

**FORMULARIO DI CONTROLLO DI EQUIVALENZA
DELL'ASSICURAZIONE-MALATTIA**

(Legge fédérale sull'assicurazione-malattia (LAMal) del 18 marzo 1994)
(Art. 2 OAMal del 27.06.1995)

**ATTESTAZIONE DELL'ASSICURATORE STRANIERO IN VISTA DEL RILASCIO DI UNA
DISPENSA DELL'OBBLIGO DI ASSICURAZIONE IN SVIZZERA**

1. IDENTITÀ DELL'ASSICURATO

Cognome		.....
Nome(i)		.....
Data di nascita	.....	nazionalità	.....
Stato civile	<input type="checkbox"/> célibe	<input type="checkbox"/> sposato/ e	<input type="checkbox"/> separato / a
per gli stranieri tipo di permesso	<input type="checkbox"/> libretto C	<input type="checkbox"/> libretto B	<input type="checkbox"/> libretto L
Statuto	<input type="checkbox"/> studente	<input type="checkbox"/> lavoratore /ice espatriato	<input type="checkbox"/> tirocinan tet
Scuola / ditta	.....	Data fine soggiorno in Svizzera	.....
Via & no	.....	
No postale & località *	.....	

(*se possible in Svizzera)

2. MEMBRI DELLA FAMIGLIA PER I QUALI LA DISPENSA DI ASSICURAZIONE E SOLLECITATA

Cognome	Nome	Data di nascita	Sesso M o F	Grado di parentela

Luogo e

firma dell'assicurato * :

data :

Il sottoscritto assicuratore attesta che, durante il loro soggiorno in Svizzera, la o le persone summenzionate usufruiscono di una copertura di assicurazione malattie e infortuni equivalente all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (vedi pagine 2 e 3), segnatamente per :

- la copertura integrale delle spese di degenza ospedaliera nel reparto comune degli ospedali pubblici del cantone di Neuchâtel, alle tariffe previste per le persone che non possono beneficiare degli accordi convenzionali, (a titolo indicativo per 2006, si rimanda ad alcuni esempi di fatturazione per APDRG alla pagina 3);
- la presa a carico totale delle spese legate alla gravidanza e alla maternità, specialmente alle spese di parto in divisione comune degli ospedali pubblici del cantone di Neuchâtel, sulle tariffe previste per le persone che non possono beneficiare degli accordi convenzionali, (a titolo indicativo per 2006, si rimanda ad alcuni esempi di fatturazione per APDRG alla pagina 3);
- la presa a carico totale delle spese di cure in un istituto médico sociale (a titolo indicativo per 2006, di Sfr 18.50 à SFr 224.90 giornalieri, secondo il grado di dipendenza);
- la presa a carico deall spese delle cure ambulatorie tali quali definite negli articoli 25 à 31 LAMal citati in pagina annessa (a titolo indicativo per delle dialisi in 2006, Frs 500.— + medicinali e piccolo materiale).

Con la presente attestazione, l'assicuratore sottoscritto si impegna a versare le sue prestazioni quando l'una o l'altra delle eventualità sopracitate si realizza. Il ricorso all'aiuto sociale comunale o cantonale è escluso.

Data di stipulazione del contratto

Timbro e firma dell'assicuratore * :

Data della scadenza della copertura :

Luogo e data :

**FORMULARIO DA RINVIARE A: OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-MALADIE
ESPACE DE L'EUROPE 2, CASE POSTALE 716, 2002 NEUCHATEL**

* L'assicurato et l'assicuratore si ingaggiano a comunicare all'autorità compétente la rescissione del contratto, come tutta la riduzione della copertura di assicurazione che non garantirebbe piu l'equivalenza con l'assicurazione obbligatoria delle cure.

Servizio delle assicurazioni malattie

Estratti della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18.3.1994

Art. 25 Prestazioni generali in caso di malattia

¹L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia e i relativi postumi.

²Queste prestazioni comprendono:

- a. gli esami, le terapie e le cure dispensate ambulatorialmente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura:
 1. dal medico;
 2. dal chiropratico;
 3. da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione medica;
- b. le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, dal chiropratico;
- c. un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico;
- d. i provvedimenti di riabilitazione medica, eseguiti o prescritti dal medico;
- e. la degenza nel reparto comune in ospedale;
- f. la degenza in un istituto che fornisce prestazioni semiospedaliere;
- g. un contributo alle spese di trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio.

Art. 26 Medicina preventiva

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi di determinati esami destinati ad individuare precocemente le malattie nonché misure preventive in favore di assicurati particolarmente in pericolo. Tali esami o misure preventive sono effettuati o prescritti da un medico.

Art. 27 Infermità congenite

Per le infermità congenite che sono coperte dall'assicurazione invalidità, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia.

Art. 28 Infortuni

Per gli infortuni ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera b, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia.

Art. 29 Maternità

¹Oltre ai costi delle prestazioni in caso di malattia, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume quelli delle prestazioni specifiche di maternità.

²Quest'ultime comprendono:

- a. gli esami di controllo durante e dopo la gravidanza, effettuati da un medico o da una levatrice o prescritti da un medico;
- b. il parto a domicilio, all'ospedale o in un istituto semiospedaliero, come pure l'assistenza del medico e della levatrice;
- c. la necessaria consulenza per l'allattamento.

Art. 30 Interruzione non punibile della gravidanza

In caso d'interruzione non punibile della gravidanza ai sensi dell'articolo 120 del Codice penale, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia.

Art. 31 Cure dentarie

¹L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle cure dentarie:

- a. se le affezioni sono causate da una malattia grave e non evitabile dell'apparato masticatorio; o
- b. se le affezioni sono causate da una malattia grave sistemica o dei suoi postumi; o
- c. se le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sistemica o dei suoi postumi.

²Essa assume pure i costi della cura di lesioni del sistema masticatorio causate da un infortunio ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera b.

2006		
A TITOLO INDICATIVO, ESEMPI DI FATTURAZIONE OSPEDALIERA PER "APDRG" (All Patients Diagnosis Related Group)		
Per pazienti non beneficiari di tariffe convenzionali LAMal o non titolari di una tessera europea E-111		
Descrizione	Degenza ospedaliera media	Costi (in franchi svizzeri)
Commozione, traumatismo intracranico con coma <1 ora o assente, >18 anni, senza complicazioni	3	3'396
Aborto, con dilatazione, aspirazione, raschiamento o isterotomia	3	4'562
Urolitiasi, senza complicazioni (calcolo renale)	4	4'742
Esofago-, gastro-enterite e affezioni digestive diverse, >17 anni, senza complicazioni	5	5'778
Neonato, peso >2.49 kg, senza interventi significativi, diagnosi normale**	6	5'670
Parto non complicato, per via vaginale*	6	6'290
Chemioterapia	4	6'602
Parto complicato, per via vaginale*	6	6'689
Appendicectomia senza diagnosi principale complicata, senza complicazioni	5	6'870
Fratture, distorsioni, slogature, lussazioni del braccio, del membro inferiore salvo il piede, >17 anni, senza complicazioni	7	7'622
Segni e sintomi, senza complicazioni	7	7'658
Radioterapia	6	7'700
Bronchite e asma, >17 anni, senza complicazioni	7	7'872
Problemi di schiena medici, <76 anni	9	8'956
Sincope e collasso, con complicazioni	8	9'130
Esofago-, gastro-enterite e affezioni digestive diverse, >17 anni, con complicazioni	8	9'219
Polmonite semplice e pleurite, >17 anni, senza complicazioni	9	10'144
Affezioni circolatorie con infarto, senza complicazioni cardiovascolari, dimesso vivo	9	11'937
Fratture dell'anca e del bacino	11	12'024
Fratture del femore	10	12'405
Polmonite semplice e pleurite, >17 anni, con complicazioni	11	13'249
Affezioni circolatorie con infarto, con complicazioni cardiovascolari, dimesso vivo	13	18'428
Interventi cardiovascolari percutanei con infarto acuto, scompenso cardiaco o shock	8	21'241
Neonato, 1.5-1.99 kg, senza interventi significativi, con problema minore**	19	27'014
Interventi maggiori sulla testa ed il collo per affezioni maligne	13	29'749
Interventi cardiovascolari maggiori, con complicazioni	14	32'601
By-pass coronarico, con cateterismo cardiaco	15	38'943
Malattie del sistema respiratorio con assistenza ventilatoria	17	38'949
By-pass coronarico, con complicazioni gravi	15	40'744
HIV con intervento chirurgico & ventilazione o supporto nutrizionale	39	66'783
Trapianto cardiaco	37	81'390
Tracheotomia per infezione HIV	59	117'645
Ustioni diffuse con interventi chirurgici	59	170'235
Neonato, peso alla nascita <750 g, dimesso vivo dall'ospedale**	90	213'969

*/** queste prestazioni si cumulano (madre + figlio). **Avvertenza:** I dati summenzionati sono **esempi indicativi** tratti dalla nomenclatura tariffaria, che comprende più di 660 posizioni tariffarie. Il costo può inoltre differire in funzione della durata reale della degenza ospedaliera.