

Edizione 1° gennaio 2014

## Condizioni supplementari d'assicurazione (CSA) PRIMEO – assicurazione integrativa di cura medica per prestazioni ambulatoriali

---

### Indice

#### In generale

##### 1 Scopo

#### Prestazioni

##### 2 Libera scelta del medico per i trattamenti ambulatoriali

##### 3 Pernottamento e prestazioni di comfort

##### 4 Impianti

##### 5 Forme terapeutiche e diagnostiche innovative

##### 6 Trasporti

##### 7 Mezzi e apparecchi

##### 8 Trattamento ambulatoriale all'estero

##### 9 Visite di controllo (check-up)

##### 10 Hotline

#### Varianti assicurative

##### 11 Posizione particolare per forme particolari d'assicurazione

#### Varie

##### 12 Adeguamento dei premi

---

### In generale

#### 1 Scopo

1.1 L'assicurazione integrativa di cura medica PRIMEO corrisponde prestazioni per i costi non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di trattamenti ambulatoriali.

1.2 Le prestazioni della presente assicurazione sono assunte se sono fruite per motivi medici e se sono necessarie.

### Prestazioni

#### 2 Libera scelta del medico per i trattamenti ambulatoriali

2.1 PRIMEO copre i costi per la libera scelta del medico nel quadro di un trattamento ambulatoriale. In tale contesto l'assicuratore corrisponde i costi supplementari dovuti alla libera scelta del medico in caso di trattamenti ambulatoriali o di un parto ambulatoriale.

2.2 La condizione per il diritto alle prestazioni è che l'assicuratore disponga per tale prestazione di un accordo contrattuale (convenzione tariffale) con il rispettivo fornitore di prestazioni.

2.3 L'assicuratore tiene una lista degli istituti nei quali sussiste una scelta del medico per i trattamenti ambulatoriali o il parto ambulatoriale e quindi un diritto a prestazioni. Tale lista viene costantemente aggiornata e può essere consultata presso l'assicuratore o se ne può richiedere un estratto (sito Internet).

#### 3 Pernottamento e prestazioni di comfort

3.1 Per i pernottamenti in una clinica o in albergo non indicati dal profilo medico della persona assicurata direttamente la notte prima e/o dopo un trattamento rimborsato dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o dalla presente assicurazione, l'assicuratore corrisponde complessivamente fino al massimo CHF 400.– per trattamento e fino al massimo CHF 1200.– per anno civile.

3.2 Per le prestazioni di comfort dispensate nel quadro di trattamenti ambulatoriali, l'assicuratore si assume i costi nel quadro dell'accordo pattuito con il rispettivo fornitore di prestazioni. Le prestazioni di comfort comprendono un'assistenza intensa da parte di personale non medico, il soggiorno in una zona di riposo separata (ad es. camera a uno o due letti), vitto separato nonché servizi particolari (ad es. WLAN, giornali e riviste, telefono).

3.3 La condizione per il diritto alle prestazioni è che l'assicuratore disponga per tale prestazione di un accordo contrattuale (convenzione tariffale) con il rispettivo fornitore di prestazioni o prestatore di servizio.

3.4 L'assicuratore tiene una lista dei fornitori di prestazioni che offrono prestazioni di comfort. Tale lista viene costantemente aggiornata e può essere consultata presso l'assicuratore o se ne può richiedere un estratto (sito Internet).

#### 4 Impianti

Per gli impianti innestati durante trattamenti ambulatoriali e non rimborsati completamente o per niente dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l'assicuratore si assume per le prestazioni non coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie il 90% dei costi fatturati, complessivamente al massimo CHF 5000.– per anno civile.



**5 Forme terapeutiche e diagnostiche innovative**

- 5.1 Per le forme terapeutiche e diagnostiche ambulatoriali appropriate e innovative non rimborsate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l'assicuratore si assume il 90% dei costi fatturati, complessivamente al massimo CHF 5000.– per anno civile.
- 5.2 L'assicuratore tiene una lista delle forme terapeutiche e diagnostiche innovative per le quali sussiste un diritto a prestazioni e dei fornitori di prestazioni che le offrono. Tale lista viene costantemente aggiornata e può essere consultata presso l'assicuratore o se ne può richiedere un estratto (sito Internet).

**6 Trasporti**

- 6.1 Per i costi di trasporto, l'assicuratore si assume complessivamente al massimo CHF 500.– per anno civile tenendo conto del paragrafo 22 CGA.
- 6.2 Il diritto al rimborso dei costi sussiste solo per i trasporti da o verso un fornitore di prestazioni riconosciuto secondo l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se il trasporto avviene nel quadro di un trattamento rimborsato dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o dalla presente assicurazione.

**7 Mezzi e apparecchi**

Per i mezzi e apparecchi secondo l'Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp, Allegato 2 all'Ordinanza sulle prestazioni) necessari e consegnati su prescrizione medica che superano il limite previsto dall'EMAp, l'assicuratore si assume complessivamente al massimo CHF 5000.– per anno civile dei costi delle prestazioni non coperte completamente dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

**8 Trattamento ambulatoriale all'estero**

- 8.1 In caso di un trattamento ambulatoriale mirato, scientificamente riconosciuto e finalizzato in un ospedale all'estero, l'assicuratore si assume i costi secondo la garanzia d'assunzione dei costi concessa. In tale contesto l'assicuratore può garantire l'assunzione dei costi anche solo per una parte del trattamento desiderato.
- 8.2 Per la fruizione di ulteriori prestazioni secondo le presenti CSA (pernottamento e prestazioni di comfort, impianti, forme terapeutiche e diagnostiche innovative, trasporti, mezzi e apparecchi, visite di controllo e hotline) all'estero, valgono le rispettive condizioni e i rispettivi limiti.

**9 Visite di controllo (check-up)**

- 9.1 Per i costi di visite di controllo (check-up), l'assicuratore si assume al massimo CHF 1700.– ogni tre anni civili.

9.2 La condizione per il diritto alle prestazioni è che l'assicuratore disponga per tale prestazione di un accordo contrattuale (convenzione tariffale) con il rispettivo fornitore di prestazioni.

9.3 L'assicuratore tiene una lista degli istituti presso i quali sussiste un diritto a prestazioni. Tale lista viene costantemente aggiornata e può essere consultata presso l'assicuratore o se ne può richiedere un estratto (sito Internet).

**10 Hotline**

- 10.1 In caso di utilizzo di hotline e/o servizi online di consulenza medica a pagamento di fornitori di prestazioni riconosciuti da Helsana, l'assicuratore si assume i costi fatturati, complessivamente al massimo CHF 300.– per anno civile.
- 10.2 L'assicuratore tiene una lista dei prestatori di servizio riconosciuti per tale prestazione. Tale lista viene costantemente aggiornata e può essere consultata presso l'assicuratore o se ne può richiedere un estratto (sito Internet).
- 10.3 I costi sono rimborsati dietro presentazione della fattura telefonica o della fattura del servizio online.

**Varianti assicurative****11 Posizione particolare per forme particolari d'assicurazione**

Per le persone assicurate che hanno stipulato altre forme particolari d'assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal (ad es. HMO, altri modelli medico di famiglia o altri modelli assicurativi con scelta limitata dei fornitori di prestazioni), le disposizioni restrittive per la fruizione di prestazioni disciplinate nelle rispettive condizioni generali d'assicurazione valgono analogamente anche per la presente assicurazione.

**Varie****12 Adeguamento dei premi**

- 12.1 I premi vengono calcolati in base all'età e al sesso della persona assicurata. Le persone assicurate sono inserite nella fascia d'età corrispondente alla loro età attuale.
- 12.2 Il paragrafo 12.2 CGA per le assicurazioni integrative di malattia non trova applicazione per il prodotto PRIMEO.

