

Multimed

Modello assicurativo alternativo (MAA) secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) con consultazione obbligatoria di un partner di coordinamento.

Regolamento
Edizione 01.2020

Per rendere più leggibile le disposizioni contrattuali, i riferimenti ad una persona sono riportati in forma maschile; naturalmente tali riferimenti valgono anche per persone di sesso femminile.

Indice

I	Estensione della copertura assicurativa	3	V	Premi	5
1	Principi dell'assicurazione	3	18	Pagamento dei premi e scadenza	5
2	Oggetto e caratteristiche di Multimed	3	19	Solleciti e conseguenze della mora	5
3	Adesione	3			
II	Prestazioni	3	VI	Protezione dei dati	5
4	Estensione delle prestazioni	3	20	Elaborazione dei dati da parte dell'Arcosana	5
5	Partecipazione ai costi	3	21	Elaborazione dei dati da parte di fornitori di prestazioni risp. partner di coordinamento	5
6	Prestazioni di terzi	3			
7	Responsabilità	3	VII	Contenzioso: procedura	6
III	Obblighi e costituzione del diritto	3	22	Rilascio di una decisione	6
8	Obbligo di consultazione di un partner di coordinamento e osservanza delle sue istruzioni	3	23	Procedura d'opposizione	6
9	Eccezioni all'obbligo di previa consultazione del partner di coordinamento	3	24	Procedura di ricorso	6
10	Misure di pilotaggio	4	VIII	Varie	6
11	Sanzioni in caso di violazione degli obblighi di Multimed	4	25	Versamento di prestazioni	6
12	Costituzione del diritto	5	26	Obbligo di notifica	6
13	Cessione e costituzione in pegno di prestazioni	5	27	Adeguamento delle condizioni d'assicurazione	6
IV	Inizio e fine dell'assicurazione	5	28	Elenco dei medici Multimed	6
14	Inizio dell'assicurazione	5	29	Utilizzo di applicazioni dell'assicuratore malattie	6
15	Modifiche dell'assicurazione da parte della persona assicurata	5	30	Informazioni ai clienti Multimed	6
16	Modifiche dell'assicurazione da parte dell'Arcosana	5	31	Registrazione di colloqui	6
17	Fine dell'assoggettamento a Multimed	5	32	Costi	6
			33	Entrata in vigore	6
			Glossario		7

Multimed in breve

Multimed assume i costi di trattamenti in caso di malattia, maternità o infortunio nel quadro della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Multimed può essere stipulata con una franchigia ordinaria o una franchigia ad opzione.

Multimed è un modello assicurativo alternativo (MAA), vale a dire una forma assicurativa particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, con scelta del fornitore di prestazioni limitata. Nella misura in cui riportato nei rispettivi regolamenti, le limitazioni per la scelta dei fornitori di prestazioni, come sono definite per Multimed, valgono per analogia anche per i prodotti assicurativi stipulati delle assicurazioni complementari secondo la Legge federale sul contratto d'assicurazione LCA presso la CSS Assicurazione SA.

Una caratteristica di Multimed è che la persona assicurata ha a disposizione una scelta di partner di coordinamento per usufruire di prestazioni preventive e in caso di disturbi della salute. La persona assicurata è tenuta a consultare un partner di coordinamento per l'utilizzo di prestazioni preventive e in caso di disturbi della salute. Il partner di coordinamento offre consulenza alla persona assicurata e previo accordo con lei definisce l'ulteriore procedura del trattamento. Le istruzioni del partner di coordinamento sono vincolanti per la persona assicurata. I partner di coordinamento sono dei medici di coordinamento risp. degli studi medici di gruppo riconosciuti e a libera scelta secondo l'Elenco dei medici Multimed nonché il Centro di Telemedicina.

L'Arcosana SA (di seguito denominata Arcosana) promuove e sostiene misure per la riduzione dei costi a lungo termine e per un approvvigionamento sanitario utile e adeguato, che richiedono un contributo attivo e la responsabilità personale anche dalla persona assicurata.

I termini scritti in corsivo nel testo corrente sono spiegati nel glossario allegato al presente regolamento. Il glossario costituisce parte integrante del presente regolamento.

I Estensione della copertura assicurativa

Art. 1 Principi dell'assicurazione

- 1.1 Multimed è un modello assicurativo alternativo (forma assicurativa particolare) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata dei fornitori di prestazioni ai sensi dell'art. 41 cpv. 4 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e dell'art. 99 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).
- 1.2 Per tutte le questioni non trattate in maniera particolare in questo regolamento sono determinanti la LAMal e la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) con le corrispondenti ordinanze, nonché il regolamento per le assicurazioni secondo LAMal dell'Arcosana.
- 1.3 Il diritto federale e il diritto cantonale prevale a questo regolamento e a quello per le assicurazioni secondo LAMal dell'Arcosana nell'ordine indicato.

Art. 2 Oggetto e caratteristiche di Multimed

- 2.1 L'Arcosana assicura le conseguenze economiche di malattia, maternità o infortunio. Il rischio d'infortunio secondo LAMal – se non sussiste (più) una copertura LAINF – è coperto anche quando non è riportato nella polizza (art. 8 cpv. 2 LAMal in relazione alle sanzioni secondo l'art. 10 LAMal).
- 2.2 La persona assicurata al momento della stipula assicurativa deve designare, a libera scelta, dall' Elenco dei medici Multimed un medico coordinatore riconosciuto risp. uno studio medico di gruppo come partner di coordinamento. Il medico coordinatore risp. lo studio medico di gruppo designato dalla persona assicurata sarà riportato nella polizza assicurativa. Inoltre, il Centro di Telemedicina è a disposizione della persona assicurata come partner di coordinamento supplementare ed effettua prestazioni obbligatorie secondo LAMal.
- 2.3 Per usufruire di prestazioni preventive secondo l'art. 26 LAMal e in caso di disturbi della salute, la persona assicurata consulta il partner di coordinamento.
- 2.4 Sono escluse dall'obbligo di consultazione preventiva le fattispecie secondo l'art. 9 di questo regolamento.
- 2.5 La persona assicurata ha il dovere di notificare all'Arcosana un cambio del medico coordinatore risp. dello studio medico di gruppo prima della prima consultazione. Il nuovo medico coordinatore risp. studio medico di gruppo designato deve essere riportato nell' Elenco dei medici Multimed valevole.

Art. 3 Adesione

- 3.1 Multimed è a disposizione di tutte le persone fisiche che hanno il loro domicilio legale nel territorio cantonale d'approvvigionamento – in cui Multimed viene offerto – e che sottostanno all'obbligo assicurativo secondo la LAMal.
- 3.2 L'adesione può avere luogo in qualsiasi momento con effetto al primo giorno di un mese, a condizione che al cambio del modello assicurativo non si opponga un termine legale da rispettare.

II Prestazioni

Art. 4 Estensione delle prestazioni

L'Arcosana assume i costi per le prestazioni secondo gli artt. 24–31 LAMal e secondo le disposizioni delle premesse stabilite negli artt. 32–34 LAMal, a condizione che sia stata rispettata la procedura del trattamento stabilita previo accordo con il partner di coordinamento e che sono state seguite le sue istruzioni (obblighi). Sono escluse da questo obbligo le fattispecie secondo art. 9 di questo regolamento. Una violazione di queste istruzioni (obblighi)

comporta sanzioni secondo l'art. 11 cpv. 1 di questo regolamento.

Art. 5 Partecipazione ai costi

- 5.1 La partecipazione ai costi dalla persona assicurata si basa sull'art. 64 LAMal in relazione con l'art. 103 segg. OAMal. In applicazione dell'art. 64 cpv. 6 lett. c LAMal in in relazione con l'art. 99 cpv. 2 OAMal può essere concessa un'aliquota percentuale ridotta.
- 5.2 La costituzione del diritto a prestazioni assicurative si basa sull'art. 12 cpv. 1 di questo regolamento.

Art. 6 Prestazioni di terzi

- 6.1 La persona assicurata è tenuta a informare immediatamente l'Arcosana ai sensi dell'art. 28 LPGA in merito a tutte le prestazioni di terzi (p. es. assicurazione contro gli infortuni, assicurazione di responsabilità civile, assicurazione militare o assicurazione di invalidità), nonché in merito ad accordi relativi ad indennità forfetarie, qualora l'Arcosana debba erogare prestazioni nel medesimo caso assicurativo.
- 6.2 Qualora l'Arcosana eroghi delle prestazioni al posto di un terzo, la persona assicurata deve cedere all'Arcosana i suoi diritti nella misura corrispondente delle prestazioni ottenute.
- 6.3 Accordi tra la persona assicurata e terzi non sono vincolanti per l'Arcosana.

Art. 7 Responsabilità

La responsabilità per le prestazioni terapeutiche e diagnostiche risiede esclusivamente presso i partner di coordinamento rispettivamente presso i fornitori di prestazioni che trattano la persona assicurata.

III Obblighi e costituzione del diritto alle prestazioni

Art. 8 Obbligo di consultazione del partner di coordinamento e osservanza delle sue istruzioni

- 8.1 In caso di problemi di salute dovuti a malattia, maternità o infortunio, a condizione che il rischio sia assicurato e, per prestazioni preventive, la persona assicurata s'impegna a rivolgersi a uno dei partner di coordinamento.
- 8.2 Il partner di coordinamento stabilisce previo accordo con la persona assicurata il trattamento adeguato. Le istruzioni del partner di coordinamento sono vincolanti per la persona assicurata. Il partner di coordinamento definisce il lasso di tempo e il fornitore di prestazioni di un eventuale trattamento successivo. Se il lasso di tempo non è sufficiente e vi è un cambiamento nel piano del trattamento, prima di percepire di nuove prestazioni la persona assicurata deve richiedere l'approvazione del partner di coordinamento.
- 8.3 Una violazione di questi obblighi comporta sanzioni secondo l'art. 11 cpv. 1 di questo regolamento.

Art. 9 Eccezioni all'obbligo di previa consultazione del partner di coordinamento

- 9.1 In caso d'emergenza non occorre prima contattare il partner di coordinamento. Si è in presenza di un caso d'emergenza, quando lo stato della persona assicurata è percepito da un punto di vista oggettivo come una minaccia per la vita oppure quando si è in presenza di una necessità immediata di trattamento. La persona assicurata è tenuta a notificare i trattamenti di emergenza il più presto possibile, tuttavia al più tardi entro 10 giorni. Se in seguito fosse necessario un trattamento successivo/una visita di controllo, occorre comunicare ciò al partner di coordinamento prima dell'inizio del trattamento successivo/della

visita di controllo. Previa approvazione del partner di coordinamento, il trattamento successivo/la visita di controllo, potrà aver luogo presso il fornitore di prestazioni che ha trattato l'emergenza. Una violazione di questi obblighi di notifica porta a sanzioni secondo l'art. 11 cpv. 1 di questo regolamento.

- 9.2 Per i seguenti trattamenti e visite non è obbligatorio contattare il partner di coordinamento:
- la fisioterapia, l'ergoterapia e/o la logopedia, a condizione che sia stata prescritta da uno specialista nell'ambito del trattamento successivo coordinato secondo l'art. 8 cpv. 2 del presente Regolamento,
 - esami e trattamenti presso un oculista/oftalmologo,
 - esami preventivi e trattamenti, nonché controlli durante e dopo la gravidanza presso un ginecologo,
 - prestazioni erogate da levatrici
 - trattamenti per cure dentarie.

Art. 10 Misure di pilotaggio

10.1 Obbligo all'osservanza delle istruzioni nel programma di accompagnamento del paziente

- 10.1.1 Se indicato dal punto di vista medico, il partner di coordinamento stabilisce previo accordo con la persona assicurata un programma di accompagnamento del paziente.
- 10.1.2 Le istruzioni date nel programma di accompagnamento del paziente devono essere seguite.
- 10.1.3 La mancata osservanza di queste istruzioni comporta sanzioni secondo l'art. 11 cpv. 2 di questo regolamento.

10.2 Obbligo al ritiro di medicinali e mezzi ausiliari convenienti

- 10.2.1 La persona assicurata si impegna a richiedere un medicamento più conveniente (generici/medicamenti biosimilari o un preparato originale a confronto conveniente) dal gruppo di sostanze attive prescritto dal medico. I preparati originali vengono sostituiti da generici/medicamenti biosimilari, se sono più convenienti e la persona assicurata non necessita assolutamente il preparato originale per motivi di ordine medico.
- 10.2.2 Generici: come base vale l'elenco gestito dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) «Nuovo elenco di generici con aliquota percentuale differenziata per preparati originali e generici». L'elenco vigente può essere consultato sul sito web dell'UFSP o richiesto presso il partner di coordinamento. Se la persona assicurata sceglie un medicamento riportato nell'elenco dei generici dell'UFSP con aliquota percentuale maggiore (20%), per il quale viene offerta un'alternativa più conveniente, allora alla persona assicurata vengono rimborsati solo il 50% dei costi del medicamento originale. Sono esclusi da tale regolamentazione i casi in cui la persona assicurata per motivi medici ha assolutamente bisogno del preparato originale con aliquota percentuale maggiore. Per il conteggio delle prestazioni il partner di coordinamento rispettivamente il fornitore di prestazioni deve essere in possesso di una corrispondente prova.
- 10.2.3 I medicinali biosimilari sono prodotti d'imitazione dei farmaci biologici originali. Se la persona assicurata sceglie un medicamento originale per il quale viene offerta un'alternativa più conveniente, allora alla persona assicurata vengono rimborsati solo il 50% dei costi del medicamento originale. I medicinali biosimilari approvati con nome commerciale, sostanza attiva e indicazione relativa al preparato originale devono essere richiesti presso il partner di coordinamento. Sono esclusi da tale regolamentazione i casi in cui la persona assicurata per motivi medici ha assolutamente bisogno del preparato originale con aliquota percentuale maggiore. Per il conteggio delle prestazioni il partner di coordinamento rispettivamente il fornitore di

prestazioni deve essere in possesso di una corrispondente prova.

- 10.2.4 Ritiro di medicinali presso una farmacia per corrispondenza designata dall'Arcosana: fondamentalmente, la persona assicurata ha la libera scelta di dove acquistare i medicinali in Svizzera (medico, farmacia o farmacia per corrispondenza). Fanno eccezione a questa libertà di scelta i medicinali che hanno la caratteristica della ricetta medica ripetibile (indicazione nella ricetta: ricetta ripetibile, ad rep, Rip oppure da ripetere fino al, prescrizione di più confezioni o altre denominazioni). Questi medicinali devono essere obbligatoriamente ritirati presso una farmacia per corrispondenza stabilita dall'Arcosana. Una violazione del dovere comporta sanzioni secondo l'art. 11 cpv. 1 di questo regolamento.
- 10.2.5 Mezzi ausiliari (mezzi e apparecchi): la persona assicurata s'impegna a ritirare presso le aziende partner (centri di consegna) dell'assicuratore malattie i mezzi ausiliari (mezzi e apparecchi) più convenienti, come i prodotti per i diabetici, i deambulatori, gli apparecchi per inalazione e terapia respiratoria, i bendaggi, le stampelle o i mezzi ausiliari per l'incontinenza ecc. Se la persona assicurata sceglie un mezzo ausiliario caro, non offerto da un'azienda partner dell'assicuratore malattie, saranno rimborsati al massimo i costi secondo contratto di consegna con l'azienda partner (centro di consegna). Una panoramica delle aziende partner e la loro offerta relativa ai mezzi ausiliari (mezzi e apparecchi) è consultabile sul sito web dell'assicuratore malattie e/o può essere richiesto presso il partner di coordinamento.

Art. 11 Sanzioni in caso di violazione degli obblighi di Multimed

- 11.1 Le lesioni delle regole secondo l'art. 4 (Estensione delle prestazioni), l'art. 8 (Obbligo di consultazione del partner di coordinamento e osservanza delle sue istruzioni), l'art. 9 cpv. 1 (obbligo di notifica retroattiva del caso d'urgenza) nonché l'art. 10.2 cpv. 4 (Ritiro di medicinali presso una farmacia per corrispondenza non designata dall'Arcosana) di questo regolamento saranno sanzionate come segue:
- a) In occasione della prima lesione delle regole, vi è una diffida scritta con rimando alle sanzioni se il caso dovesse ripetersi.
 - b) Dalla seconda lesione delle regole, la persona assicurata deve pagare di tasca propria l'importo massimo di CHF 500 per fattura. L'importo da pagare personalmente a seguito di lesione delle regole non sarà computato alla franchigia e all'aliquota percentuale.
 - c) Dalla seconda lesione delle regole, l'Arcosana può inoltre, senza che la persona assicurata debba intraprendere qualcosa, procedere al trasferimento nell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dell'Arcosana con effetto al primo giorno del mese seguente.
- L'assunzione dei costi da parte della persona assicurata viene calcolata in base a tutte le prestazioni percepite senza attenersi alle regole.
- La sanzione vale indipendentemente dalla colpa, dal momento e dall'età della persona assicurata.
- 11.2 In occasione di una lesione delle regole secondo l'art. 10.1 di questo regolamento (obbligo all'osservanza delle istruzioni nel programma di accompagnamento del paziente) l'Arcosana può, dopo la seconda diffida scritta, senza che la persona assicurata debba intraprendere qualcosa, procedere al trasferimento nell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dell'Arcosana con effetto al primo giorno del mese seguente.
- 11.3 Generici/Medicamenti biosimilari: se la persona assicurata sceglie un medicamento originale per il quale viene offerta un'alternativa più conveniente, allora alla persona assicurata vengono rimborsati solo il 50% dei costi del medi-

camento originale. Sono esclusi da tale regolamentazione i casi in cui la persona assicurata per motivi medici ha assolutamente bisogno del preparato originale con aliquota percentuale maggiore. Per il conteggio delle prestazioni, il partner di coordinamento rispettivamente il fornitore di prestazioni deve essere in possesso di una corrispondente prova (art. 10.2 cpv. 2 e 3 del presente regolamento).

- 11.4 Mezzi ausiliari (mezzi e apparecchi): se la persona assicurata sceglie un mezzo ausiliario più caro, non offerto da un'azienda partner dell'assicuratore malattie, saranno rimborsati al massimo i costi secondo contratto di consegna con l'azienda partner (centro di consegna) (art. 10.2 cpv. 5 di questo regolamento).

Art. 12 Costituzione del diritto alle prestazioni

- 12.1 Il diritto a prestazioni o contributi arretrati si estingue cinque anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione e cinque anni dopo lo scadere dell'anno civile per cui il contributo doveva essere pagato (art. 24 cpv. 1 LPGa).
- 12.2 La partecipazione ai costi si basa sull'art. 5 di questo regolamento.

Art. 13 Cessione e costituzione in pegno di prestazioni

La persona assicurata non può né cedere, né costituire in pegno crediti nei confronti dell'Arcosana senza la sua approvazione. Rimane riservata la cessione di crediti a fornitori di prestazioni.

IV Inizio e fine dell'assicurazione

Art. 14 Inizio dell'assicurazione

L'adesione a Multimed si basa sulla LAMal e sulle disposizioni della relativa ordinanza. Come conferma della copertura assicurativa la persona assicurata riceve una polizza assicurativa.

Art. 15 Modifiche dell'assicurazione da parte della persona assicurata

- 15.1 Il passaggio a una franchigia a opzione minore, a un'altra forma assicurativa o a un altro assicuratore malattie è possibile, rispettando i preavvisi di disdetta legali per la fine di un anno civile.
- 15.2 La copertura del rischio d'infortunio può essere esclusa su richiesta della persona assicurata, se un'assicurazione infortuni secondo LAINF (Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni) può essere comprovata (infortuni professionali e non professionali). L'esclusione avviene al più presto con effetto al 1° del mese che segue la richiesta.
- 15.3 L'inclusione della copertura dell'infortunio avviene immediatamente con effetto alla fine dell'Assicurazione infortuni secondo la LAINF. Occorre notificare entro 30 giorni l'esclusione dell'assicurazione contro gli infortuni all'Arcosana.

Art. 16 Modifiche dell'assicurazione da parte dell'Arcosana

Qualora il trattamento fornito dal partner di coordinamento non fosse più possibile (soggiorno all'estero della persona assicurata per un periodo superiore a tre mesi, degenza in una casa di cura, degenza nel reparto di cure di una casa per anziani o in un reparto per malati cronici di un ospedale per casi acuti o in caso di una degenza prolungata di più di tre mesi in un ospedale per casi acuti, in una clinica psichiatrica o una clinica di riabilitazione o simile, o la persona assicurata sta scontando una pena detentiva, trasferimento del domicilio fuori dal territorio servito, uscita del medico coordinatore risp. dello studio medico di gruppo senza nominare un nuovo medico risp. studio medico di gruppo ecc.) vi sarà un trasferimento

nell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dell'Arcosana.

Art. 17 Fine dell'assoggettamento a Multimed

L'assoggettamento a Multimed finisce in particolare:

- in caso di disdetta dell'assicurazione secondo l'art. 15 cpv. 1 di questo regolamento,
- in caso di esclusione da Multimed e di trasferimento nell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ordinaria secondo l'art. 11 cpv. 1 e 2 di questo regolamento,
- in caso di fattispecie secondo l'art. 16 e l'art. 28 cpv. 2 di questo regolamento,
- se la persona assicurata non è più sottoposta all'obbligo assicurativo (art. 5 cpv. 3 LAMal),
- per i frontalieri secondo l'art. 7 cpv. 4 OAMal,
- in caso di decesso della persona assicurata.

V Premi

Art. 18 Pagamento dei premi e scadenza

- 18.1 I premi devono essere pagati in anticipo entro la fine del mese precedente (art. 90 OAMal). I pagamenti possono essere effettuati a scadenze annuali, semestrali, trimestrali, bimestrali o mensili; l'anno assicurativo inizia il 1° gennaio.
- 18.2 Se l'assicurazione termina anticipatamente, il premio non utilizzato viene rimborsato in modo proporzionale.
- 18.3 I premi dovuti non possono essere compensati dalla persona assicurata con crediti di prestazioni.

Art. 19 Solleciti e conseguenze della mora

Per solleciti e procedure esecutive l'Arcosana applica tasse e interesse di mora adeguati.

VI Protezione dei dati

Art. 20 Elaborazione dei dati da parte dell'Arcosana

- 20.1 L'Arcosana elabora i dati (trattamento dei dati) ai fini della determinazione del premio, l'evasione dei sinistri nonché per analisi statistiche relative a Multimed. I dati vengono conservati sotto forma fisica ed elettronica. I collaboratori dell'Arcosana sono sottoposti all'obbligo legale di mantenere il segreto nonché a ulteriori disposizioni legali e regolamentari sulla protezione dei dati.
- 20.2 L'Arcosana può, nella misura in cui dovesse rendersi necessario ed essere ammesso dalla legge, rendere noti dati risp. richiederli nella stessa misura a terzi autorizzati (p.es. fornitore di prestazioni, altri assicuratori e autorità).

Art. 21 Elaborazione dei dati da parte di fornitori di prestazioni risp. partner di coordinamento

I dati necessari per il trattamento sono consultabili da tutte le persone interessate dalla rispettiva cura (fornitori di prestazioni risp. partner di coordinamento) e possono essere scambiati fra questi ultimi risp. elaborati soprattutto ai fini della garanzia qualitativa e di un trattamento ottimale. Si tratta in modo particolare di dati di diagnosi, trattamento e fatture della persona assicurata.

VII Contenzioso: procedura

Art. 22 Rilascio di una decisione

Se una persona assicurata non accetta una decisione dell'Arcosana può richiedere entro un termine adeguato che l'Arcosana emani una decisione con indicazione dei motivi e dei rimedi giuridici.

Art. 23 Procedura d'opposizione

Contro una decisione può essere interposta opposizione presso l'Arcosana entro 30 giorni. L'Arcosana esamina questa opposizione e rilascia una decisione su opposizione scritta e motivata con indicazione dei rimedi giuridici.

Art. 24 Procedura di ricorso

- 24.1 Contro la decisione su opposizione dell'Arcosana, può essere interposto entro 30 giorni ricorso presso il tribunale cantonale delle assicurazioni. È competente il tribunale delle assicurazioni nel cantone di domicilio della persona assicurata risp. del terzo ricorrente. Se l'assicurato o il terzo ricorrente è domiciliato all'estero, è competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone dell'ultimo domicilio o nel quale aveva domicilio il suo ultimo datore di lavoro; se non è possibile determinare alcuna di queste località, la competenza spetta al tribunale delle assicurazioni del Cantone in cui ha sede l'organo d'esecuzione (art. 58 cpv. LPGa).
- 24.2 Il ricorso può essere interposto anche se l'Arcosana, nonostante una domanda dell'assicurato, non emana una decisione o una decisione su opposizione.
- 24.3 Contro la decisione emanata da un tribunale cantonale delle assicurazioni può essere interposto ricorso presso il Tribunale federale, giusta la legge federale sul Tribunale Federale (LTF).

VIII Varie

Art. 25 Versamento di prestazioni

- 25.1 L'Arcosana versa le sue prestazioni sul conto postale o bancario determinato dalla persona assicurata (o dal suo rappresentante legale). Se viene richiesto il versamento mediante altri mezzi di pagamento, l'Arcosana può esigere un indennizzo dei costi supplementari generati. I versamenti vengono effettuati unicamente a indirizzi in Svizzera.
- 25.2 Se in base a dei contratti, l'Arcosana è debitrice d'onorario nei confronti del fornitore di prestazioni, essa gli versa le sue prestazioni e fattura alla persona assicurata la partecipazione ai costi (sistema del tiers payant).
- 25.3 L'Arcosana può compensare le prestazioni assicurative dovute – fino a quando avrà presentato la richiesta d'esecuzione – sia con dei premi arretrati come pure con delle partecipazioni ai costi arretrate.

Art. 26 Obbligo di notifica

- 26.1 La persona assicurata è tenuta a notificare immediatamente all'Arcosana tutte le modifiche concernenti il rapporto d'assicurazione (cambiamenti di nome, trasferimento di domicilio, cambio del medico coordinatore risp. dello studio medico di gruppo ecc.). Essa risponde per i danni che si vengono a creare dalla notifica ritardata.
- 26.2 Come indirizzo per l'invio di comunicazioni all'Arcosana o ai fini di costituzioni del diritto nei confronti dell'Arcosana vale l'indirizzo indicato nella polizza assicurativa.

Art. 27 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

Le modifiche del presente regolamento sono pubblicate nel CSS Magazine e sul sito web dell'assicuratore malattie.

Art. 28 Elenco dei medici Multimed

- 28.1 L'Elenco dei medici Multimed (fornitori di prestazioni e studi medici di gruppo riconosciuti dall'Arcosana) può essere modificato in qualsiasi momento e unilateralmente da parte dall'Arcosana. In caso di modifica dell'Elenco dei medici Multimed, la persona assicurata non ha alcun diritto di disdetta.
- 28.2 Alla persona assicurata viene comunicato per iscritto l'u-

scita del suo medico coordinatore risp. dello studio medico di gruppo dall' Elenco dei medici Multimed. In tal caso, la persona assicurata è tenuta a scegliere entro 30 giorni un nuovo medico coordinatore risp. un nuovo studio medico di gruppo dall' Elenco dei medici Multimed, altrimenti avverrà un trasferimento nell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dell'Arcosana.

- 28.3 L'Elenco dei medici Multimed è pubblicato sul sito web dell'assicuratore malattie.

Art. 29 Utilizzo di applicazioni dell'assicuratore malattie

L'assicuratore malattie mette a disposizione diverse applicazioni per l'evasione del caso di prestazioni e per l'accompagnamento del trattamento.

Art. 30 Informazioni ai clienti Multimed

Le indicazioni integrative sul prodotto assicurativo Multimed, la sua strutturazione nonché gli indirizzi di contatto necessari e i riferimenti (come siti web/link ecc.) sono riportati nelle informazioni ai clienti. Le informazioni ai clienti non costituiscono parte integrante del presente Regolamento e non hanno effetto giuridico.

Art. 31 Registrazione di colloqui

I colloqui di consulenza telemedicina con il Centro di telemedicina vengono registrati e archiviati. In caso di controversie, le registrazioni possono essere usate come mezzo di prova e qualora dovesse essere necessario presentate come prova dinanzi al tribunale. L'Arcosana, senza una specifica autorizzazione rilasciata dalla persona assicurata, non ha alcun accesso diretto a tali informazioni.

Art. 32 Costi

La persona assicurata paga le usuali tariffe per il telefono e per i dati.

Art. 33 Entrata in vigore

Questo regolamento entra in vigore con effetto al 1° gennaio 2020. Esso è pubblicato sul sito web dell'assicuratore malattie.

Glossario

Aliquota percentuale

Cfr. Partecipazione ai costi

Applicazione, in breve: app (software applicativo)

L'applicazione (software applicativo) è l'insieme di programmi per computer utilizzati per aiutare ad elaborare o supportare una funzionalità utile o desiderata che non fa parte del sistema operativo. L'Arcosana mette a disposizione diverse applicazioni per l'evasione del caso di prestazioni e per l'accompagnamento del trattamento.

Azienda partner (centro di consegna)

Convenzione di collaborazione tra la ditta che consegna mezzi e apparecchi (mezzi ausiliari) (cosiddetto centro di consegna) e l'Arcosana (cfr. l'art. 35 cpv. 2 lett. g LAMal).

Centro di consegna

Fornitore di prestazioni autorizzato che può consegnare mezzi e apparecchi utilizzati per la visita ed il trattamento a carico dell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. 35 cpv. 2 lett. g LAMal).

Centro di Telemedicina

Il Centro di Telemedicina fornisce consultazioni mediche a distanza. Nell'ambito di una teleconsultazione, i pazienti con questioni acute o generali riguardanti la salute ricevono consulenza medica, vengono assistiti e trattati telefonicamente, 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno, da personale medico specializzato. Il Centro di Telemedicina offre le sue prestazioni nelle seguenti lingue: francese, tedesco, italiano e inglese.

Elenco dei medici Multimed

L'elenco riportante i medici coordinatori e gli studi medici di gruppo riconosciuti dall'assicuratore malattie.

Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp)

Cfr. mezzi ausiliari (mezzi e apparecchi)

Emergenze

Si è in presenza di un caso d'emergenza, qualora lo stato della persona assicurata è, e deve essere percepito da un punto di vista oggettivo come una minaccia per la vita oppure quando si è in presenza di una necessità immediata di trattamento.

Fornitori di prestazioni

Sono considerati fornitori di prestazioni le persone e le strutture autorizzate a carico dell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. I fornitori di prestazioni sono fra l'altro medici, farmacisti, chiropratici, levatrici, persone che dispensano prestazioni previa prescrizione o su indicazione medica, e organizzazioni presso le quali le suddette persone sono impiegate (come il Centro di Telemedicina), laboratori, centri di consegna di mezzi ed apparecchi diagnostici e terapeutici, ospedali, case per partorienti, case di cura, stabilimenti di cura balneare, imprese di trasporto e di salvataggio, stabilimenti utilizzati da medici per la cura medica ambulatoriale.

Franchigia

Cfr. Partecipazione ai costi

Generici

Un medicamento generico è un medicamento omologato essenzialmente analogo a un preparato originale e sostituibile a quest'ultimo in quanto contenente i medesimi principi attivi e offerto nelle medesime forme galeniche e con i medesimi dosaggi (art. 4 cpv. 1 a septies Legge sugli agenti terapeutici [LATER]). Di norma, sono di prezzo decisamente più contenuto rispetto al preparato originale a causa dei costi di sviluppo minori o addirittura assenti.

Infortunio

È considerato infortunio l'azione repentina, involontaria e lesiva che colpisce il corpo umano, dovuta a fattore esterno straordinario, che compromette la salute fisica, mentale o psichica o che provochi la morte. Le malattie professionali e le lesioni corporali simili ad infortuni sono equiparati agli infortuni.

Malattia

È considerata malattia qualsiasi disturbo della salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che renda necessaria una visita o una cura medica oppure provochi un'incapacità lavorativa.

Maternità

La maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre.

Medicamento biosimilare

Un medicamento biologico che ha una sufficiente similarità con un preparato di riferimento omologato e che si riferisce alla documentazione relativa a tale preparato (art. 4 cpv. 1 a novies Legge sugli agenti terapeutici [LATER]). Vale a dire che sono prodotti d'imitazione dei farmaci biologici originali. I medicinali biosimilari non sono identici al preparato originale, bensì soltanto molto simili.

Medico coordinatore

È denominato medico coordinatore un medico o uno studio medico di gruppo dall'Elenco dei medici Multimed.

Mezzi ausiliari, Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp)

I mezzi ausiliari (mezzi e apparecchi) servono al trattamento o al controllo di una malattia o delle sue conseguenze (come i deambulatori, gli apparecchi per inalazione e terapia respiratoria, i bendaggi, le stampelle o i mezzi ausiliari per l'incontinenza ecc.). Nell'Elenco EMAp sono riportati i mezzi ausiliari e gli apparecchi obbligatoriamente a carico degli assicuratori-malattie nel quadro dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Modello assicurativo alternativo (MAA)

Un modello assicurativo alternativo è una forma assicurativa particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, con scelta limitata del fornitore di prestazioni. Grazie alla limitazione della scelta dei fornitori di prestazioni secondo art. 41 cpv. 4 LAMal il premio può essere ridotto.

Partecipazione ai costi (aliquota percentuale e franchigia)

Se la persona assicurata percepisce prestazioni mediche (come p. es. visite mediche, medicinali, terapeuti) deve assumere una parte dei costi. La parte pagata di tasca propria viene denominata partecipazione ai costi. Essa è composta dalla franchigia (importo annuo fisso) e da un'aliquota percentuale (quota percentuale dei costi superanti la franchigia).

Partner di coordinamento

Il medico coordinatore risp. lo studio medico di gruppo secondo l'Elenco dei medici Multimed e il Centro di Telemedicina vengono denominati singolarmente e insieme come partner di coordinamento.

Prestazioni di prevenzione (medicina preventiva)

L'assicurazione assume i costi delle seguenti misure della medicina preventiva (art. 26 LAMal):

- a) vaccinazioni profilattiche (art. 12a OPre);
- b) misure di profilassi di malattie (art. 12b OPre);
- c) esami sullo stato di salute generale (art. 12c OPre);
- d) misure per l'individuazione precoce di malattie in determinati gruppi a rischio (art. 12d OPre);

e) misure per l'individuazione precoce di malattie nella popolazione in generale, incluse le misure destinate a tutte le persone di una determinata classe d'età oppure a tutti gli uomini o donne (art. 12e OPre).

Programma di accompagnamento del paziente

Il programma di accompagnamento del paziente ha lo scopo di aumentare la qualità di vita delle persone che soffrono di una malattia cronica e di minimizzare le ripercussioni della malattia. Il partner di coordinamento è a conoscenza dei programmi di accompagnamento del paziente attualmente offerti presso l'assicuratore malattie. Per ogni singolo programma di accompagnamento del paziente valgono specifici criteri di partecipazione. Se indicato dal punto di vista medico, la partecipazione ad un tale programma di accompagnamento del paziente viene concordata insieme alla persona assicurata.

Studio medico di gruppo

Si tratta di una definizione generale per tutte le forme organizzative di cooperazione di medici indipendenti nell'ambito dell'approvvigionamento ambulatoriale.

Tiers garant

La persona assicurata è debitrice dell'onorario nei confronti del fornitore di prestazioni (art. 42 cpv. 1 LAMal). L'assicuratore malattie rimborsa alla persona assicurata il suo diritto alle prestazioni con deduzione della partecipazione ai costi. Il sistema del tiers garant si applica quando fra il fornitore di prestazioni e l'assicuratore malattie non è stata concordata nessun'altra modalità di pagamento, vale a dire non vi è alcun contratto.

Tiers payant

L'assicuratore malattie è debitore dell'onorario nei confronti del fornitore di prestazioni (art. 42 cpv. 2 LAMal). A scopo di informazione e di controllo, il fornitore di prestazioni deve consegnare alla persona assicurata una copia della fattura (art. 42 cpv. 3 LAMal e art. 59 cpv. 4 OAMal). L'assicuratore malattie paga al fornitore di prestazioni l'intera fattura (100%). L'assicuratore malattie fattura alla persona assicurata la partecipazione ai costi da sostenere da quest'ultima (di norma franchigia, aliquota percentuale ed un eventuale contributo ai costi ospedalieri). Il sistema del tiers payant si applica se vi è un contratto fra l'assicuratore malattie e il fornitore di prestazioni.

Trattamento ambulatoriale

Intervento o trattamento senza pernottamento in ospedale risp. per il quale la degenza dura meno di 24 ore.

Trattamento stazionario

È considerato stazionario un trattamento che comporta una degenza ospedaliera di almeno 24 ore o di una notte.