

Informazione per persone che hanno la loro dimora abituale in Svizzera e che sono assicurate in forma pubblica in uno stato UE o AELS.



Gettiamo dei ponti

Istituzione comune LAMal

Industriestrasse 78

CH-4600 Olten

Telefono + 41 32 625 30 11

Orari d'apertura Lun - Gio: 8:00 – 12:00 e 13:30 – 17:00
Ven: 8:00 – 12:00 e 13:30 – 16:00

E-Mail customers@kvg.org

Website www.kvg.org

Indice

1. Registrazione.....	3
2. Familiari con diritto di affiliazione	3
3. Particolarità per i pensionati	3
4. Diritto di prestazioni	3
5. Controllo delle fatture	4
6. Quadro delle prestazioni.....	4
7. Partecipazione alle spese.....	6
8. Rimborso delle spese	7
9. Obbligo di collaborazione, richiesta di informazioni, obbligo del segreto professionale, protezione dei dati	7
10. Obbligo di avviso	7
11. Ombudsman	8
12. Vie legali	8

Persone che hanno un'assicurazione malattia in uno stato dell'UE o in Islanda Norvegia o Lichtenstein (AELS), hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia, infortunio non professionale o maternità se domiciliati in Svizzera. L'Istituzione Comune LAMal prende la supervisione dei costi di trattamento per tutta la Svizzera coordinando il successivo insediamento contabile con la competente assicurazione sanitaria all'estero.

Chi trasferisce il domicilio in Svizzera e continua ad essere sotto l'obbligo assicurativo nel proprio stato di origine, si può iscrivere presso l'Istituzione Comune LAMal. Per la registrazione occorre l'attestato valido rilasciato dalla sua cassa malattia.

Attestati di diritto sono:

- Attestato S1
- Modulo E 106 (lavoratore)
- Modulo E 109 (familiari di una persona che esercita un'attività lucrativa e residente all'estero)
- Modulo E 120 (richiedenti di pensione)
- Modulo E 121 (pensionati)

Le persone che rientrano nelle categorie suddette hanno diritto a tutte le prestazioni previste dal sistema di assicurazione malattie svizzero che si rivelino medicalmente necessarie nel corso del loro soggiorno in Svizzera, ad eccezione delle prestazioni in denaro. Questo diritto si estende ai familiari senza attività lucrativa.

*UE: Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica ceca, Romania, Svezia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Ungheria. AELS: Islanda, Norvegia.

1. Registrazione

Chi desidera farsi registrare per l'assistenza sanitaria deve inviarci un attestato di diritto valido. Al ricevimento del formulario, inviamo al richiedente un questionario volto a chiarire se nulla osta alla registrazione oppure se sussiste un obbligo assicurativo in Svizzera, come nel caso in cui per esempio il richiedente svolga un'attività lucrativa in Svizzera oppure percepisca una pensione o un sussidio di disoccupazione dalla Svizzera. Per i figli insorge un obbligo assicurativo in Svizzera quando almeno un genitore è soggetto all'obbligo assicurativo in Svizzera a causa di un'attività lucrativa. In questo caso è esclusa la presa in carico delle prestazioni per conto del paese competente (vedi anche punto 10).

Der Fragebogen steht Ihnen auch als Download auf der Website der Gemeinsamen Einrichtung KVG (www.kvg.org/Cittadine_privati/Assistance) zur Verfügung.

Attenzione: l'assunzione delle spese, possono essere prese a carico dall'Istituzione Comune LAMal solo se l'attestato è attualmente valido.

Chi viene registrato come avente diritto all'assistenza sanitaria, riceve una tessera di assicurazione malattie. La tessera attesta il diritto alle prestazioni nei confronti dei fornitori di prestazioni in Svizzera, quali ad esempio ospedali, medici, psicoterapeuti ecc.

Se per una delle ragioni succitate la registrazione deve essere negata, l'autorità cantonale competente ne riceve comunicazione. In Svizzera ricade sostanzialmente sull'autorità cantonale il compito di far osservare l'obbligo di assicurazione malattie (art. 6 LAMal).

2. Familiari con diritto di affiliazione

Nel nucleo familiare affiliabile comprende anche il coniuge senza attività lucrativa come i figli fino al compimento del 18esimo anno. I figli che vanno a scuola o studiano possono essere iscritti fino all'età di 25 anni. Superato il limite di età viene controllato il diritto al mantenimento. Figli che si trovano in una formazione professionale hanno l'obbligo assicurativo in Svizzera.

3. Particolarità per i pensionati

Le persone senza attività lucrativa che trasferiscono il loro domicilio in Svizzera prima del raggiungimento della normale età pensionabile svizzera (al compimento del 64mo anno d'età per le donne, al compimento del 65mo anno d'età per gli uomini), sono obbligate in linea di principio a versare contributi all'AVS (assicurazione vecchiaia e superstiti). Al pagamento di contributi è connesso il diritto a una rendita. L'ammontare della rendita dipende dalla durata del periodo di contribuzione. La cassa di compensazione del Suo luogo di residenza le può fornire informazioni dettagliate in merito. In alcuni casi ciò può generare una rendita, seppur minima, che a sua volta fa scattare l'obbligo assicurativo in Svizzera. L'insorgere dell'obbligo assicurativo è indipendente dall'ammontare della rendita.

4. Diritto di prestazioni

I fornitori di prestazioni sono obbligati a fornire gli stessi trattamenti medici sanitari di cui godono le persone assicurati in Svizzera anche per le persone provenienti da uno stato dell'UE o AELS. Pertanto nel caso di trattamenti sono vigenti le tariffe e partecipazione ai costi secondo l'assicurazione sanitaria si base Svizzera.

La Legge sull'assicurazione malattia LAMal permette all'assicurato di scegliere liberamente il fornitore di prestazione riconosciuto dall'assicurazione malattia di base.

5. Controllo delle fatture

L'Istituzione Comune LAMal paga le spese delle prestazioni mediche erogate in Svizzera secondo il diritto svizzero. In un secondo momento queste spese sono addebitate all'assicurazione malattia competente tramite l'organo di collegamento straniero.

Le prestazioni in denaro (indennità giornaliera), invece, non sono versate tramite L'Istituzione Comune LAMal bensì direttamente dall'assicurazione malattia competente.

6. Quadro delle prestazioni

Nella tabella qui di sotto sono riassunte a grandi linee le prestazioni sanitarie coperte dall'assicurazione malattie obbligatoria. L'elenco non è esaustivo ed è riportato solo a titolo indicativo.

Prestazioni	Osservazioni
-------------	--------------

Trattamento ambulatoriale secondo i metodi della medicina classica	Assunzione delle spese per medici abilitati, chiropratici, levatrici, nonché, dietro prescrizione medica, per logopedisti, fisioterapeuti ed ergoterapeuti, per personale infermieristico o organizzazioni per le cure a domicilio e per consulenti nutrizionali.
Trattamento ambulatoriale secondo metodi di cura alternativi (medicina complementare)	Presso medici con specializzazione riconosciuta nelle discipline di trattamento: <ul style="list-style-type: none"> • Agopuntura • Medicina antroposofica • Terapia farmacologica nella medicina tradizionale cinese (MTC) • Omeopatia medica classica • Fitoterapia
Farmaci	Farmaci consegnati o prescritti dal medico, a condizione che siano elencati nella lista dei medicinali o nell'elenco delle specialità per l'indicazione data (altri farmaci non vengono presi a carico, neanche parzialmente).
Mezzi e apparecchi	Mezzi e apparecchi prescritti dal medico come, p. es., collari, stampelle, iniezioni di insulina, mezzi ausiliari contro l'incontinenza, apparecchi per inalazioni, etc. secondo l'elenco ufficiale dei mezzi e degli apparecchi (EMAp).
Trattamenti dentari	<ul style="list-style-type: none"> • Assunzione delle spese in caso d'infortunio solo se nessun'altra assicurazione contro gli infortuni si assume le spese. • in caso di gravi patologie dell'apparato masticatorio oppure quando si rende necessario un trattamento a causa di una grave malattia gene-

	rica quale nei casi definiti nell'ordinanza sulle prestazioni delle cure medico-sanitarie (Opre).
Infermità congenite	Assunzione delle spese per le stesse prestazioni come in caso di malattia, nella misura in cui non sia tenuta a fornire queste prestazioni l'assicurazione svizzera per l'invalidità.
Psicoterapia	Assunzione delle spese per trattamenti dispensati da un medico abilitato o per trattamenti delegati a psicologi/psicoterapeuti non medici (ma solo sotto sorveglianza e nello studio del medico che delega il trattamento).
Analisi di laboratorio	Analisi su prescrizione medica secondo l'elenco ufficiale delle analisi.
Trattamento ospedaliero in degenza	Assunzione delle spese di degenza per trattamenti indicati in reparto comune (camera a più letti) di un ospedale compreso nell'elenco ufficiale degli ospedali del cantone di domicilio/di soggiorno. In caso d'emergenza o ricovero disposto dal medico, anche in un ospedale fuori cantone. Il rimborso è effettuato al massimo secondo la tariffa nel cantone di residenza, a condizione che non è un medico al di fuori del ricovero ospedaliero cantonale. Ragioni mediche sono in caso di emergenza o se i servizi necessari non sono disponibili nel cantone di residenza.
Riabilitazione medica	Assunzione delle spese per terapie riabilitative dispensate in forma ambulatoriale o in degenza, dietro prescrizione medica. La riabilitazione in degenza è ammessa nel reparto comune di un ospedale compreso nell'elenco ufficiale e previo consenso del medico di fiducia.
Cura ambulatoriale o in casa di cura	Assunzione delle spese per cure o altri interventi ambulatoriali: <ul style="list-style-type: none"> • Infermieri • Organizzazioni di cura o aiuto a domicilio • Casa di cura
Cure termali	CHF 10 per giorno per un massimo di 21 giorni per anno civile come pure le spese per medico, medicinali e fisioterapia in un bagno termale ammesso.
Cure di convalescenza	Assunzione delle spese unicamente per consulto medico, farmaci e terapia.
Maternità	<ul style="list-style-type: none"> • Sette visite di controllo prima della nascita da parte dell'ostetrica o del medico e un controllo post partum da parte del medico

	<ul style="list-style-type: none"> • Due controlli ecografici • Le spese del parto a domicilio, in un ospedale (in camera a pi letti) o in una struttura apposita per il parto. • 3 consulenze per l'allattamento da parte di levatrici o infermieri • preparazione al parto con levatrice: max. CHF150. • Presa a carico di 10 consultazioni a domicilio da parte di una levatrice entro 56 giorni dalla nascita
Misure di medicina preventiva	<p>Assunzione dei costi per le spese di misure di medicina preventiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccinazione profilattica • Misure per la prevenzione profilattica delle malattie • Studi sulla salute generale • Misure per la diagnosi precoce della malattia in alcuni gruppi a rischio • Misure per la diagnosi precoce delle malattie nella popolazione generale o di uno specifico gruppo di et.
Visite ginecologiche e controlli preventivi	I primi due controlli incluso pap test con intervallo annuo e poi un controllo ogni tre anni.
Contributo alla spesa di trasporto	<p>Assunzione del 50% dei costi con trasporto medicalmente indicato se lo stato di salute non permette il trasporto con i mezzi pubblici.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • max. CHF 500 per anno civile per trasporto • max. CHF 5'000 per anno civile per salvataggio

7. Partecipazione alle spese

Le persone assicurate contribuiscono alle spese per le cure dispensate. La partecipazione alle spese  costituita da un fisso importo annuo (franchigia) e da 10 %per costi che superane la franchigia (aliquota). Un contributo alle spese sussiste anche per la degenza in ospedale.

- La franchigia  di CHF 300 per anno civile. Per i bambini non  riscossa alcuna franchigia.
- L'importo massimo annuale della quota-parte ammonta a CHF 700.00 per gli adulti e CHF 350 per i bambini fino al compimento del 18° anno d'et.
- La quota a carico giornaliero in caso di degenza ospedaliera e di CHF 15 per pazienti dai 25 anni.
- Non  riscossa alcuna partecipazione ai costi per prestazioni di gravidanza.

In caso di pagamento diretto tramite L'Istituzione Comune LAMal e il fornitore di prestazioni (terzo pagante) sar fatturato separatamente il contributo a carico del paziente. In caso di rimborso (terzo garante) la quota a carico del paziente sar direttamente detratta dall'importo.

8. Rimborso delle spese

La fatturazione del fornitore di prestazione avviene direttamente con l'Istituzione LAMal (terzo pagante) o direttamente all'assicurato (terzo garante) a secondo le convezioni in vigore nel cantone, dove sono stati cagionati i trattamenti.

Al fine di poter garantire un rimborso rapido richiediamo la fattura originale come l'indicazione delle coordinate bancarie complete:

- IBAN (International Bank Account Number)
- BIC (Bank Identifier Code)
- Nome e indirizzo della banca
- Instetario del conto e indirizzo

9. Obbligo di collaborazione, richiesta di informazioni, obbligo del segreto professionale, protezione dei dati

L'IC LAMal è soggetta alle norme della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD), della legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e della legge sull'assicurazione malattie (LAMal) in materia di segreto professionale e protezione dei dati. Ha diritto di elaborare dati personali, compresi dati personali, profili della personalità più sensibili per adempiere ai suoi compiti secondo la LAMal (Art. 84 LAMal). Il trattamento dei dati è regolato dalla politica di trasformazione, che può essere trovato sul nostro sito ([www.kvg.org/chi siamo](http://www.kvg.org/chi-siamo) Corporate governance). Le collaboratrici e i collaboratori dell'IC LAMAL sono tenuti al segreto professionale. Lei è tenuto/a a fornire le informazioni conformi al vero che si rendano necessarie per fare chiarezza sulle sue richieste. Al proposito l'IC LAMal è autorizzata a richiedere una diagnosi precisa al Suo medico curante e ad esigere ulteriori informazioni di natura medica da sottoporre al suo medico di fiducia. Se si desidera informazioni su i dati che gestisce il nostro organismo di collegamento, si prega di scrivere al nostro ufficio legale con annesso un documento d'identità.

10. Obbligo di avviso

Sulla base delle Sue informazioni sul questionario, valutiamo se l'aiuto è possibile per Lei o se è soggetto all'obbligo assicurativo in Svizzera (vedi punto 1). Poiché in Svizzera un'assicurazione presso una cassa malati svizzera con effetto retroattivo è possibile per un massimo di tre mesi, è particolarmente importante comunicarci tempestivamente le eventuali variazioni. Qualora non ci informasse in tempo, sussiste una lacuna assicurativa tra la fine dell'assicurazione sanitaria all'estero e l'inizio dell'assicurazione in Svizzera. Di conseguenza durante la lacuna i costi per prestazioni sanitarie sostenuti vanno a Suo carico. Anche senza aver usufruito delle prestazioni sanitarie durante la lacuna assicurativa, potrà avere delle conseguenze sulle future pretese di prestazioni ed assicurative.

11. Ombudsman

Per problemi non immediatamente risolvibili può rivolgersi all'ombudsman dell'assicurazione malattie. L'ombudsman si occupa delle domande e problemi che sorgono tra assicurato e l'assicurazione.

Ombudsman dell'assicurazione malattie
Morgartenstr. 9
CH - 6003 Lucerna

Telefono tedesco: +41 (0)41 226 10 10
Telefono francese: +41 (0)41 226 10 11
Telefono italiano: +41 (0)41 226 10 12
Fax: +41 (0)41 226 10 13
E-Mail: info@om-kv.ch
Internet: <https://secure.om-kv.ch/>

12. Vie legali

In caso di controversie inerenti prestazioni è prevista una procedura di opposizione e in seguito una procedura amministrativa. Gli ordini saranno dotati di un diritto di ricorso, obiezioni contro decisioni sono da presentare entro i 30 giorni.

Le decisioni di ricorso devono essere adottate entro un termine ragionevole. Essi sono fondati e dotati di un diritto di ricorso. Il processo di appello è gratuito. Normalmente il risarcimento dei partiti non sono allineati.

Appello contro le decisioni o ordinanze contro cui è escluso un ricorso, può essere presentato ricorso. Ogni Cantone designa un Tribunale delle assicurazioni come l'unica autorità per la valutazione dei reclami in materia di sicurezza sociale.

Responsabile per il reclamo o l'indagine è il Tribunale delle assicurazioni del Cantone in cui la persona è attualmente domiciliata.

Avvertenze:

Tutti i dati contenuti nel presente vademecum non costituiscono alcun elemento fondante di diritto. Giuridicamente vincolanti sono gli specifici atti legislativi in materia (la legge federale svizzera sull'assicurazione malattia e le relative ordinanze d'esecuzione nonché la giurisprudenza). Il foglio informativo si trova anche sul nostro sito web (www.kvg.org/cittadini_privati/Assistance).