

L'assicurazione malattie obbligatoria in due parole

Voi chiedete, noi rispondiamo



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Indice

Copertura assicurativa: devo assicurarmi?	5
Prestazioni: cosa mi viene rimborsato?	7
Premi / Partecipazione ai costi	13
Possibilità di risparmio	15
Cosa fare in caso di disaccordo?	18
Indirizzi	19
Lettere modello	25
Documentazione	27
Indice / Parole chiave	28

Sigla editoriale

© Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Editore: UFSP

Data di pubblicazione: gennaio 2016

La presente pubblicazione è disponibile anche in tedesco, francese e inglese.

Distribuzione:

UFCL, Vendita delle pubblicazioni federali, CH-3003 Berna

www.pubblicazionifederali.admin.ch

Numero d'ordinazione: 316.950.i

Numero di pubblicazione UFSP: 2016-KUV-01 2'500d 1'200f 250i 200e

Internet: www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/index.html?lang=it

Gentili lettrici, egregi lettori,

Quest'opuscolo risponde alle domande più frequenti. Esso offre una panoramica delle disposizioni legali in vigore dal 1° gennaio 2016, ma in caso di controversia fa stato solo la legge in vigore. Per i casi particolari, vogliate rivolgervi al vostro assicuratore.

Terminologia

Casse malati o assicuratori-malattie: organizzazioni che offrono l'assicurazione malattie obbligatoria. Gli assicuratori-malattie non hanno scopo di lucro e devono essere riconosciuti dal Dipartimento federale dell'interno (DFI). Oltre all'assicurazione di base sono liberi di offrire assicurazioni complementari.

Assicurazione malattie obbligatoria (LAMal): (detta anche assicurazione delle cure medico-sanitarie o assicurazione di base): obbligatoria, garantisce a tutti cure di base di qualità in ogni settore medico. Offre a tutti gli assicurati la stessa gamma di prestazioni. In questo opuscolo troverete informazioni in merito.

Assicurazione complementare: facoltativa, garantisce maggiori agi (es. un reparto privato o semiprivato in ospedale) o copre ulteriori prestazioni (es. naturoterapisti, osteopati, cure dentarie ordinarie, ecc.). I premi possono essere stabiliti in funzione del «rischio» rappresentato da una persona per l'assicuratore. Gli assicuratori possono rifiutarsi di accettare determinate persone o imporre riserve in base allo stato di salute. ■

Devo assicurarmi?

Sì, in Svizzera l'assicurazione malattie è obbligatoria

Dovete quindi assicurarvi se:

- siete domiciliati in Svizzera (indipendentemente dalla vostra nazionalità). La copertura assicurativa è individuale sia per gli adulti sia per i figli (non è un'assicurazione familiare);
- avete un permesso di dimora valido per almeno tre mesi;
- lavorate in Svizzera per un breve periodo (meno di tre mesi) e la vostra copertura assicurativa non è equivalente a quella dell'assicurazione malattie svizzera;
- vi siete appena stabiliti in Svizzera;
- quale cittadino svizzero, dell'UE o dell'AELS esercitate un'attività lucrativa in Svizzera e risiedete in uno degli Stati membri dell'UE, in Islanda o in Norvegia; lo stesso vale per i vostri familiari senza attività lucrativa;
- quale cittadino svizzero, dell'UE o dell'AELS percepite esclusivamente una rendita svizzera o un'indennità di disoccupazione e risiedete in uno degli Stati membri dell'UE, in Islanda o in Norvegia; lo stesso vale per i vostri familiari senza attività lucrativa.
- in qualità di collaboratori di un datore di lavoro svizzero, siete stati inviati temporaneamente all'estero; lo stesso vale per i vostri familiari senza attività lucrativa.

No, se per il vostro caso è prevista una deroga all'obbligo di assicurarsi oppure se avete chiesto e ottenuto l'esenzione

In determinati casi, anche se risiedete in Svizzera non sottostate all'obbligo di assicurazione. Ad esempio, se:

- esercitate un'attività lucrativa in un Paese UE o AELS;
- percepite esclusivamente una rendita da uno di questi Paesi;
- siete membri di una missione diplomatica o consolare oppure impiegati di un'organizzazione internazionale che beneficia di privilegi secondo il diritto internazionale.

Inoltre, alcune persone possono essere esonerate dall'obbligo di assicurazione se dispongono di una copertura assicurativa equivalente, ad esempio se:

- soggiornano temporaneamente in Svizzera per motivi di studio;
- dispongono di un diritto di opzione per l'assicurazione, ad esempio come frontalieri, pensionati o pensionati domiciliati in uno Stato UE/AELS. Tale diritto spetta ad esempio ai domiciliati in Germania, Francia, Italia o Austria.

Le domande di esonero devono essere inoltrate all'ufficio cantonale competente entro tre mesi dall'inizio dell'obbligo di assicurazione (i relativi indirizzi sono riportati alle pagine 22 e 23) o, per i pensionati domiciliati in uno Stato UE/AELS, all'Istituzione comune (http://www.kvg.org/it/rentner_content---1--1041.html).

(Vedi opuscolo «La sicurezza sociale in Svizzera», consultabile all'indirizzo www.bsv.admin.ch/soziale_sicherheit/index.html?lang=it)

Dove devo assicurarmi?

Rivolgetevi a uno dei circa 60 assicuratori-malattie. Chi è domiciliato in uno Stato dell'UE, in Islanda o in Norvegia può assicurarsi soltanto presso certe casse malati. Per ulteriori informazioni concernenti obbligo di assicurarsi o relativa possibilità d'esenzione vogliate contattare le autorità cantonali competenti (vedi p. 22).

Quando devo assicurarmi?

L'assicurazione malattie vi rimborsa retroattivamente fino all'inizio dell'assicurazione eventuali spese già sostenute, a condizione che vi siate affiliati o abbiate affiliato il vostro neonato a un assicuratore malattie entro tre mesi dal trasferimento del vostro domicilio o dalla nascita di vostro figlio.

Visto il rimborso retroattivo di tali spese fino all'inizio dell'assicurazione, anche i relativi premi devono essere tassativamente pagati con effetto retroattivo fino a tale data.

In caso d'inosservanza del termine di tre mesi dal trasferimento del domicilio o dalla nascita di vostro figlio in Svizzera, vi verrà applicato un supplemento di premio e le spese già sostenute non vi verranno rimborsate.

Cosa mi viene rimborsato?

...il medico

Prima di una visita o di un trattamento il medico curante dovrebbe precisare al paziente se l'assicurazione malattie obbligatoria copre la prestazione in questione.

In linea di massima tutte le cure prestate da un medico sono coperte. Inoltre, sono rimborsate anche le cure fornite da altri specialisti del settore sanitario su prescrizione medica (fisioterapisti, cure sanitarie a domicilio (SPITEX) o in casa di cura, dietisti, consulenza ai diabetici, logopedisti, ergoterapisti,) nonché le misure prescritte dal vostro medico (es. le analisi e gli esami radiologici). Le condizioni di rimborso degli onorari per le psicoterapie effettuate da psicoterapeuti sono più severe. Per verificare se una cura è rimborsata dall'assicurazione malattie, vogliate rivolgervi al vostro medico o al vostro assicuratore. Una cura di dubbia efficacia o idoneità o il cui rapporto costi/utilità è contestato non è rimborsata dall'assicurazione malattie obbligatoria o è rimborsata solo a determinate condizioni.

...la medicina complementare

- l'agopuntura
- la medicina antroposofica
- la terapia medicamentosa della medicina tradizionale cinese (MTC)
- la medicina omeopatica classica
- la fitoterapia

Le cure della medicina complementare citate vengono rimborsate solo se fornite da un medico che possiede un titolo di perfezionamento riconosciuto nella relativa disciplina (questi documenti possono essere consultati sulla pagina Internet seguente www.bag.admin.ch/ref). Ad eccezione dell'agopuntura, per tutte le altre cure l'obbligo di prestazione vale per la durata della fase di valutazione che si concluderà il 31 dicembre 2017.

I farmaci utilizzati per le cure vengono rimborsati se figurano nell'elenco delle specialità o nell'elenco dei medicinali con tariffa (vedi p. 8).

...l'ospedale

In caso di cura ospedaliera siete liberi di scegliere tra gli ospedali che figurano nell'elenco del vostro Cantone di domicilio o in quello del Cantone di ubicazione dell'ospedale (ospedale figurante nell'elenco). L'elenco degli ospedali può essere richiesto alla vostra cassa malati o al dipartimento della sanità del vostro Cantone. Qualora decidiate di vostra iniziativa di farvi curare in un ospedale che non figura nell'elenco del vostro Cantone di domicilio, la casa malati si farà carico dei costi per la cura e la degenza nel **reparto comune** al massimo secondo la tariffa applicata per la cura in questione in un ospedale menzionato nell'elenco del vostro Cantone di domicilio. Al contrario, se per motivi medici (urgenza, cura speciale) la cura deve essere effettuata in un ospedale che non figura nell'elenco del vostro Cantone di domicilio, i costi per la cura e la degenza nel reparto comune di tale struttura vi saranno interamente rimborsati.

I costi supplementari cagionati dalla cura e dalla degenza nel reparto privato o semiprivato sono a carico vostro o di un'eventuale assicurazione complementare.

...i farmaci

L'assicurazione di base si fa carico dei costi di tutti i farmaci prescritti da un medico purché figurino nel cosiddetto «**elenco delle specialità**» (vedi p. 27), che al momento comprende circa 2500 medicinali, ma viene costantemente adeguato ai progressi della medicina. L'assicurazione di base rimborsa anche i farmaci prodotti secondo la formula magistrali (di norma in farmacia), a condizione che i suoi componenti figurino nell'elenco dei medicinali con tariffa (vedi p. 27).

Il farmacista può sostituire i preparati originali con generici, purché il medico non abbia prescritto esplicitamente i primi. I farmaci generici sono «copie» qualitativamente equivalenti ai preparati originali; contengono gli stessi principi attivi (vedi p. 27), ma di norma sono meno costosi.

...la prevenzione

L'assicurazione di base rimborsa i costi di diverse misure di prevenzione e in particolare:

- varie vaccinazioni conformemente alle direttive e alle raccomandazioni del calendario vaccinale svizzero (<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00685/03212/index.html?lang=it>), in particolare quelle contro:
 - la difterite, il tetano, la pertosse, la poliomielite, l'*Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), la varicella; il morbillo, gli orecchioni e la rosolia (MOR). l'epatite B e, per particolari gruppi a rischio, contro l'epatite A
 - l'influenza per persone d'età a partire dai 65 anni e per persone esposte a un elevato rischio di complicazioni in caso di infezione;
 - la meningococcemia da zecche, conosciuta sotto il nome di meningococcemia verno-estiva
 - per ragazze in età scolastica e giovani donne fino a 26 anni d'età, la vaccinazione contro il tumore al collo dell'utero, a condizione che sia effettuata nel quadro di un programma cantonale di vaccinazione. Per questa vaccinazione la franchigia non è dovuta
 - non vengono invece rimborsate le vaccinazioni speciali e le prestazioni di profilassi medica raccomandate in caso di viaggi all'estero, come la vaccinazione contro la febbre gialla o la profilassi antimalarica.
- otto controlli dello stato di salute e dello sviluppo dei bambini in età prescolare;
- esami ginecologici preventivi (compreso lo striscio): uno ogni tre anni se i risultati dei primi due controlli annuali sono normali, altrimenti tutti quelli necessari secondo la valutazione clinica;
- **Mammografia** per la diagnosi precoce del cancro del seno:
 - mammografia digitale, RMN mammaria, per le donne con un rischio familiare di cancro del seno medio o molto elevato o con rischio individuale comparabile.
 - Screening mammografico uno ogni due anni se avete più di 50 anni, a condizione che venga effettuato nel quadro di un programma cantonale o regionale che soddisfi determinati criteri di garanzia di qualità. Al momento, programmi di questo tipo sono in corso nei Cantoni di Berna, Friburgo, Ginevra, Giura, Grigioni, Neuchâtel, San Gallo, Ticino, Turgovia, Vallese e Vaud (per maggiori informazioni rivolgetevi al vostro medico curante oppure visitate il sito Internet www.swisscancerscreening.ch).

- Individuazione precoce del **carcinoma del colon** per le persone di età compresa tra i 50 e i 69 anni. Analisi per l'identificazione del sangue occulto nelle feci, ogni due anni (coloscopia in caso di esito positivo) oppure una coloscopia ogni dieci anni.

Importante: Trattasi di misure che servono alla prevenzione e che sono rimborsate dall'assicurazione di base in merito. Tuttavia, non appena ci fossero indizi di una malattia, il medico può eseguire i relativi esami senza doversi attenere alle limitazioni e alle condizioni summenzionate. ■

...in caso di maternità

- **durante la gravidanza** l'assicurazione di base rimborsa i costi di sette esami di routine presso un medico o una levatrice e due controlli agli ultrasuoni (uno tra la dodicesima e la quattordicesima e un altro tra la ventesima e la ventitreesima settimana); in caso di gravidanza a rischio, tutti gli esami e i controlli agli ultrasuoni necessari;
- è rimborsato l'esame prenatale volto in base al test del primo trimestre a valutare il rischio di trisomie 21, 18 e 13 in base alla misurazione della translucenza nucale nell'ecografia (tra la 12esima e la 14esima settimana), alla determinazione libera nel sangue della madre, nonché ad altri fattori materni e fetali (come l'età della madre);
- l'assicurazione rimborsa un testo genetico prenatale non invasivo (NIPT) per l'identificazione di una trisomia 21, 18 o 13 in caso di gravidanza monofetale, a partire dalla 12esima settimana di gravidanza, quando il test del primo trimestre sussiste un rischio pari o superiore a 1:1000 che il feto sia affetto da una trisomia 21, 18 o 13;
- **preparazione al parto:** l'assicurazione di base versa un contributo di 150 franchi per la partecipazione a un corso di preparazione al part, eseguito individualmente o in gruppo da una levatrice;
- **parto:** l'assicurazione di base rimborsa i costi del parto se siete assistite da un medico o da una levatrice in un ospedale, a casa vostra o in una casa per partorienti;
- **dopo il parto** l'assicurazione di base rimborsa:
 - un **esame di controllo post-partum** effettuato dalla parte di un medico o una levatrice tra la sesta e la decima settimana dopo il parto;
 - al massimo tre **consulenze per l'allattamento** dispensate da levatrici o da personale infermieristico appositamente formato.
- l'assistenza durante il puerperio nei 56 giorni successivi al parto, nel quadro di visite a domicilio per curare madre e bambino e sorvegliare il loro stato di salute. 16 visite a domicilio al massimo sono rimborsati dopo un parto prematuro, un parto plurigemellare, per le primipare e dopo un taglio cesareo o in tutte le altre situazioni, al massimo dieci visite a domicilio. Nei primi 10 giorni successivi al parto, la levatrice può effettuare una seconda visita nello stesso giorno per un massimo di cinque volte. Una prescrizione medica è necessaria per le visite supplementari.

...le spese di degenza ospedaliera per il neonato

Le spese di degenza e le cure normali dispensate al neonato per il periodo trascorso all'ospedale con la madre sono prestazioni di maternità a carico dell'assicuratore della madre (senza partecipazione ai costi). Se però il neonato non è in buona salute, le spese sono rimborsate dal suo assicuratore (con partecipazione ai costi).

...la fisioterapia

Le sedute di fisioterapia se prescritte dal medico ed eseguite da un fisioterapista riconosciuto. Può essere prescritto un massimo di nove sedute. Il primo trattamento deve avvenire entro cinque settimane dalla prescrizione medica. Se necessario, il medico può però prolungare la cura.

Ad un **chiropratico**, invece, ci si può rivolgere anche senza prescrizione medica.

...gli occhiali e le lenti a contatto

Partecipazione ai costi di acquisto di occhiali e lenti a contatto con un importo di 180 franchi l'anno per bambini e adolescenti fino a 18 anni compiuti, su prescrizione dell'oculista. In presenza di gravi difetti della vista o di determinate patologie, come ad esempio alterazioni della rifrazione dovute a malattie, correzioni postoperatorie o malattie della cornea, l'assicurazione malattie obbligatoria versa contributi per occhiali e lenti a contatto indipendentemente dall'età dell'assicurato (per informazioni, rivolgetevi alla vostra cassa malati oppure al vostro oculista).

Analogamente alle altre prestazioni dell'assicurazione malattie, anche quelle per gli occhiali e le lenti a contatto sono soggette alla partecipazione ai costi (vedi p. 12).

...i mezzi e gli apparecchi

I costi per i mezzi e gli apparecchi prescritti da un medico, come bendaggi, bendaggi di sostegno, apparecchi per l'inalazione e la terapia respiratoria, mezzi ausiliari per l'incontinenza ecc., menzionati nell'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp, vedi p. 26), vengono rimborsati fino a un determinato importo massimo.

Analogamente alle altre prestazioni dell'assicurazione malattie, anche quelle per i mezzi e gli apparecchi sono soggette alla partecipazione ai costi (vedi p. 12).

...le cure dentarie

Le cure dentarie generali quali otturazione di denti cariati o correzioni della posizione dei denti (come l'apparecchio per i denti) non sono rimborsate. L'assicurazione malattie obbligatoria assume le spese delle cure dentarie soltanto se causate da una grave affezione dell'apparato masticatorio o dovute ad altre affezioni (es. leucemia, sostituzione delle valvole del cuore ecc.), oppure in caso di lesioni dell'apparato masticatorio in seguito a un infortunio per le cui cure nessun'altra assicurazione copre i costi.

...in caso di infortunio

- Se lavorate almeno otto ore la settimana siete già assicurati tramite il vostro datore di lavoro contro gli infortuni professionali e non professionali secondo la legge sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). In caso di infortunio beneficiate delle prestazioni di questa assicurazione.
- Se non avete un'assicurazione contro gli infortuni obbligatoria (secondo la LAINF), dovete assicurarvi presso il vostro assicuratore-malattie; il vostro premio sarà quindi leggermente più elevato. In caso di infortunio, l'assicurazione malattie obbligatoria vi concederà le stesse prestazioni che fornisce in caso di malattia.

...le cure balneari

Per una cura balneare prescritta dal vostro medico ed eseguita in una stazione termale autorizzata vengono rimborsati 10 franchi al giorno per 21 giorni l'anno (vogliate informarvi presso il vostro assicuratore). Le eventuali spese per il medico, la fisioterapia o i farmaci sono rimborsate separatamente.

...le cure a domicilio o in case di cura

Se in seguito a un intervento chirurgico o a causa di una malattia necessitate di cure a domicilio o in una casa di cura, l'assicurazione di base versa un contributo ai costi per le cure prescritte da un medico e dispensate sulla base di un comprovato bisogno terapeutico (p.es. iniezioni, cambio del bendaggio, pulitura e medicazione di piaghe, misurazione del polso e della pressione sanguigna, consulenza per l'assunzione di farmaci e l'utilizzo di apparecchi medicali, pedicure per diabetici).

Di norma, a voi resta da pagare una parte limitata e determinata dei costi di cura, mentre la quota residua non coperta viene remunerata dal vostro Cantone/Comune di domicilio. (Per maggiori informazioni rivolgetevi al vostro Comune di domicilio, alla vostra organizzazione Spitex o alla vostra casa di cura).

Analogamente alle altre prestazioni dell'assicurazione malattie, anche i contributi alle spese di cura sono soggetti alla partecipazione ai costi (vedi p. 12).

L'assicurazione di base non rimborsa per contro né i costi di aiuto domestico (p.es. per cucinare, pulire e fare la spesa) né quelli di degenza (vitto e alloggio) in una casa di cura che, in linea di principio, sono a carico dell'assicurato.

I beneficiari di una rendita che percepiscono un reddito modesto possono fare domanda per ottenere prestazioni complementari all'AVS/AI (vedi promemoria 5.01 e 5.02 pubblicati dal Centro d'informazione AVS/AI e disponibili presso la vostra cassa di compensazione o sul sito internet www.ahv-iv.ch/it/Opuscoli-Moduli/Opuscoli-informativi/Prestazioni-complementari-allAVS-e-allAI).

...le cure necessarie dispensate in uno Stato della UE o dell'AELS

Nei Paesi dell'UE/AELS ha diritto, con la tessera europea d'assicurazione malattia che ha ricevuto dal Suo assicuratore, a tutte le prestazioni materiali che risultano necessarie sotto il profilo medico, tenendo conto del tipo di prestazione e della durata prevista del soggiorno. Ha pure diritto al rimborso delle medesime prestazioni degli assicurati nel Paese in questione (medico, ospedale).

I costi di cura vengono pagati, a seconda del Paese, o dall'organo locale competente, che li fatturerà successivamente all'assicuratore malattie svizzero, o dallo stesso assicurato che potrà in seguito richiederne il rimborso.

Per ulteriori informazioni potete consultare un documento "Protezione assicurativa contro la malattia e l'infortunio in caso di soggiorno temporaneo (vacanze, viaggio d'affari, soggiorno linguistico) in uno Stato della UE o dell'AELS" all'indirizzo internet:

www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00316/03840/index.html?lang=it o ordinarlo presso l'UFSP.

Gli assicurati domiciliati nella UE, in Islanda o in Norvegia possono trovare ulteriori informazioni nell'opuscolo «Lasciare la Svizzera», disponibile anche all'indirizzo internet

www.bsv.admin.ch/soziale_sicherheit/index.html?lang=it rubrica «Service».

...le cure dispensate d'urgenza in uno Stato non appartenente alla UE o all'AELS

Se avete bisogno di cure urgenti in uno Stato non appartenente alla UE o all'AELS, per esempio in caso di malattia durante le vacanze, l'assicurazione malattie obbligatoria paga un importo pari al doppio di quello versato per lo stesso trattamento in Svizzera. Per i trattamenti stazionari, ciò significa che l'assicurazione malattie obbligatoria assume al massimo il 90 per cento dei costi del medesimo ricovero ospedaliero in Svizzera (motivo: per i trattamenti ospedalieri in Svizzera i Cantoni prendono a carico una quota dei costi almeno del 55 %, cosa che non avviene per i ricoveri all'estero). Per alcuni Paesi (es. gli Stati Uniti, l'Australia, paesi asiatici) in cui i costi del sistema sanitario e le spese di trasporto sono più elevati è necessario concludere un'assicurazione complementare «viaggio». Per informazioni, vogliate rivolgervi al vostro assicuratore.

...i trasporti e i salvataggi

- Può succedere che per recarsi sul luogo in cui viene dispensata la cura sia necessario un mezzo di trasporto speciale (ambulanza, taxi). Per questi trasporti l'assicurazione malattie obbligatoria paga il 50% ma al massimo 500 franchi l'anno. Questo contributo è versato anche se il trasporto è effettuato all'estero.
- L'assicurazione malattie obbligatoria paga il 50% dei costi di salvataggio in Svizzera di persone la cui vita è in pericolo (es. in caso di infortunio in montagna o di infarto) ma al massimo 5000 franchi l'anno.

...se sono domiciliato in un Paese UE/AELS

Se siete assicurati in Svizzera e domiciliati in uno Stato UE/AELS avete diritto alla libera scelta del trattamento, cioè potete farvi curare a scelta nel vostro Paese di domicilio o in Svizzera.

Importante! Per tutti gli esempi summenzionati vale quanto segue: le cure sono assunte dall'assicurazione malattie obbligatoria, non è quindi necessario avere un'assicurazione complementare. La descrizione delle prestazioni e dei fornitori di prestazioni non è esaustiva. Se avete dubbi riguardo all'assunzione di una cura non menzionata, vogliate rivolgervi al Vostro assicuratore. ■

Cosa è a mio carico?

Il premio

Il premio è individuale e non dipende dal reddito. Il premio deve essere pagato in anticipo e di regola mensilmente e è dovuto per tutto un mese. I bambini e gli adolescenti (fino al compimento del 18° anno d'età) nonché i giovani (da 19 anni fino a 25 anni compiuti) beneficiano di premi meno elevati. I premi possono variare da assicuratore ad assicuratore, da Cantone a Cantone e da Paese a Paese, nel caso in cui siate domiciliati in uno Stato della UE, in Islanda o in Norvegia. All'interno di un Cantone o di uno Stato della UE o dell'AELS possono esserci al massimo tre regioni di premi. La suddivisione uniforme in regioni di premi stabilita dall'UFSP si applica a tutti gli assicuratori. Se siete di condizione economica modesta, Confederazione e Cantone assumono completamente o in parte i vostri premi dell'assicurazione malattie obbligatoria. Ogni Cantone ha il suo sistema. Informatevi presso l'ufficio competente del vostro Cantone di domicilio (vedi indirizzi a p. 19).

Partecipazione ai costi

Una parte dei costi delle cure è a carico dell'assicurato.

La partecipazione ai costi è composta da:

- la **franchigia** ordinaria pari a 300 franchi annui (esclusi i bambini e i giovani fino ai 18 anni, che non pagano alcuna franchigia ordinaria);
- l'**aliquota percentuale** pari al 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia ma al massimo 700 franchi l'anno per gli adulti e 350 per i bambini e i giovani fino ai 18 anni. Eccezione: per i farmaci che possono essere sostituiti con altri più convenienti in base a determinati criteri l'aliquota percentuale ammonta al 20 per cento dei costi eccedenti la franchigia. Tale aliquota può essere aumentata sia per i preparati originali che per i farmaci generici. Al riguardo, il vostro medico o farmacista potrà fornirvi informazioni più dettagliate.

La partecipazione ai costi ordinaria ammonta quindi al massimo a 1000 franchi l'anno per gli adulti e a 350 per i bambini e i giovani.

Attenzione! Questo importo varia se avete optato spontaneamente per una franchigia più alta.

Esempio:

I vostri costi di cura annui (medico, ospedale, farmaci ecc.) ammontano a 2000 franchi. Voi pagate 300 franchi di franchigia più il 10 per cento di aliquota percentuale dell'importo eccedente la franchigia, ossia in totale 470 franchi (300 Fr. + 10% di 1700 Fr. = 470 Fr.). L'importo residuo di 1530 franchi viene pagato dall'assicurazione malattie.

Maternità

In caso di maternità (Prestazioni, pag. 9) non vi è alcuna partecipazione a costi specifici. Inoltre, a partire dalla tredicesima settimana di gravidanza e fino a otto settimane dopo il parto, le donne non devono più partecipare ai costi delle prestazioni specifiche e a quelli delle prestazioni di cura in caso di malattia. Non devono perciò più partecipare ai costi delle prestazioni mediche generiche contratte indipendentemente dalla gravidanza.

Mammografia

Inoltre, non è prevista nessuna franchigia in caso di mammografia per la diagnosi precoce del cancro al seno eseguita nel quadro di un programma cantonale o regionale (vedi p. 8). Per informazioni vogliate rivolgervi al vostro assicuratore o al vostro medico curante.

Individuazione precoce del carcinoma del colon

Se l'esame si svolge nel quadro dei programmi nei Cantoni di Vaud e Uri, per la prestazione non è riscossa nessuna franchigia.

In caso di degenza ospedaliera

Il contributo giornaliero ai costi di degenza ospedaliera ammonta a 15 franchi. Non sono tenuti a versare tale contributo i bambini che non hanno ancora compiuto i 18 anni, i giovani adulti che non hanno ancora compiuto i 25 anni e sono in formazione, nonché le donne per prestazioni di maternità. Non ce una quota massimale per il contributo giornaliero.

Attenzione: alle prestazioni fornite in un Paese della UE, in Islanda o in Norvegia si applica la partecipazione ai costi conforme alla normativa in vigore nel Paese in questione. ■

In che modo posso risparmiare sui premi?

Confrontate le offerte

Le prestazioni dell'assicurazione malattie obbligatoria sono le stesse per tutti gli assicuratori. Un cambiamento d'assicuratore non ha quindi alcun effetto negativo sulla vostra copertura assicurativa obbligatoria. vi possono eventualmente essere differenze nel «servizio» offerto dagli assicuratori (non tutti per esempio rimborsano le prestazioni con sollecitudine oppure offrono la stessa qualità di consulenza). Inoltre, presso alcuni assicuratori, dovete pagare i costi degli medicinali prima da solo. Ma, nei limiti del loro raggio d'attività territoriale, gli assicuratori sono tenuti ad accettare qualsiasi persona soggetta all'obbligo d'assicurazione.

Panoramica dei premi

Ogni anno, in ottobre, l'UFSP mette a disposizione di tutte le persone interessate una panoramica dei premi dell'assicurazione di base per ogni singolo Cantone risp. per gli Stati della UE, l'Islanda e la Norvegia. Questo documento è disponibile presso l'UFSP o sul sito internet (vedi p. 24).

Termini di disdetta

- Se avete stipulato un'assicurazione di base con una franchigia ordinaria (ossia di 300 franchi), potete **sempre** disdire la vostra assicurazione due volte l'anno: per il 30 giugno la vostra disdetta deve essere comunicata entro il 31 marzo e per il 31 dicembre entro il 30 settembre (vedi lettera modello 1, p. 25).
- Se avete stipulato un'assicurazione malattie con una franchigia più elevata o con una scelta limitata dei fornitori di prestazioni (modello HMO/medico di famiglia), potete disdirlo solo per la fine dell'anno civile, di regola con un preavviso di tre mesi, ossia entro il 30 settembre (vedi lettera modello 1, p. 25).
- **Dopo l'annuncio dei nuovi premi** avete la possibilità di cambiare assicuratore. Il **termine di disdetta è di un solo mese** per la fine del mese che precede l'entrata in vigore del nuovo premio, indipendentemente dal fatto che i nuovi premi approvati dall'UFSP siano aumentati o se avevate stipulato forme particolari d'assicurazione (modello HMO, modello basato sul medico di famiglia, modello con consulenza medica per telefono o con franchigia opzionale). L'assicuratore-malattie è inoltre tenuto ad annunciarvi il nuovo premio con almeno due mesi di anticipo, rendendovi attenti al vostro diritto di disdetta (vedi lettera modello 1, p. 25).
- Il cambiamento di franchigia e il passaggio ad un'altra forma assicurativa (modello HMO, con medico di famiglia o consulenza medica per telefono) possono avvenire solo per l'inizio dell'anno civile (vedi lettera modello 2, p. 25).

Esempio:

Se desiderate concludere l'assicurazione di base presso un nuovo assicuratore per il 1° gennaio, dovrete inoltrare la disdetta entro il 30 novembre, indipendentemente da un aumento dei premi e dal vostro tipo di assicurazione (modello HMO, modello basato sul medico di famiglia, modello con consulenza medica per telefono o con franchigia opzionale). Determinante è unicamente il fatto che l'assicuratore vi abbia comunicato il nuovo premio approvato dall'UFSP entro il 31 ottobre.

Attenzione! la disdetta va inoltrata a tempo debito (vedi lettera modello 1, p. 25)! Il vostro assicuratore-malattie deve riceverla imperativamente prima della scadenza del termine. Per la disdetta non fa fede il timbro postale, bensì la data in cui l'assicuratore riceve la comunicazione scritta della disdetta. Viene pertanto consigliato di mandare tale comunicazione per lettera raccomandata, rispettivamente a metà marzo o a metà novembre. Sbrigate immediatamente tutte le pratiche presso il nuovo assicuratore in modo tale che quest'ultimo possa comunicare al Vostro assicuratore attuale che non vi è interruzione di assicurazione. Senza questa informazione il cambiamento non può avvenire. ■

Controllate le assicurazioni complementari

L'assicurazione malattie obbligatoria garantisce a tutti una vasta gamma di prestazioni mediche di qualità. Confrontate perciò le prestazioni offerte dalle vostre assicurazioni complementari con quelle coperte dall'assicurazione malattie obbligatoria.

Importante! Per quanto riguarda l'assicurazione complementare non cambiate assicuratore prima di esservi informati esattamente sulle condizioni d'ammissione del nuovo assicuratore: quest'ultimo può infatti rifiutare delle persone, determinare il premio in base all'età e al sesso o fissare riserve in base allo stato di salute delle stesse. Confrontate la gamma di prestazioni offerta: non è infatti necessariamente la stessa per tutti gli assicuratori.

Termine di disdetta: riferirsi assolutamente alle condizioni d'assicurazione di suo assicuratore. Normalmente il termine di disdetta dell'assicurazione complementare differisce del quale dell'assicurazione malattie obbligatoria.

Scegliete una forma particolare d'assicurazione

Se scegliete una delle seguenti forme particolari d'assicurazione pagate un premio più basso (vedi panoramica dei premi, p. 27):

Scelta limitata del medico e dell'ospedale

Potete risparmiare premi se vi fate curare in un centro «HMO - Health Maintenance Organization» oppure consultate dapprima il vostro medico di famiglia che stabilirà se dovrete essere curati da uno specialista o, se necessario, ricoverati in ospedale. Ciò significa però che rinunciate alla libera scelta del medico (eccetto in casi urgenti). Consultate attivamente le condizioni di assicurazione. (Vedi panoramica dei premi/lista degli assicuratori-malattie che offrono questa prestazione, p. 27).

Le riduzioni si riferiscono al premio dell'assicurazione ordinaria con copertura infortuni. In caso di combinazione con una franchigia opzionale, è possibile che queste riduzioni non vengano concesse interamente per via delle prescrizioni relative ai premi minimi (v. p. 17).

Franchigia opzionale

L'assicuratore vi concede una riduzione del premio se scegliete una franchigia superiore ai 300 franchi della franchigia ordinaria per l'inizio dell'anno civile. Questo è possibile solo per l'inizio dell'anno civile e per un periodo di almeno un anno. La riduzione ottenuta dipende dall'ammontare della franchigia e vi è un limite previsto dalla legge.

Gli importi delle franchigie opzionali saranno di 500, 1000, 1500, 2000 e 2500 franchi per gli adulti e di 100, 200, 300, 400, 500 e 600 franchi per i

minorenni. Le casse malati non sono tenute ad offrire tutte le franchigie opzionali e possono prevedere franchigie differenti per gli adulti ed i giovani (dai 19 anni fino ai 25 anni compiuti).

Riduzioni dei premi per le franchigie opzionali:

- La cassa malati deve riscuotere un premio minimo corrispondente almeno al 50 per cento del premio ordinario (con la copertura infortuni) previsto per il gruppo d'età e la regione della persona in questione. Il premio non può essere inferiore a questo importo, anche nel caso di un'assicurazione senza copertura infortuni o di un modello assicurativo che limita la scelta del fornitore di prestazioni.
- Può essere inoltre concessa una riduzione massima pari all'70 per cento del rischio supplementare assunto dall'assicurato. L'importo corrispondente (in franchi) è riportato nella tabella seguente. Prima riga: franchigia; seconda riga: riduzione massima annua. La riduzione massima viene tuttavia concessa solo se il premio ridotto non è inferiore al premio minimo.

Adulti					Minorenni					
500	1000	1500	2000	2500	100	200	300	400	500	600
140	490	840	1190	1540	70	140	210	280	350	420

Assicurazione con bonus

Il premio viene diminuito gradualmente per ogni anno in cui non chiedete il rimborso di prestazioni. Il premio iniziale supera del 10 per cento il premio ordinario. Entro 5 anni il premio iniziale può però diminuire del 50 %.

Altri modelli d'assicurazione

Diversi assicuratori offrono altri modelli d'assicurazione (per esempio modello con consulenza medica per telefono o modelli combinati). Se desidera maggiori informazioni, La preghiamo di rivolgersi ad un assicuratore che offre tali modelli.

Attenzione! Le forme particolari d'assicurazione non sono disponibili per gli assicurati domiciliati in uno Stato della UE, in Islanda o in Norvegia. ■

Sospendete la copertura degli infortuni

Se lavorate almeno 8 ore la settimana e siete assicurati tramite il vostro datore di lavoro contro gli infortuni professionali e non professionali secondo la legge sull'assicurazione contro gli infortuni, potete chiedere l'interruzione della vostra copertura contro gli infortuni (vedi lettera modello 3, p. 25).

Chiedete il rimborso dei premi in caso di servizio militare di lunga durata

Se prestate servizio militare per più di 60 giorni consecutivi nell'esercito, nel servizio civile o nella protezione civile, l'assicurazione malattie potrà essere sospesa poiché per quel periodo il rischio di malattia sarà coperto dall'assicurazione militare. Le autorità militari o civili competenti vi informano della procedura.

Che cosa posso fare se non sono d'accordo con l'assicuratore?

Chiedete spiegazioni

Gli assicuratori hanno l'obbligo legale di fornire informazioni se avete domande o dubbi. Dopo di che, se non siete d'accordo...

... rivolgetevi all'organo di mediazione o ad un'organizzazione di consulenza

L'organo di mediazione dell'assicurazione sociale malattie (Ombudsman) oppure un'organizzazione di consulenza (vedi indirizzi a p. 24). E se non siete ancora soddisfatti...

... richiedete una decisione scritta

Potete richiedere al vostro assicuratore una decisione scritta comprendente, oltre alla motivazione della decisione, anche informazioni relative ai mezzi d'impugnazione (vedi lettera modello 4, p. 25 seg.). Se, tuttavia, non siete ancora soddisfatti...

... fate opposizione

Contro la decisione potete fare opposizione formale (scritta od orale: lettera modello 5, p. 25 seg.) presso il vostro assicuratore entro 30 giorni. In seguito quest'ultimo deve inviarvi una decisione su opposizione contenente una motivazione e informazioni riguardo ai mezzi giuridici a vostra disposizione. E se non siete ancora soddisfatti...

... inoltrate ricorso

Contro la decisione su opposizione del vostro assicuratore potete inoltrare ricorso per iscritto presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni entro 30 giorni. Potete anche inoltrare ricorso se l'assicuratore omette di comunicarvi per iscritto la decisione scritta o la decisione su opposizione desiderata.

Importante! La procedura è gratuita. Potete inoltrare ricorso presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni solo se precedentemente avete fatto opposizione formale (scritta od orale) presso l'assicurazione. ■

Infine ...

Se non siete d'accordo con la sentenza emanata dal Tribunale cantonale delle assicurazioni potete interporre per iscritto un ulteriore ricorso presso la Corte di diritto sociale del Tribunale federale a Lucerna entro 30 giorni. La sentenza del Tribunale federale è definitiva e non può essere impugnata.

Uffici competenti per la riduzione dei premi

1. Uffici cantonali

cantone	indirizzo	telefono/fax/e-mail/internet
AG Aargau	Gemeindezweigstelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Aargau in der Wohngemeinde	☎ 062 836 81 81 ☎ 062 836 81 99 @ info@sva-ag.ch 🌐 www.sva-ag.ch
AI Appenzell- Innerrhoden	Gesundheitsamt des Kantons AI Hoferbad 2 9050 Appenzell	☎ 071 788 94 52 ☎ 071 788 94 58 @ info@gsd.ai.ch 🌐 www.ai.ch
AR Appenzell- Ausserrhoden	Ausgleichskasse der Kantons AR Neue Steig 15 Postfach 9102 Herisau	☎ 071 354 51 51 ☎ 071 354 51 52 @ info@ahv-iv-ar.ch 🌐 www.ahv-iv-ar.ch
BE Bern	Amt für Sozialversicherungen Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	☎ 0844 80 08 84 ☎ 031 633 77 01 @ asv.pvo@jgk.be.ch 🌐 www.jgk.be.ch
BL Basel- Landschaft	Sozialversicherungsanstalt Basel- Landschaft Hauptstrasse 109 4102 Binningen	☎ 061 425 24 00 @ pvbl@sva-bl.ch 🌐 www.sva-bl.ch
BS Basel-Stadt	Amt für Sozialbeiträge Grenzacherstrasse 62 4005 Basel	☎ 061 267 87 11 @ asb-pv@bs.ch 🌐 www.asb.bs.ch
FR Fribourg	Caisse de compensation du canton de Fribourg Impasse de la Colline 1 Case postale 176 1762 Givisiez	☎ 026 305 52 52 ☎ 026 305 52 62 @ ecasfrppi@fr.ch 🌐 www.caisseavsfr.ch
GE Genève	Service de l'assurance-maladie Route de Frontenex 62 1207 Genève	☎ 022 546 19 00 ☎ 022 546 19 19 @ sam@etat.ge.ch 🌐 www.geneve.ch/sam
GL Glarus	Kantonale Steuerverwaltung Abteilung IPV Hauptstrasse 11/17 8750 Glarus	☎ 055 646 61 50 ☎ 055 646 61 98 @ steuerverwaltung@gl.ch 🌐 www.gl.ch
GR Graubünden	Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden Ottostrasse 24 7000 Chur	☎ 081 257 41 11 ☎ 081 257 42 22 @ info@sva.gr.ch 🌐 www.sva.gr.ch
JU Jura	Caisse de compensation du canton du Jura Rue Bel-Air 3 Case postale 368 2350 Saignelégier	☎ 032 952 11 11 ☎ 032 952 11 01 @ mail@ccju.ch 🌐 www.caisseavsjura.ch
LU Luzern	Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	☎ 041 375 05 05 @ info@ahvluzern.ch 🌐 www.ahvluzern.ch
NE Neuchâtel	Service de l'action sociale Espace de l'Europe 2 Case postale 752 2002 Neuchâtel	☎ 032 889 66 00 ☎ 032 889 60 89 @ Service.ActionSociale@ne.ch 🌐 www.ne.ch

NW Nidwalden	Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 88 Postfach 6371 Stans	☎ 041 618 51 00 ☎ 041 618 51 01 @ info@aknw.ch 🌐 http://www.aknw.ch
OW Obwalden	Gesundheitsamt St. Antonistrasse 4 Postfach 1243 6061 Sarnen	☎ 041 666 63 05 ☎ 041 666 61 15 @ praemienverbilligung@ow.ch 🌐 www.ow.ch
SG St. Gallen	AHV-Zweigstelle der Gemeinde oder SVA St. Gallen Brauerstrasse 54 9016 St. Gallen	☎ 071 282 66 33 ☎ 071 282 69 10 @ info@svasg.ch 🌐 www.svasg.ch
SH Schaffhausen	Sozialversicherungsamt Schaffhausen Oberstadt 9 8200 Schaffhausen	☎ 052 632 61 11 ☎ 052 632 61 99 @ info@svash.ch 🌐 www.svash.ch
SO Solothurn	Ausgleichskasse des Kantons Solothurn Allmendweg 6 4528 Zuchwil Postadresse: Postfach 116 4501 Solothurn	☎ 032 686 22 00 @ info@akso.ch 🌐 www.akso.ch
SZ Schwyz	Ausgleichskasse Schwyz Abteilung Leistungen (KVG) Postfach 53 6431 Schwyz	☎ 041 819 04 25 ☎ 041 819 05 25 @ ipv@aksz.ch 🌐 www.aksz.ch
TG Thurgau	Ufficio di controllo della comune del luogo di domicilio	@ gesundheit@tg.ch 🌐 www.gesundheit.tg.ch
TI Ticino	Ufficio delle prestazioni Servizio sussidi assicurazione malattia Viale Stazione 28a 6500 Bellinzona	☎ 091 821 93 11 ☎ 091 821 92 99 @ sussidi@ias.ti.ch 🌐 www3.ti.ch
UR Uri	Amt für Gesundheit Klausenstrasse 4 6460 Altdorf	☎ 041 875 22 42 ☎ 041 875 21 54 @ praemienverbilligung@ur.ch 🌐 www.ur.ch/praemienverbilligung
VD Vaud	Office vaudois de l'assurance-maladie Ch. De Mornex 40 1014 Lausanne	☎ 021 557 47 47 ☎ 021 557 47 50 @ info.ovam@vd.ch 🌐 www.vd.ch
VS Valais	Caisse de compensation du canton du Valais / Service des Allocations Av. Pratifori 22 1950 Sion	☎ 027 324 91 11 ☎ 027 324 91 12 @ info@avs.vs.ch 🌐 www.avs.vs.ch
ZG Zug	Ausgleichskasse des Kantons Zug Baarerstrasse 11 Postfach 4032 6304 Zug	☎ 041 560 47 00 ☎ 041 560 47 42 @ info@akzug.ch 🌐 www.akzug.ch
ZH Zürich	Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich Röntgenstrasse 17 Postfach 8087 Zürich Per la città di Zurigo Städtische Gesundheitsdienste Walchestrasse 31 Postfach 8021 Zürich	☎ 044 448 50 00 ☎ 044 448 55 55 @ info@svazurich.ch 🌐 www.svazurich.ch ☎ 044 412 11 11 ☎ 044 412 23 93 @ sgd@zuerich.ch 🌐 www.stadt-zuerich.ch

2. Istituzione comune

L'istituzione comune ha la competenza di accordare riduzioni dei premi agli assicurati che risiedono in uno Stato membro dell'Unione europea, in Islanda o in Norvegia e che beneficino di una rendita svizzera; la riduzione è accordata anche ai loro familiari assicurati in Svizzera (art. 66a LAMal).

Istituzione	Indirizzo	Telefono/fax/e-mail/internet
Istituzione comune LAMal	Gibelinstrasse 25 Casella postale 4503 Soletta	☎ 032 625 30 30 ☎ 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🌐 www.kvg.org

Uffici cantonali che si occupano delle richieste d'esenzione

cantone	indirizzo	telefono / fax / e-mail / internet
AG Aargau	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	☎ 032 625 30 30 ☎ 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🌐 www.kvg.org
AI Appenzell- Innerrhoden	Gesundheitsamt des Kantons AI Hoferbad 2 9050 Appenzell	☎ 071 788 94 52 ☎ 071 788 94 58 @ info@gsd.ai.ch 🌐 www.ai.ch
AR Appenzell- Ausserrhoden	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	☎ 032 625 30 30 ☎ 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🌐 www.kvg.org
BE Bern	Amt für Sozialversicherungen Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	☎ 031 633 76 55 ☎ 031 633 76 71 @ info.asv@jgk.be.ch 🌐 www.jgk.be.ch
BL Basel-Landschaft	Volkswirtschafts- und Gesundheits- direktion Bahnhofstrasse 5 4410 Liestal	☎ 061 552 59 09 ☎ 061 552 69 92 @ krankenversicherung@bl.ch 🌐 www.baselland.ch
BS Basel-Stadt	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	☎ 032 625 30 30 ☎ 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🌐 www.kvg.org
FR Fribourg	Comune del luogo di domicilio, di residenza o di lavoro (frontalieri)	
GE Genève	Service de l'assurance-maladie Route de Frontenex 62 1207 Genève	☎ 022 546 19 00 ☎ 022 546 19 19 @ sam@etat.ge.ch 🌐 www.ge.ch/sam
GL Glarus	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	☎ 032 625 30 30 ☎ 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🌐 www.kvg.org
GR Graubünden	Comune del luogo di domicilio, di residenza o di lavoro (frontalieri)	
JU Jura	Caisse de compensation du Canton du Jura Rue Bel-Air 3 Case postale 368 2350 Saignelégier	☎ 032 952 11 11 ☎ 032 952 11 01 @ mail@ccju.ch 🌐 www.caisseavsjura.ch
LU Luzern	Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	☎ 041 375 05 05 @ info@ahvluzern.ch 🌐 www.ahvluzern.ch
NE Neuchâtel	Office cantonal de l'assurance maladie Espace de l'Europe 2 Case postale 716 2002 Neuchâtel	☎ 032 889 66 30 ☎ 032 889 60 92 @ Office.AssuranceMaladie@ne.ch 🌐 www.ne.ch
NW Nidwalden	Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 88 Postfach 6371 Stans	☎ 041 618 51 00 ☎ 041 618 51 01 @ info@aknw.ch 🌐 www.aknw.ch

OW Obwalden	Gesundheitsamt St. Antonistrasse 4 Postfach 1243 6061 Sarnen	☎ 041 666 64 58 ☎ 041 666 61 15 @ gesundheitsamt@ow.ch 🌐 www.ow.ch
SG St. Gallen	Comune del luogo di domicilio, di residenza o di lavoro (frontalieri)	
SH Schaffhausen	Sozialversicherungsamt Schaffhausen Oberstadt 9 8200 Schaffhausen	☎ 052 632 61 11 ☎ 052 632 61 99 @ info@svash.ch 🌐 www.svash.ch
SO Solothurn	Amt für soziale Sicherheit Ambassadorshof 4509 Solothurn	☎ 032 627 23 11 ☎ 032 627 76 81 @ aso@ddi.so.ch 🌐 www.so.ch
SZ Schwyz	Ausgleichskasse Schwyz Abteilung Leistungen (KVG) Postfach 53 6431 Schwyz	☎ 041 819 04 25 ☎ 041 819 05 25 @ info@aksz.ch 🌐 www.aksz.ch
TG Thurgau	Comune del luogo di domicilio, di residenza o di lavoro (frontalieri) Amt für Gesundheit Zürcherstrasse 194a 8510 Frauenfeld	 ☎ 058 345 68 40 ☎ 058 345 68 41 @ gesundheit@tg.ch 🌐 www.gesundheit.tg.ch
TI Ticino	Ufficio dei contributi Settore obbligo assicurativo Via Ghiringhelli 15a 6500 Bellinzona	☎ 091 821 91 11 ☎ 091 821 92 99 @ obbligo@ias.ti.ch 🌐 www3.ti.ch
UR Uri	Amt für Gesundheit Klausenstrasse 4 6460 Altdorf	☎ 041 875 21 51 ☎ 041 875 21 54 @ ds.gsud@ur.ch 🌐 www.ur.ch
VD Vaud	Office vaudois de l'assurance-maladie Ch. de Mornex 40 1014 Lausanne	☎ 021 557 47 47 ☎ 021 557 47 50 @ info.ovam@vd.ch 🌐 www.vd.ch
VS Valais	Comune del luogo di domicilio, di residenza o di lavoro (frontalieri)	
ZG Zug	Comune del luogo di domicilio, di residenza o di lavoro (frontalieri)	
ZH Zürich	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich Prämienvorbereitung / Versicherungsobligatorium Stampfenbachstrasse 30 8090 Zürich	☎ 043 259 24 38 ☎ 043 259 52 10 @ kvg@gd.zh.ch 🌐 www.gd.zh.ch

Elenco degli assicuratori-malattie

Troverete l'elenco degli assicuratori-malattie autorizzati ad esercitare l'assicurazione sociale malattie nel documento «Panoramica dei premi» pubblicato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (vedi p. 27) e all'indirizzo Internet:

www.priminfo.ch (rubrica: "fatti e cifre")

Elenco dei centri HMO / reti sanitarie

Troverete l'elenco degli assicuratori-malattie che offrono centri HMO e reti sanitarie nel documento «Panoramica dei premi» pubblicato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (vedi p. 27).

Altri indirizzi

- **Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie**, Morgartenstrasse 9, casella postale 3565, 6002 Lucerna, tel. (dal lunedì al venerdì: 9-11.30) 041 226 10 12, fax 041 226 10 13 (consulenza e mediazione in caso di controversie; nessuna consulenza assicurativa generale), www.om-kv.ch
- **Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)**, Häringstrasse 20, 8001 Zurigo, hotline per i non-membri tel. (dal lunedì al venerdì: 9-12, 13-16.30) 0900 56 70 47 (d), e (lunedì e giovedì: 9 - 12 e 13 - 16.30) 0900 56 70 48 (f) (2.90 franchi/min.), fax 044 252 54 43, www.spo.ch
- **Associazione consumatrici della Svizzera italiana (ACSI)**, Via Polar 46, casella postale 165, 6932 Lugano-Breganzona, tel. 091 922 97 55 lu – ve 9.30 – 10.30, fax 091 922 04 71, www.acsi.ch
- **Konsumentenforum** kf, Belpstrasse 11, 3007 Bern, Beratungshotline: 031 380 50 34 Mo-Fr, 8.30 - 11.30, fax 031 380 50 31, www.konsum.ch
- **Dachverband Schweizerischer Patientenstellen**, Hofwiesenstrasse 3, 8042 Zurigo, tel. 044 361 92 56, www.patientenstelle.ch

Lettere modello

<p>Clara Esempio Via Ospedale 5 6500 Bellinzona Numero d'assicurazione 12.3456789.0</p> <p>Raccomandata</p> <p>Cassa malati Sanissima Casella postale 6500 Bellinzona</p> <p>Bellinzona, 5 ottobre (anno)</p> <p>Richiesta di sospensione della copertura dell'infortunio (art. 8 LAMal)</p> <p>Gentili signore, egregi signori,</p> <p>Vi prego di voler sospendere la copertura dell'infortunio della mia assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Troverete in allegato una conferma del mio datore di lavoro secondo la quale sono assicurato contro gli infortuni professionali e non professionali ai sensi della LAINF.</p> <p>Distinti saluti</p> <p>Clara Esempio</p> <p>Allegati: conferma del datore di lavoro</p>	<p>◀ Nome e cognome</p> <p>◀ Indirizzo</p> <p>◀ Numero d'assicurato (secondo il Vostro contratto d'assicurazione)</p> <p>◀ Nome e indirizzo dell'assicurazione</p> <p>◀ Testo adeguato da 1 a 5 (vedi qui di seguito)</p>
--	---

- 1 **Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie: cambiamento d'assicuratore**
Con la presente vi comunico che desidero disdire la mia assicurazione delle cure medico-sanitarie per [data], avendo deciso di assicurarmi presso un altro assicuratore LAMal.
- 2 **Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie: modifica della franchigia**
Vi prego di prendere atto del fatto che a partire dal 1° gennaio [anno] vorrei che la mia franchigia nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie venisse fissata a [importo] franchi.
- 3 **Richiesta di sospensione della copertura dell'infortunio (art. 8 LAMal)**
Vi prego di voler sospendere la copertura dell'infortunio della mia assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Troverete in allegato una conferma del mio datore di lavoro secondo la quale sono assicurato contro gli infortuni professionali e non professionali ai sensi della LAINF
Allegato: conferma del datore di lavoro

4 Richiesta di una decisione scritta

Con riferimento alla vostra presa di posizione del [data] vi prego di farmene pervenire una copia per iscritto ai sensi dell'articolo 51 capoverso 2 LPG. Allegato: fotocopia della vostra decisione [facoltativo]

5 Opposizione

Con la presente faccio opposizione, ai sensi dell'articolo 52 capoverso 1 LPG, contro la vostra decisione scritta del [data], per i seguenti motivi:
Allegati:

- fotocopia della vostra decisione [facoltativo]
- [se possibile: documenti che giustificano i motivi]

Altri documenti informativi

Panoramica dei premi

In ottobre l'UFSP pubblica la «Guida alla LAMal». Si tratta di una panoramica contenente i premi che saranno praticati l'anno seguente dagli assicuratori-malattie più importanti in ogni Cantone. Potete ricevere tale pubblicazione gratuitamente se inviate un'etichetta autoadesiva (per favore, non una busta) con il vostro indirizzo a:

Ufficio federale della sanità pubblica
« Panoramica dei premi »
3003 Berna

Questa guida alla LAMal è disponibile sul sito internet dell'UFSP al seguente indirizzo: www.priminfo.ch.

Legge federale sull'assicurazione malattie

La legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e le relative ordinanze sono disponibili all'indirizzo internet:

www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/02875/index.html?lang=it
o possono essere ordinate presso l'UFCL (numero d'ordinazione 832.10.I):

UFCL, Distribuzione pubblicazioni, 3003 Berna, fax 058 465 50 58. Indirizzo internet: www.bundespublikationen.admin.ch/it

Elenco delle specialità incluso elenco dei generici ed elenco dei medicinali con tariffa

Gli elenchi dei medicinali (elenco delle specialità» incl. elenco dei generici ed elenco dei medicinali con tariffa) e delle prestazioni obbligatorie delle casse malati possono essere consultati su Internet

(www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/00265/index.html?lang=it risp.

www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/06493/index.html?lang=it)
oppure ordinati all'UFCL (n. dell'articolo: 316.930.13 risp. 316.925):

UFCL, Distribuzione delle pubblicazioni federali, 3003 Berna, fax 058 465 50 58, www.pubblicazionifederali.admin.ch

Elenco dei mezzi e degli apparecchi («EMAp»)

L'«Elenco dei mezzi e degli apparecchi («EMAp») è disponibile all'indirizzo internet www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/04184/index.html?lang=it

o possono essere ordinati presso l'UFCL (numero d'ordinazione 316.940.I):

UFCL, Distribuzione pubblicazioni, 3003 Berna, fax 058 465 50 58, indirizzo internet: www.bundespublikationen.admin.ch/it

Indice/ Parole chiave

- Aliquota percentuale 13**
- Assicurazione bonus 17**
- Assicurazione complementare 7, 12, 16**
- Assicurazione di base 8, 9, 11**
- Assicurazione malattie obbligatoria 7, 10, 12, 15, 16, 25, 27**
- Casa di cura 11**
- Case di cura 11**
- Chiropratico 10**
- Consulenza ai diabetici 7**
- Consulenza nutrizionale 7**
- Consulenza per l'allattamento 3**
- Copertura degli infortuni 17, 25**
- Cure a domicilio 7, 11**
- Cure balneari 11**
- Cure dentarie 10**
- Decisione scritta 18**
- Disdetta 15**
- Elenco dei mezzi e degli apparecchi 10**
- Elenco delle specialità 8, 27**
- Ergoterapia 7**
- Esame di controllo post-partum 9**
- Esteri 5, 12**
- Farmaci 8, 13**
- Fisioterapia 7, 10, 11**
- Franchigia 13, 14, 15, 16, 25**
- Generici 8**
- Generici 27**
- HMO 16, 24**
- Indirizzi 18, 24**
- Infortuni 10**
- Lenti a contatto 10**
- Logopedia 7**
- Mammografia 14**
- Mammographie 8**
- Maternità 9, 13**
- Medico 7, 8, 9, 10, 11, 13, 16**
- Medico di famiglia 16**
- Mezzi e apparecchi 10, 27**
- Neonato 9**
- Obbligo di assicurarsi 5, 6, 22**
- Occhiali 10**
- Opposizione 18, 26**
- Ospedale 7, 9, 13, 14**
- Partecipazione ai costi 9, 10, 13**
- Parto 9**
- Premi 13, 15, 16, 27**
- Panoramica dei premi 15, 27**
- Ribasso sui premi 16**
- Riduzione dei premi 13, 19**
- Rimborso dei premi 17**
- Preparazione al parto 9**
- Prevenzione 8**
- Psicoterapia 7**
- Reti sanitarie 24**
- Ricorso 18**
- Salvataggi 12**
- SPITEX 7, 11**
- Trasporti 12**
- UE/AELS 5, 13**
- Urgenza 11, 12**

