

Informazione per persone che soggiornano temporaneamente in Svizzera e che sono assicurate in forma pubblica in UE/AELS o nel UK



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

Sito web www.kvg.org

Il foglio informativo si trova sul nostro sito web (www.kvg.org/cittadini_privati/Assistance).

Indice

1. Soggiorno temporaneo	2
2. Viaggiare con lo scopo di usufruire di trattamento medico	3
3. Diritto di prestazioni	3
4. Controllo delle fatture	3
5. Quadro delle prestazioni.....	3
6. Partecipazione ai costi.....	6
7. Rimborso delle spese	6
8. Obbligo di collaborazione, richiesta di informazioni, obbligo del segreto professionale, protezione dei dati	7
9. Ufficio di mediazione	7
10. Vie legali	7

1. Soggiorno temporaneo

I cittadini dell'UE/AELS* o dell'UK, i loro familiari, gli apolidi e i rifugiati che hanno un'assicurazione malattia in uno stato dell'UE/AELS o dell'UK durante un soggiorno temporaneo in Svizzera, hanno diritto alle prestazioni in natura per malattia, infortunio non professionale o maternità. L'Istituzione Comune LAMal prende la supervisione dei costi di trattamento per tutta la Svizzera coordinando il successivo insediamento contabile con il competente assicuratore malattie all'estero.

Si parla di un soggiorno temporaneo quando la persona intende rimanere per un periodo limitato e per uno scopo specifico in Svizzera, per poi ritornare al proprio paese d'origine. È quindi noto già in anticipo, la durata del soggiorno. Non deve essere necessariamente nota una data fissa del rientro, è sufficiente sapere un periodo approssimativo (ad.es. "ho intenzione di studiare un anno e mezzo in Svizzera") Presupposto dev'essere, che il nucleo vitale rimanga nel paese di origine.

Lo scopo di un soggiorno può essere:

- Vacanze / Congedo
- Studio
- Distaccato
- Viaggio d'affari
- Visita di parenti, amici ecc.
- Attività lucrativa, se si tratta di frontalieri dalla Francia, Italia o Austria che hanno optato per il sistema sanitario obbligatorio nel loro stato di residenza. (Diritto di opzione)
- ecc.

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

Se si ha bisogno di cure mediche, durante il soggiorno temporaneo in Svizzera, bisogna presentare al fornitore delle prestazioni un attestato valido fornito dalla sua assicurazione malattia così come una prova d'identità (p. es. carta d'identità, passaporto).

Attestati validi sono:

- Tessera sanitaria europea
- Certificato che sostituisce provvisoriamente la tessera europea.

Importante: La tessera sanitaria europea non copre spese per trattamenti cagionati di proposito in Svizzera.

2. Viaggiare con lo scopo di usufruire di trattamento medico

Se ha intenzione di recarsi in Svizzera, per trattamenti medici programmati, s'informi **prima** della partenza presso la Sua assicurazione malattia competente se vi è un'assunzione dei costi. Richieda un certificato valido per il trattamento ambulatoriale o in regime di ricovero. Se è approvato per il trattamento, la Sua assicurazione malattia emetterà l'attestato S2 (diritto alle cure programmate).

Attenzione: l'assunzione delle spese, possono essere prese a carico dall'Istituzione Comune LAMal solo se l'attestato S2 è attualmente valido.

3. 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 dall'UE/AELS o dall'UK. Pertanto, nel caso di trattamenti sono vigenti le tariffe e partecipazione ai costi secondo l'assicurazione sanitaria di base Svizzera.

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

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

4. Controllo delle fatture

L'Istituzione Comune LAMal copre 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.

5. 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. Informazioni dettagliate sono disponibili sul sito web dell'[Ufficio federale della sanità pubblica](#).

Prestazioni

Commenti

Trattamento ambulatoriale	Assunzione delle spese per medici abilitati, chiropratici, levatrici, nonché, dietro prescrizione medica, per logopedisti, fisioterapeutici ed ergoterapeuti, per personale infermieristico o organizzazioni per le cure a domicilio, podologia e per consulenza nutrizionale e ai diabetici.
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 faramacologica 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 generica 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	L'assunzione dei costi in caso di psicoterapia medica o psicoterapia praticata da psicologi su ordine del medico.
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 pi 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.
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 fisioterapie 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 • 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	Assunzione dei costi per le spese di misure di medicina preventiva: <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 età.

Visite ginecologiche e controlli preventivi	I primi due controlli incluso pap test con intervallo annuo e poi un controllo ogni tre anni.
Contributo alle spese di trasporto	Assunzione del 50% dei costi con trasporto medicalmente indicato se lo stato di salute non permette il trasporto con i mezzi pubblici.: <ul style="list-style-type: none"> • max. CHF 500 per anno civile per trasporto • max. CHF 5'000 per anno civile per salvataggio

6. Partecipazione ai costi

Le persone assicurate contribuiscono alle spese per le cure dispensate. Questa partecipazione ai costi sotto forma di un importo forfetario per franchigia e aliquota vale per persone che soggiornano temporaneamente in Svizzera (ad.es. turisti). Un contributo alle spese sussiste anche per la degenza in ospedale.

- Il forfait è di CHF 92 per adulti e CHF 33 per bambini fino al compimento del 18esimo anno d'età per un periodo di 30 giorni*.
- Il contributo per le spese di degenza ospedaliera è di CHF 15 al giorno, ad eccezione del giorno della dimissione, per le persone dai 25 anni in su.
- Non è riscossa alcuna partecipazione ai costi per prestazioni di gravidanza.

*Il periodo dei 30 giorni decorre a partire dal primo giorno del trattamento.

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

7. 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 convenzioni in vigore nel cantone, dove sono stati cagionati i trattamenti.

Al fine di poter garantire un rimborso rapido richiediamo la fattura originale copia dell'attestato di diritto valido come una prova d'identità (p. es. carta d'identità, passaporto) e l'indicazione delle Sue coordinate bancarie complete:

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

8. 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/Corporate governance](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 sui dati che gestisce il nostro organismo di collegamento, si prega di scrivere al nostro ufficio legale con annesso un documento d'identità.

9. Ufficio di mediazione

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

Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie, Morgartenstr. 9, casella postale 519, 6002 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
Sito internet: www.om-kv.ch

10. 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 è allineato.

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).