

Occhiali e lenti a contatto

COSA PAGA L'ASSICURAZIONE DI BASE

Su esibizione della ricetta medica, l'assicurazione di base copre i costi di lenti per occhiali o lenti a contatto, fino a un massimo di 180 franchi l'anno – per minorenni. Per gli adulti non è previsto in genere alcun rimborso. Solo in presenza di difetti visivi particolarmente critici o di determinate malattie, l'assicurazione di base obbligatoria partecipa ai costi di occhiali e lenti a contatto per tutte le categorie di età – in casi gravi, con un importo massimo di 630 franchi per occhio. Va consultato il proprio oculista. Come per le altre prestazioni, un'eventuale partecipazione ai costi da parte dell'assicurazione di base è soggetta a franchigia.




COSA OFFRE L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE

Mediante un'assicurazione complementare corrispondente, le casse malati coprono le spese per lenti per occhiali e lenti a contatto spesso anche senza ricetta medica. Solitamente è sufficiente una visita dall'ottico.

CONSIGLIO

I contributi delle assicurazioni complementari nel settore oftalmico sono contenuti. La stipula di un'assicurazione complementare conviene solitamente se, oltre al contributo per lenti per occhiali o lenti a contatto, si usufruisce di altre prestazioni.

PRESTAZIONI COMPLEMENTARI PER OCCHIALI E LENTI A CONTATTO

Cassa malati	Assicurazione complementare	Assunzione dei costi per adulti
 Prestazioni superiori alla media		
AXA	COMPLET	max CHF 300/anno
Gruppo Helsana	Completa ²	90%, max CHF 300/anno
KPT/CPT	Cure medico-sanitarie Comfort	max CHF 200/anno periodo di attesa 365 giorni
Gruppo CSS	Amb. myFlex Balance	max CHF 150/anno
Atupri	Mivita Reala	50%, max CHF 300/anno
Sympany	Premium	max CHF 420/3 anni
Assura	Complementa Extra	CHF 100/anno, max CHF 500 entro 5 anni
Sanitas	Classic	max CHF 300/3 anni
 Prestazioni ordinarie		
ÖKK	START	max CHF 80/anno (in tutto il mondo) ³
Concordia	Diversa ^{care}	max CHF 200/3 anni
Gruppo Visana	Basic	90%, max CHF 200/3 anni
SWICA	Completa Top	90%, max CHF 200/3 anni ¹
 Prestazioni inferiori alla media		
EGK	SUN-3	max CHF 200/3 anni, (franchigia CHF 300) ^{5,6}
Groupe Mutuel	Bonus	max CHF 150/3 anni, (franchigia CHF 150) ⁴

Nota bene: a confronto, i prodotti per cure medico-sanitarie più venduti.

- 1 Rimborso autorizzato unicamente se l'assicurazione di base non ha erogato alcuna prestazione per lenti oftalmiche negli stessi 3 anni.
- 2 Disponibile anche come prodotto singolo «Top» (90%, max 150 franchi/anno).
- 3 200 franchi in più con «ÖKK NATURA PLUS» (cumulabile su due anni, a patto che nel primo anno non sia stata corrisposta alcuna prestazione).
- 4 Franchigia unica di 150 franchi per diverse prestazioni (esclusa prevenzione) con il prodotto «Bonus».
- 5 Assunzione dei costi anche per i trattamenti laser.
- 6 La franchigia viene applicata a tutte le prestazioni ambulatorie.

Salvataggio e trasporto

COSA PAGA L'ASSICURAZIONE DI BASE

L'assicurazione di base opera una distinzione tra i costi di salvataggio e le spese di trasporto. Per salvataggio s'intende l'operazione di soccorso in situazioni di emergenza o pericolo di vita e conseguente trasporto in ospedale. Esempi concreti: liberare un alpinista incastrato in un crepaccio e trasportarlo con l'elicottero all'ospedale più vicino o soccorrere una casalinga colpita da infarto e condurla d'urgenza in ambulanza in ospedale. In tali casi, l'assicurazione di base rimborsa il 50 per cento dei costi di salvataggi avuti luogo in Svizzera, fino a un tetto massimo di 5000 franchi per anno civile. Non vengono rimborsati i costi generati da ricerca di persone scomparse, salvataggio di persone illese e recupero di salme.

Per spese di trasporto s'intendono i costi aggiuntivi che si verificano quando una persona malata – non in imminente pericolo di vita – va portata dal medico o in ospedale e tale trasferimento non è praticabile e nemmeno opportuno dal punto di vista medico se effettuato a piedi o con i mezzi pubblici. Si tratta in genere dei costi per l'ambulanza. L'assicurazione di base copre il 50 per cento delle spese di trasporto fino a un massimo di 500 franchi per anno. L'assicurazione di base deve assumersi anche il costo di un eventuale trasferimento in taxi, fino al suddetto importo, qualora le condizioni di salute del paziente non consentano il suo trasporto con i mezzi pubblici. Per i trasporti con l'auto privata, invece, non è previsto alcun rimborso.

In caso di trasferimento da un ospedale all'altro per motivi medici (ad esempio per visite specialistiche particolari), i relativi costi, per i pazienti con un'assicurazione di base ricoverati nel reparto comune, sono coperti per intero dall'assicurazione di base attraverso le tariffe forfettarie ospedaliere.

COSA OFFRE L'ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE

Le prestazioni dell'assicurazione di base sono insufficienti, soprattutto in caso di operazioni di salvataggio molto impegnative. L'assicurazione obbligatoria copre solo il 50 per cento dei costi e non corrisponde alcuna prestazione per salvataggi all'estero. Va poi considerato, che anche il rimborso massimo, pari a 500 franchi, può non essere sufficiente a coprire i costi di un rimpatrio in Svizzera inevitabile dal punto di vista medico. I rimpatri costano in genere decine di migliaia di franchi. Per viaggi all'estero è pertanto necessaria un'assicurazione complementare adeguata.

CONSIGLIO

I sostenitori Rega e i titolari di libretti di assistenza sanitaria rilasciati da associazioni automobilistiche per l'estero spesso si illudono di poter fare affidamento su una copertura sufficiente. La Rega in effetti partecipa ai costi di rimpatrio con l'elicottero, ma non a quelli medici e ospedalieri. Anche i libretti della maggior parte delle associazioni automobilistiche e delle assicurazioni annuali per viaggi sono, in tale ambito, insufficienti: coprono solo le spese di rimpatrio e garantiscono unicamente un anticipo sui costi medici e ospedalieri generati all'estero – che andrà successivamente restituito. È pertanto auspicabile stipulare una copertura adeguata valida per l'estero a tutti gli effetti.