Vschinauncha da La Punt Chamues-ch

Modulo G

Domanda di esonero dall'obbligo di assicurazione per le cure medico-sanitarie in Svizzera (LAMal) per frontalieri e loro congiunti non esercitanti un'attività lucrativa

Il/La sottoscritto/a

(1) Cognome: _____ Nome: _____

Cittadino/a di (Stato): _____

Indirizzo: _____

Datore di lavoro e luogo di lavoro: _____

e il/la/i congiunto/a/i **non esercitante/i attività lucrativa**:
(indicare i figli soltanto se nessun genitore esercita un'attività lucrativa, percepisce una pensione o un'indennità di disoccupazione nel paese di domicilio)

(2) Cognome: _____ Nome: _____
(3) Cognome: _____ Nome: _____
(4) Cognome: _____ Nome: _____
(5) Cognome: _____ Nome: _____
(6) Cognome: _____ Nome: _____

è/sono assicurato/a/i per le cure medico-sanitarie in _____ (Stato) per il periodo dal _____ al _____. Chiede pertanto l'esonero dall'obbligo assicurativo in Svizzera (LAMal).

Per le persone assicurate volontariamente presso un **assicuratore privato**, l'assicuratore qui di seguito indicato conferma di coprire interamente eventuali costi per cure medico-sanitarie in Svizzera (vedi retro).

Assicuratore: Indirizzo (timbro):

Luogo/data: _____ Firma: _____

Luogo/data: Firma del richiedente:

_____ _____

Da allegare:
- copia/e della tessera europea assicurazione malattia / attestato originale dell'assicuratore privato
- copia del permesso di frontaliero (per cittadini svizzeri copia della carta d'identità o del passaporto)

vedi retro

Legge federale sull'assicurazione malattie

Art. 25 Prestazioni generali in caso di malattia

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

[2] Queste prestazioni comprendono:

a. gli esami e le terapie ambulatoriali, in ospedale o in una casa di cura, nonché le cure in ospedale dispensate:
   1. dal medico;
   2. dal chiropratico;
   3. da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico;
b. le analisi, i medicamenti, 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 in ospedale secondo lo standard del reparto comune;
f. (…)
f[bis]. la degenza in caso di parto in una casa per partorienti (art. 29);
g. un contributo alle spese die trasporto necessarie dal profilo medico e alle spese di salvataggio.
h. la prestazione effettuata dal farmacista al momento di fornire i medicamenti prescritti dal medico secondo la lettera b.

Art. 25a Cure in caso di malattia

[1] L'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie presta un contributo alle cure dispensate ambulatoriamente in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico, anche in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura.

[2] I costi delle cure acute e transitorie che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica sono rimunerati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere). Assicuratori e fornitori di prestazioni convengono importi forfettari.

[3] Il Consiglio federale designa le cure e disciplina la procedura di accertamento del bisogno.

[4] Il Consiglio federale fissa i contributi in franchi differenziandoli a seconda del bisogno terapeutico. È determinante il costo calcolato secondo il bisogno in cure della qualità necessaria, dispensate in modo efficiente ed economico. Le cure sono sottoposte a un controllo della qualità. Il Consiglio federale determina le modalità.

[5] I costi delle cure non coperti dalle assicurazioni sociali possono essere addossati all'assicurato solo per un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale. I Cantoni disciplinano il finanziamento residuo. La determinazione e il versamento del finanziamento residuo competono al Cantone nel quale l'assicurato è domiciliato. Nel caso delle cure ambulatoriali, il finanziamento residuo è retto dalle disposizioni del Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni. La degenza in una casa di cura non fonda una nuova competenza. Se, al momento del ricovero, nel Cantone di domicilio non vi è disponibilità di posti letto in una casa di cura situata nei pressi del domicilio dell'assicurato, il finanziamento residuo è assunto dal Cantone di domicilio conformemente alle disposizioni del Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni. Questo finanziamento residuo e il diritto dell'assicurato alla degenza nella casa di cura in questione sono garantiti senza limiti di tempo.

Art. 26 Medicina preventiva

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi die 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 (art. 3 cpv. 2 LPGA76) che non sono coperte dall'assicurazione per l'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 (infortunio, per quanto non a carico di alcuna assicurazione infortuni), l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia.

Art. 29 Maternità

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

[2] Quest'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, in ospedale o in una casa per partorienti, come pure l'assistenza del medico o della levatrice;
c. la necessaria consulenza per' l'allattamento.
d. i costi delle cure e della degenza del neonato sano, finché soggiorna con la madre all'ospedale.

Art. 30 Interruzione non punibile della gravidanza

In caso d'interruzione non punibile della gravidanza ai sensi dell'articolo 119 del Codice penale, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume gli stessi costi delle prestazioni in caso di malattia.

Art. 31 Cure dentarie

[1] L'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 sitemica o dai suoi postumi; o
c. se le cure sono necessarie per il trattamento di una malattia grave sitemica o dei suoi postumi.

[2] Essa assume pure i costi della cura di lesioni del sistema masticatorio causate da un infortunio ai sensi dell'articolo 1 capoverso 2 lettera b (infortunio, per quanto non a carico di alcuna assicurazione infortuni).