

HMO PROVITA

CONDIZIONI COMPLEMENTARI (CC) PER ASSICURAZIONI CON SCELTA LIMITATA DEL FORNITORE DI PRESTAZIONI SECONDO LAMAL.

Edizione 2020, valide dal 01.01.2020

Per le presenti CC sono completamente applicabili le condizioni generali d'assicurazione per l'assicurazione di cura medica e l'assicurazione d'indennità giornaliera secondo LAMal (CGA). Nel caso di eventuali contraddizioni le CC precedono le CGA.

In generale

Art. 1 Stipulazione dell'assicurazione modifica della variante assicurativa e premi

1. Le persone che adempiono le disposizioni legali d'ammissione e che hanno il loro domicilio civile o il posto di lavoro in una zona d'attività delle assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni (forme particolari d'assicurazione), possono stipulare queste varianti d'assicurazione. Sono riservate disposizioni di legge speciali e il trasferimento in caso di comportamento in violazione del contratto. In determinate circostanze le forme particolari d'assicurazione non possono essere offerte in tutte le regioni.
2. Se, nella variante assicurativa scelta, non è più possibile il trattamento medico da parte del fornitore di prestazioni scelto (ad esempio trasferimento della persona assicurata in casa di cura, soggiorno all'estero), l'assicuratore è autorizzato, rispettando un termine di 30 giorni, per il primo di un mese civile, a trasferire la persona assicurata nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria (offerta dall'assicuratore).
3. Se la persona assicurata si trasferisce al di fuori del territorio d'attività della variante assicurativa scelta, per l'inizio del mese successivo al cambiamento di domicilio, l'assicuratore lo trasferisce nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria da lui offerta. Il trasferimento fuori dal territorio d'attività della variante assicurativa scelta, deve essere comunicato all'assicuratore entro un mese. Nel caso di trasferimento di domicilio in un territorio d'attività di un'altra variante assicurativa con scelta limitata, le persone assicurate hanno il diritto di aderire all'altro modello assicurativo con scelta limitata del fornitore di prestazioni.
4. Se il fornitore di prestazioni scelto per la variante assicurativa adottata scioglie il contratto con l'assicuratore, le persone assicurate interessate, entro un termine di 30 giorni dalla comunicazione scritta, possono scegliere liberamente un altro fornitore di prestazioni nell'ambito della variante assicurativa scelta oppure di passare all'assicurazione malattia ordinaria dell'assicuratore. Se entro il termine fissato, non viene comunicata la scelta del nuovo fornitore di prestazioni, per l'inizio del mese successivo l'assicurato viene automaticamente trasferito nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria dell'assicuratore.
5. Nel caso di scioglimento del contratto tra l'assicurato e il fornitore di prestazioni, risp. la sua rete, la variante assicurativa termina per la fine dell'anno. In mancanza di una comunicazione relativa al cambiamento per una forma particolare di assicurazione, secondo l'art. 11, cpv. 2 delle CGA, la persona assicurata viene trasferita automaticamente nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria dell'assicuratore per il 1° gennaio dell'anno successivo.
6. Le persone assicurate che scelgono una forma d'assicurazione particolare ricevono una riduzione sui premi.

Art. 2 Eccezioni alla scelta limitata del fornitore di prestazioni

Per i seguenti trattamenti e visite mediche, in tutte le forme particolari d'assicurazione, c'è la libera scelta del fornitore di prestazioni, salvo eventuali disposizioni contrarie nelle corrispondenti condizioni complementari:

- a. visite ginecologiche e trattamenti
- b. visite dal pediatra fino a 18 anni d'età
- c. visite oculistiche presso medici specialisti in oftalmologia
- d. soggiorni all'estero limitati ad un massimo di sei mesi
- e. casi di pronto soccorso

Se dopo una consultazione d'emergenza dovessero essere necessarie altre visite mediche di controllo o trattamenti successivi, questi devono essere eseguiti nell'ambito della scelta limitata del fornitore di prestazioni della corrispondente forma assicurativa.

Art. 3 Conseguenze di un comportamento in violazione del contratto

1. In caso di violazione degli obblighi previsti dalla forma particolare d'assicurazione, l'assicuratore può ridurre le prestazioni al 50 per cento dell'importo del rimborso (dopo deduzione della partecipazione ai costi di legge).
2. In caso di ripetuta violazione del contratto, la persona assicurata viene trasferita dalla forma assicurativa particolare all'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria, con effetto dall'inizio del mese immediatamente successivo alla comunicazione.
3. Un nuovo passaggio ad una forma particolare d'assicurazione sarà possibile solo 12 mesi dopo il trasferimento e ciò per il successivo anno civile.

Art. 4 Misure di cure integrate e care management

La persona assicurata che soffre di una malattia specifica (in particolare malattie croniche o potenzialmente croniche), su richiesta dell'assicuratore è tenuta a seguire misure speciali di cure integrate. Tali misure possono essere, ad esempio, programmi di gestione disease o programmi di care management per malattie croniche, assistenza dell'assicurato da parte del care management o attenersi alla scelta di speciali fornitori di prestazioni. I programmi e i fornitori di prestazioni che li applicano sono indicati dall'assicuratore. Il consenso alla partecipazione ai programmi di cure integrate e del care management è concordato in forma scritta con la persona assicurata.

Art. 5 Oggetto

1. L'assicurazione delle cure medico-sanitarie HMO PROVITA è una forma particolare d'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni.
2. Le persone assicurate con HMO PROVITA si dichiarano disposte ad eseguire tutte le visite mediche e tutti i trattamenti presso il centro della salute HMO o a farsi inviare da questo ad un terzo.
3. L'assicuratore è la PROVITA Gesundheitsversicherung AG.
4. HMO PROVITA si basa sul principio di un'assistenza medica completa da parte dei medici dei centri della salute HMO. Da HMO PROVITA l'assicuratore paga le prestazioni assicurative previste per legge, in particolare per trattamenti e visite mediche ambulatoriali e stazionarie, a condizione che siano effettuate o prescritte da un medico del centro della salute HMO. Il medico del centro della salute HMO, quando è necessario, invia il paziente da un altro specialista o in ospedale.
5. La persona assicurata si rivolge per tutti i trattamenti e le visite mediche sempre dapprima al suo centro della salute HMO (salvo per le eccezioni indicate all'art. 2). Se necessario, per consentire un adeguato trattamento, il paziente viene inviato da altri medici o in ospedale.
6. Se in una situazione d'emergenza risulta necessaria un'ospedalizzazione o l'intervento del medico del servizio di pronto soccorso, la persona assicurata deve informare non appena possibile il suo centro della salute HMO o incaricare qualcuno di informare. Se successivamente sarà necessaria una visita di controllo, questa dovrà essere fatta presso il centro della salute HMO. Con il consenso del centro della salute HMO, il trattamento può essere continuato presso il medico dell'emergenza o in ospedale fintanto che sia necessario.
7. Se la persona assicurata viene inviata dal suo centro della salute HMO da uno specialista e questi raccomanda di proseguire il trattamento oppure un intervento chirurgico, la persona assicurata deve prima informare o far informare il centro della salute HMO e ottenere il relativo consenso.
8. Ricoveri in ospedale, cliniche diurne o case di cura, risp. prescrizioni per assistenza Spitex, ad eccezione dei casi d'emergenza, devono essere definiti dal centro della salute HMO o avvenire con il relativo consenso.
9. Con la stipulazione del modello assicurativo HMO PROVITA, la persona assicurata si dichiara d'accordo di permettere di prendere visione al suo centro della salute HMO dei dati di diagnosi, trattamenti e fatture relativi alla sua assistenza medica, necessari per questo modello assicurativo. Questa forma assicurativa richiede inoltre uno scambio di dati tra il centro della salute HMO, l'assicuratore ed eventuali fornitori di prestazioni terzi. Si tratta di dati relativi alle fatture della persona assicurata. Questi dati sono comunicati in particolare tra specialisti, ospedali e altri fornitori di prestazioni in ambito medico o amministrativo coinvolti e istituzioni allo scopo di gestire il contratto d'assicurazione o nel caso di un cambiamento del centro della salute HMO.