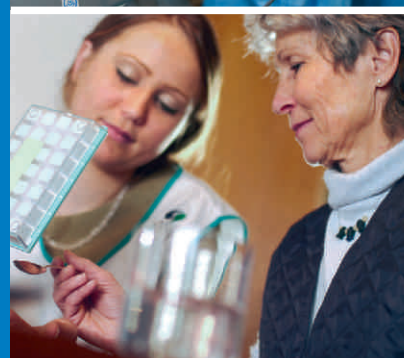


L'assicurazione malattie obbligatoria in due parole

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?	4
Prestazioni: cosa mi viene rimborsato?	6
Premi / Partecipazione ai costi	12
Possibilità di risparmio	14
Cosa fare in caso di disaccordo?	17
Indirizzi	18
Lettere modello	24
Documentazione	26
Indice / Parole chiave	27

Sigla editoriale

© Ufficio federale della sanità pubblica UFSP
Editore: UFSP
Data di pubblicazione: dicembre 2018

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: 2018-KUV-04
Internet: www.bag.admin.ch/bag/it/home/das-bag/publikationen/broschueren/publikationen-va/publikation-sie-fragen-wir-antworten-oblig-kv.html

Gentili lettrici, egregi lettori,

Quest'opuscolo risponde alle domande più frequenti. Esso offre una panoramica delle disposizioni legali in vigore dal 1° gennaio 2019, 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 21 e 22) o, per i pensionati domiciliati in uno Stato UE/AELS, all'Istituzione comune (www.kvg.org/it/rentner-_content---1--1041.html).

(Vedi opuscolo «Le assicurazioni sociali», consultabile all'indirizzo www.bsv.admin.ch/bsv/it/home/pubblicazioni-e-servizi/publikationen/broschueren.html).

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 pag. 21).

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

In linea di massima tutte le cure prestate da un medico sono coperte. 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.

Inoltre, sono rimborsate anche le prestazioni fornite da altri specialisti del settore sanitario su prescrizione medica (fisioterapia, cure infermieristiche ambulatoriali (SPITEX) o in casa di cura, consulenza nutrizionale, consulenza ai diabetici, logopedia, ergoterapia, neuropsicologia), nonché le misure prescritte dal medico curante (p. es. le analisi e gli esami radiologici). Le psicoterapie sono rimborsate a determinate condizioni. 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 appropriatezza o il cui rapporto costi/utilità (economicità) è contestato non è rimborsata dall'assicurazione malattie obbligatoria o lo è 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 specialista e ha concluso un perfezionamento riconosciuto nella relativa disciplina (questi documenti possono essere consultati sulla pagina Internet seguente

www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Aerztliche-Komplementaermedizin.html).

Il registro delle professioni mediche (MedReg) contiene un elenco dei medici in possesso di un simile titolo (www.medregom.admin.ch/IT).

I farmaci utilizzati per le cure vengono rimborsati se figurano nell'elenco delle specialità o nell'elenco dei medicinali con tariffa (vedi pag. 7).

...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 semi privato 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 pag. 26), 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 pag. 26).

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 pag. 26), 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 (www.bag.admin.ch/bag/it/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischer-impfplan.html), 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 e per i ragazzi e gli uomini tra gli 11 e i 26 anni la vaccinazione contro altre malattie tumorali causate da papilloma virus umani, 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 ogni due anni per le donne a partire dai 50 anni compiuti, 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). Per lo screening mammografico non è riscossa nessuna franchigia.

- 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 (colonoscopia in caso di esito positivo) oppure una colonoscopia ogni dieci anni. Se l'analisi viene effettuata nel quadro dei programmi di riconoscimento precoce dei Cantoni del Giura, di Neuchâtel, Ticino, di Uri o di Vaud, per la prestazione non è riscossa nessuna franchigia.

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 di base rimborsa un testo genetico prenatale non invasivo (NIPT) per l'identificazione di una trisomia 21, 18 o 13 a partire dalla 12esima settimana di gravidanza, quando sussiste un rischio pari o superiore a 1:1000 che il feto sia affetto da una trisomia 21, 18 o 13. Un risultato positivo di un NIPT deve essere confermato da un'amniocentesi.
- **preparazione al parto:** l'assicurazione di base versa un contributo di 150 franchi per la partecipazione a un corso di preparazione al parto, tenuto individualmente o in gruppo da una levatrice o un'organizzazione delle levatrici, o per un colloquio di consulenza con la levatrice o un'organizzazione delle levatrici;
- **parto:** l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) assume i costi del parto a domicilio, in un ospedale o in una casa per partorienti a condizione che gli ultimi due stabilimenti figurino in un elenco ospedaliero del Cantone di residenza (a tal proposito cfr. pag. 6/7 riguardo al ricovero). L'assistenza di un medico o di una levatrice fa parte della prestazione;
- **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, organizzazioni delle levatrici o da personale infermieristico appositamente formato.
 - l'assistenza della levatrice e delle organizzazioni delle levatrici consiste in visite a domicilio per curare madre e bambino e sorvegliare il loro stato di salute. Nei 56 giorni successivi a un parto prematuro, a un parto plurigemellare, al primo parto o a un taglio cesareo, l'AOMS assume i costi al massimo di 16 visite a domicilio. In tutti gli altri casi il massimo è di 10 visite. Nei 10

giorni successivi al parto la levatrice o l'organizzazione delle levatrici può effettuare, oltre alle visite a domicilio, al massimo cinque volte una seconda visita nello stesso giorno. Per le visite supplementari nei 56 giorni successivi al parto o necessarie dopo questi 56 giorni, è richiesta una prescrizione medica.

...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 autorizzato. 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 maggiori per occhiali e lenti a contatto prescritti dal medico 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 pag. 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 pag. 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 pag. 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 beneficate 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 pag. 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).

...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.
- 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.

...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 (p. es. medico, ospedale, trasporto).

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

(www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Leistungen-im-Ausland/Behandlungen-im-Ausland-fuer-Versicherte-mit-Wohnsitz-in-der-Schweiz.html).

Gli assicurati domiciliati nella UE, in Islanda o in Norvegia possono trovare ulteriori informazioni all'indirizzo internet

www.bsv.admin.ch/bsv/it/home/informazioni-per/versicherte/int.html.

...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 all'UE o all'AELS, per esempio in caso di malattia durante le vacanze, l'assicurazione malattie obbligatoria paga fino a un importo pari al doppio di quello che verrebbe 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 (p. 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». Informatevi presso il vostro assicuratore.

L'assicurazione malattie rimborsa il 50 per cento delle spese dei trasporti necessari per motivi medici, fino a un importo annuo massimo di 1000 franchi.

...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.

Secondo la decisione del Tribunale Federale del 3 dicembre 2015 e la relativa normativa in materia, per stabilire l'inizio e la fine della copertura assicurativa i premi vengono calcolati su base giornaliera (e non più mensile come dichiarava la precedente normativa).

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 pag. 18).

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. 8) 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

Non è riscossa nessuna franchigia in caso di mammografia per la diagnosi precoce del cancro al seno eseguita nel quadro di un programma cantonale o regionale (vedi pag. 7/8). Per informazioni vogliate rivolgervi al vostro assicuratore o al vostro medico curante.

Prevenzione del carcinoma del colon

Se l'esame si svolge nel quadro dei programmi di riconoscimento precoce (vedi pag. 8), 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 pag. 23).

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, pag. 24).
- 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, pag. 24).
- **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, pag. 24).
- 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, pag. 24).

Esempio:

Se desiderate cambiare l'attuale assicuratore-malattie di base, basta disdire il vostro contratto d'assicurazione prima del 30 novembre; e questo indipendentemente dal fatto che il premio sia stato aumentato o che voi abbiate stipulato una forma particolare d'assicurazione (rete sanitaria, modello HMO, modello di medico di famiglia, consulenza telemedica, franchigia a scelta, assicurazione con bonus). È determinante che l'assicuratore-malattie vi comunichi il nuovo premio, approvato dall'UFSP, prima del 31 ottobre.

Attenzione! la disdetta va inoltrata a tempo debito (vedi lettera modello 1, pag. 24)! 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. Sbrigare 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, pag. 26):

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, pag. 23).

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. pag. 16).

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, pag. 24).

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 pag. 23). 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, pag. 25). Se, tuttavia, non siete ancora soddisfatti...

... fate opposizione

Contro la decisione potete fare opposizione formale (scritta od orale: lettera modello 5, pag. 25) 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 @ ipv@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	Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden Neue Steig 15 Postfach 9102 Herisau	☎ 071 354 51 51 ☎ 071 354 51 52 @ info@sovar.ch 🌐 www.sovar.ch
BE Bern	Amt für Sozialversicherungen Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	☎ 031 636 45 00 ☎ 031 634 51 62 @ asv.pvo@jgk.be.ch 🌐 www.be.ch/pvo
BL Basel- Landschaft	Sozialversicherungsanstalt Basel- Landschaft Hauptstrasse 109 4102 Binningen	☎ 061 425 25 25 ☎ 061 425 25 00 @ info@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.caisseavsvfr.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.caisseavsvjura.ch
LU Luzern	Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	☎ 041 375 05 05 ☎ 041 375 05 00 @ 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 🌐 www.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 ☎ 027 607 01 51 @ info@avs.vs.ch 🌐 www.avs.vs.ch
ZG Zug	Ausgleichskasse des Kantons Zug Baarerstrasse 11 Postfach 6304 Zug	☎ 041 560 47 00 ☎ 041 560 47 47 @ 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 25 90 ☎ 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 ☎ 031 634 51 61 @ info.asv@jgk.be.ch 🌐 www.jgk.be.ch
BL Basel-Landschaft	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	☎ 032 625 30 30 ☎ 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🌐 www.kvg.org
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 ☎ 041 375 05 00 @ 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 Promenadenstrasse 16 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 🌐 www.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	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	☎ 032 625 30 30 ☎ 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🌐 www.kvg.org
ZH Zürich	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich Prämienverbilligung / Versicherungspflichtobligatorium 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 pag. 26) e all'indirizzo Internet:

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

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 pag. 26).

Altri indirizzi

- **Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie**, Morgartenstrasse 9, casella postale 3565, 6002 Lucerna, tel. 041 226 10 12 (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 0900 56 70 47 (d) 0900 56 70 48 (f) (2.90 franchi/min.), www.spo.ch
- **Associazione consumatrici della Svizzera italiana (ACSI)**, Strada di Pregassona 33, 6963 Pregassona, tel. 091 922 97 55, www.acsi.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 LPGa. Allegato: fotocopia della vostra decisione [facoltativo]

5 Opposizione

Con la presente faccio opposizione, ai sensi dell'articolo 52 capoverso 1 LPGa, 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/bag/it/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-versicherungen/gesetzgebung-krankenversicherung/kvg.html o possono essere ordinate presso l'UFCL (numero d'ordinazione 832.10.I):

UFCL, Distribuzione pubblicazioni, 3003 Berna. Indirizzo internet:
www.pubblicazionifederali.admin.ch

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/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel/Mitteilungen-zur-Spezialitaetenliste.html) oppure ordinati all'UFCL (n. dell'articolo: 316.930 risp. 316.925):

UFCL, Distribuzione delle pubblicazioni federali, 3003 Berna,
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/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Mittel-und-Gegenstaendeliste.html o possono essere ordinati presso l'UFCL (numero d'ordinazione 316.940.I): UFCL, Distribuzione pubblicazioni, 3003 Berna, indirizzo internet:

www.pubblicazionifederali.admin.ch

Indice/ Parole chiave

- Aliquota percentuale 12**
- Assicurazione bonus 16**
- Assicurazione complementare 6, 11, 15**
- Assicurazione di base 7, 8, 10**
- Assicurazione malattie obbligatoria 9, 10, 11, 14, 15, 24, 26**
- Case di cura 10**
- Case di cura 10**
- Chiropratico 9**
- Consulenza per l'allattamento 8**
- Copertura degli infortuni 16, 24**
- Cure a domicilio 10**
- Cure balneari 10**
- Cure dentarie 9**
- Decisione scritta 17**
- Disdetta 14**
- Elenco dei mezzi e degli apparecchi 9**
- Elenco delle specialità 7, 26**
- Esame di controllo post-partum 8**
- Esteri 4, 11**
- Farmaci 7, 12**
- Fisioterapia 9, 10**
- Franchigia 12, 13, 14, 15, 24**
- Generici 26**
- Generici 7**
- HMO 15, 23**
- Infortuni 10**
- Lenti a contatto 9**
- Mammografia 7**
- Mammografia 13**
- Mammografia 13**
- Maternità 8, 9, 12**
- Medico 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15**
- Medico di famiglia 15**
- Mezzi e apparecchi 9, 26**
- Neonato 9**
- Obbligo di assicurarsi 4, 5, 21**
- Occhiali 9**
- Opposizione 17, 25**
- Ospedale 6, 9, 12, 13**
- Partecipazione ai costi 9, 12**
- Parto 8**
- Premi 12, 14, 15, 26**
 - Panoramica dei premi 14, 26**
 - Ribasso sui premi 15**
 - Riduzione dei premi 12, 18**
 - Rimborso dei premi 16**
- Prevenzione 7**
- Reti sanitarie 23**
- Ricorso 17**
- Salvataggi 10**
- SPITEX 10**
- Trasporti 10**
- UE/AELS 4, 12**
- Urgenza 11**

