è una forma particolare d'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata dei fornitori di cure ai sensi dell'articolo 41 cpv. 4 LAMal e degli articoli 99 a 101 OAMal.

### Art. 2 Principi dell'assicurazione

1. L'assicurato s'impegna a scegliere un medico di primo ricorso (MPR) tra i medici riconosciuti dall'assicuratore nell'ambito dell'assicurazione Rete di cure. Il MPR orienta il paziente nelle diverse fasi del trattamento. Qualsiasi cambiamento di MPR dev'essere prima autorizzato dall'assicuratore. La violazione di tale principio comporta l'applicazione delle restrizioni previste all'articolo 6.
2. Nell'ambito della rete di cure, l'assicuratore garantisce le prestazioni legali di fornitori di cure che fanno parte della rete, eseguite o prescritte dal MPR. Se la prestazione non può essere fornita all'interno della rete, il MPR può orientare il paziente verso fornitori di cure esterni alla rete, previo rilascio di un buono di delega.
3. L'assicuratore mette a disposizione una lista dei fornitori di cure che fanno parte della rete, per ogni categoria di prestazioni.
4. Le urgenze sono garantite innanzitutto dai servizi ed i MPR della rete di cure. Sono riservati i casi per i quali l'intervento immediato di un terzo (medico o pronto soccorso) si rivela indispensabile per motivi medici o di rapidità dell'intervento; in questo caso, è indispensabile che il resto del trattamento d'urgenza sia eseguito dal MPR.
5. L'assicurato può cambiare MPR con giustificazione scritta e previa autorizzazione dell'assicuratore. Quest'ultimo

mette a disposizione una lista dei MPR dell'assicurazione Rete di cure.

6. Le spese per assistere gli assicurati sono rimborsate in funzione delle presenti condizioni particolari, con deduzione della partecipazione ai costi, ai sensi dell'articolo 64 LAMal.

### Art. 3 Affiliazione

1. Può sottoscrivere l'assicurazione Rete di cure qualsiasi persona domiciliata nelle regioni in cui l'assicuratore propone tale modello.
2. È possibile sottoscrivere l'assicurazione in qualsiasi momento per il primo giorno di un mese.

### Art. 4 Trattamenti ambulatoriali

1. I trattamenti ambulatoriali devono essere effettuati dal MPR o da qualsiasi altro fornitore di prestazioni abilitato dalla rete di cure.
2. Il MPR può fare appello ad altri fornitori di cure, previo rilascio, di propria iniziativa, di un buono di delega.
3. Con riserva di un'organizzazione appropriata attuata dalla rete di cure, l'assicurato può scegliere liberamente solo i seguenti specialisti:
  1. oftalmologi
  2. ginecologi
  3. pediatri

### Art. 5 Trattamenti di degenza

Qualsiasi ospedalizzazione o semiospedalizzazione e qualsiasi cura balneare e di riposo deve essere prima convenuta con il MPR, che ne dà l'autorizzazione (buono di delega).

## **Art. 6 Conseguenze della violazione dei principi del modello d'assicurazione**

Se l'assicurato non rispetta i principi definiti negli articoli 2, 4 e 5 delle presenti condizioni particolari, il rimborso delle spese di cura è obbligatoriamente limitato al 50% delle prestazioni fatturate.

## **Art. 7 Disdetta e fine della copertura**

1. L'assicurato può passare ad un'altra forma d'assicurazione o disdire il contratto d'assicurazione per la fine di un anno civile, con preavviso secondo i termini definiti nell'articolo 7 cpv.1 e 2 LAMal. In caso di ritardo nel pagamento dei premi, per cambiare assicuratore sono riservate le disposizioni dell'articolo 105l OAMal.
2. L'affiliazione all'assicurazione Rete di cure cessa se:
  1. l'assicurato trasferisce il proprio domicilio in una regione in cui l'assicuratore non propone l'assicurazione Rete di cure;
  2. il MPR che l'assicurato ha scelto non può più coordinare le cure di cui l'assicurato ha bisogno (in particolare in caso di trattamento presso un medico dello stabilimento medico-sociale nel quale la persona assicurata soggiorna)
  3. il MPR che l'assicurato ha scelto non ha più vincoli contrattuali con l'assicuratore, a meno che l'assicurato non scelga un nuovo MPR membro della rete di cure entro 30 giorni dalla notifica effettuata dall'assicuratore.

In questo caso, l'assicurato è trasferito, in funzione della franchigia, nell'assicurazione obbligatoria delle cure ordinaria o con franchigia opzionale, per il primo giorno del mese, con preavviso di 30 giorni.

Con riserva, per i cpv. 2.2 e 2.3 sopraenunciati, per la scelta dell'assicurato di un nuovo MPR membro della rete con preavviso di 30 giorni dopo la comunicazione dell'assicuratore.

## **Art. 8 Trasmissione e utilizzo dei dati personali**

1. L'assicurato autorizza l'assicuratore, nei limiti definiti per legge, a trasmettere i dati di fatturazione che lo riguardano al proprio MPR o a terzi da quest'ultimo incaricati. Autorizza altresì, nei limiti definiti per legge, l'uso di tali dati da parte del MPR, o da terzi da quest'ultimo incaricati del trattamento di dati informatici o della gestione della rete, o dall'assicuratore.
2. In ogni caso, l'accesso ai dati è strettamente limitato alle sole informazioni pertinenti per il buon funzionamento della rete (in particolare per la verifica del rispetto dei principi dell'assicurazione).

## **Art. 9 Ritiro del modello d'assicurazione**

L'assicuratore può ritirare il modello d'assicurazione Rete di cure. In questo caso, l'assicurato è trasferito, in funzione della franchigia, nell'assicurazione obbligatoria delle cure ordinaria o con franchigia opzionale.

## **Art. 10 Entrata in vigore**

Le presenti condizioni particolari insieme alle disposizioni d'esecuzione complementari all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal (CGA), entrano in vigore il 1° gennaio 2012. L'assicuratore può modificarle in qualsiasi momento.