

Condizioni complementari (CC)

Assicurazione malattie complementare

Visana Managed Care (LCA) Ospedale

Osservazione:

- Per rendere il documento più scorrevole si rinuncia a usare la forma femminile accanto a quella maschile.

Le presenti condizioni complementari costituiscono parte integrante del contratto di assicurazione. Si rinvia esplicitamente alle Condizioni generali del contratto di assicurazione per le assicurazioni malattie complementari Visana Managed Care.

Quali prestazioni sono assicurate?

Con l'assicurazione complementare dei costi di guarigione Managed Care Ospedale (qui di seguito denominata Managed Care Ospedale) sono coperti:

- I costi di degenza in un **ospedale per malattie acute in Svizzera** nel reparto ospedaliero assicurato, a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'assicurazione viaggi Vacanza per otto settimane e l'assicurazione Assistance per prestazioni di pronto soccorso 24 ore su 24 sono coassicurate.
- Contributi per **le cure** e contributi ai costi di degenza in istituti per **trattamenti non acuti** (stabilimenti di cura per tossicomani, comunità terapeutiche) a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
- L'assicurazione complementare **Managed Care Ospedale Plus Hotel** per i costi di una camera singola o a due letti per gli assicurati del reparto comune.

Quali varianti potete assicurare con Managed Care Ospedale?

L'assicurato può scegliere l'assicurazione malattie complementare Managed Care Ospedale se ha stipulato l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie quale assicurazione Managed Care. Il grado d'assicurazione può essere scelto liberamente.

Se l'assicurazione di base Managed Care si estingue, l'assicurazione complementare Managed Care Ospedale cessa allo stesso momento. In tale caso avete la possibilità di stipulare presso Visana Assicurazioni SA un'assicurazione che corrisponde a questa copertura senza dover eseguire l'esame del rischio. Il proseguimento dell'assicurazione con Visana Assicurazioni SA deve essere fatto valere entro il termine di un mese dalla cessazione dell'assicurazione di base Managed Care presso Visana Assicurazioni SA.

Visana Assicurazioni SA non è tenuta ad accettare domande di proseguimento dell'assicurazione pervenute in ritardo.

Vi impegnate a ricorrere alle prestazioni assicurate soltanto dopo aver consultato il medico Managed Care e su prescrizione di quest'ultimo, in compenso ricevete una riduzione dei premi. Sono riconosciuti quali medici Managed Care i medici che per conto di Visana Assicurazioni SA praticano la forma assicurativa che comporta la scelta limitata del fornitore di prestazioni secondo la Legge sull'assicurazione malattie. Alla scelta del modello telemedico Managed Care, il fornitore telemedico vale come medico Managed Care. La presa di contatto con il medico telemedico Managed Care avviene telefonicamente.

Se si ricorre ad una prestazione senza aver consultato il medico Managed Care, viene assunto il 60% dei contributi elencati nel catalogo delle prestazioni.

Le quattro varianti di base dell'assicurazione Managed Care Ospedale sono:

- Managed Care Ospedale reparto comune
- Managed Care Ospedale reparto semiprivato
- Managed Care Ospedale reparto privato Europa
- Managed Care Ospedale reparto privato Mondo

La parte B dell'assicurazione Managed Care Ospedale

(cure, trattamenti non acuti) può essere stipulata solo in combinazione con la parte A (prestazioni per ospedali di malattie acute).

La parte C, Managed Care Ospedale Plus Hotel, è un'assicurazione complementare per gli assicurati del reparto comune ed assume – negli ospedali con i quali Visana Assicurazioni SA ha stipulato rispettivi contratti – il supplemento d'hotel stipulato nel contratto per una camera singola o a due letti. Potete stipulare questa assicurazione se siete assicurati per il reparto ospedaliero comune (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e/o assicurazione complementare Managed Care Ospedale comune).

Senza infortunio

Esclusione del rischio d'infortunio.
Ricevete una riduzione di premio.

Partecipazione ai costi opzionale

In caso di degenza in un ospedale per malattie acute, pagate una delle seguenti partecipazioni ai costi e in cambio ricevete una riduzione dei premi.

Possibili partecipazioni ai costi:

CHF 1'000.– CHF 2'000.–

CHF 5'000.– CHF 10'000.–

La partecipazione ai costi scelta vale soltanto in caso di degenza in un ospedale per malattie acute e viene addebitata una volta per anno civile. Per ogni giorno di degenza in un ospedale per malattie acute si calcola 1/10 dell'importo della partecipazione ai costi. Se gli assicurati del reparto privato si fanno curare nel reparto semiprivato viene percepito il 50 % dei costi. Le persone assicurate nel reparto privato e semiprivato non pagano la partecipazione ai costi scelta se il trattamento viene eseguito nel reparto comune.

Se la degenza in un ospedale per malattie acute si protrae oltre lo scorcio dell'anno, la partecipazione ai costi per tale degenza viene addebitata una sola volta e computata proporzionalmente al relativo anno.

La stipulazione, rispettivamente l'aumento della partecipazione ai costi, è possibile per l'inizio di un mese. La partecipazione ai costi stipulata, risp. aumentata, viene calcolata pienamente in caso di cambio nel corso dell'anno.

Il cambio ad una partecipazione ai costi più bassa, oppure il suo annullamento, è possibile soltanto per la fine di un anno civile e con un preavviso di tre mesi.

Questo cambio, risp. l'annullamento, rappresenta un aumento di assicurazione ed è collegato ad un esame del rischio.

Sconto per assenza di prestazioni (valido per le nuove stipule dal 1° gennaio 2020)

Lo sconto per assenza di prestazioni è una riduzione del premio per gli anni di assicurazione in cui non sono state erogate prestazioni, la quale viene concessa sotto forma di uno sconto del 20% della tariffa del premio di volta in volta in vigore. Viene calcolato come segue:

se, durante il periodo di osservazione (dal 1° luglio dell'anno precedente al 30 giugno dell'anno in corso), la persona assicurata usufruisce di prestazioni a carico dell'assicurazione malattie complementare Managed Care Ospedale, non le viene concesso lo sconto per assenza di prestazioni, oppure perde quello esistente a partire dal 1° gennaio dell'anno successivo. Se, nel periodo di osservazione successivo (nuovo), la persona assicurata non percepisce prestazioni dell'assicurazione ospedaliera, a partire dal 1° gennaio dell'anno seguente beneficerà dello sconto per assenza di prestazioni del 20%.

È determinante la data del conteggio della prestazione percepita.

Qualora più conteggi relativi alla stessa degenza ospedaliera ricadano in periodi di osservazione differenti, lo sconto per assenza di prestazioni viene meno per un anno solo.

Gli assicurati che stipulano per la prima volta un'assicurazione Ospedale entro il 31 marzo ricevono lo sconto per assenza di prestazioni già a partire dal 1° gennaio dell'anno seguente (periodo d'osservazione ridotto), sempre che durante questo periodo non abbiano percepito prestazioni a carico dell'assicurazione Ospedale.

Gli assicurati che stipulano per la prima volta un'assicurazione Ospedale dopo il 1° aprile ricevono lo sconto per assenza di prestazioni solo dal 1° gennaio di due anni dopo.

Se lo sconto del 20% per assenza di prestazioni non è più giustificabile dal punto di vista assicurativo, alla fine dell'anno civile Visana Assicurazioni SA è autorizzata a ridurlo o eliminarlo di conseguenza.

Visana Assicurazioni SA comunica le riduzioni degli sconti o la loro eliminazione entro e non oltre 30 giorni prima della loro entrata in vigore. In seguito, l'assicurato ha il diritto di disdire la copertura assicurativa interessata dalla riduzione o dall'eliminazione dello sconto alla fine dell'anno civile corrente. Per avere validità, la disdetta deve pervenire a Visana Assicurazioni SA al più tardi l'ultimo giorno di lavoro dell'anno civile. La mancata disdetta in tal senso equivale a una conferma d'accettazione della modifica.

Sconto famiglia (valido per le nuove stipule dal 1° gennaio 2020)

Il secondo figlio e tutti i successivi ricevono uno sconto sui premi del 50% fino al raggiungimento del 18° anno di età. Lo sconto è concesso solo se almeno due figli dispongono di un'assicurazione malattie complementare presso Visana Assicurazioni SA. Quando il primo figlio raggiunge il 18° anno di età, il secondo figlio viene considerato come primo figlio e perde così il diritto allo sconto.

Se lo sconto famiglia del 50% non è più giustificabile dal punto di vista assicurativo, alla fine dell'anno civile Visana Assicurazioni SA è autorizzata a ridurlo o eliminarlo di conseguenza.

Visana Assicurazioni SA comunica le riduzioni degli sconti o la loro eliminazione entro e non oltre 30 giorni prima della loro entrata in vigore. In seguito, l'assicurato ha il diritto di disdire la copertura assicurativa interessata dalla riduzione o dall'eliminazione dello sconto alla fine dell'anno civile corrente. Per avere validità, la disdetta deve pervenire a Visana Assicurazioni SA al più tardi l'ultimo giorno di lavoro dell'anno civile. La mancata di-

sdetta in tal senso equivale a una conferma d'accettazione della modifica.

Per l'assicurazione complementare Managed Care Ospedale Plus Hotel (lett. C), lo sconto famiglia non viene concesso.

A Degenze in ospedali per malattie acute

1. Informazioni generali

1.1 Quali presupposti devono sussistere?

L'assicurazione malattie complementare Managed Care Ospedale è un'assicurazione contro i danni.

I contributi dell'assicurazione Managed Care Ospedale vengono corrisposti per provvedimenti diagnostici e terapeutici efficaci, appropriati ed economici, come pure per i relativi costi di vitto e alloggi in ospedali per malattie acute della Svizzera. Le degenze in ospedali per malattie acute all'estero sono coperte in relazione alla variante assicurata, se il ricovero avviene in seguito ad un'urgenza e se non vi siete recati all'estero con l'intento di sottoporvi a trattamento.

La premessa per le prestazioni è data dalla necessità di ricovero in un ospedale per malattie acute (vale a dire che la diagnosi e la totalità dei provvedimenti terapeutici necessari devono giustificare la degenza nell'ospedale per malattie acute). Le prestazioni vengono corrisposte soltanto per la relativa durata della necessità di degenza nell'ospedale per malattie acute.

Le degenze in cliniche psichiatriche sono considerate degenze in ospedali per malattie acute per una durata massima di 180 giorni. Su domanda giustificata dal profilo medico si possono corrispondere contributi per la degenza in un ospedale per malattie acute al massimo per altri 180 giorni. Trascorso questo periodo di 360 giorni di degenza, non vengono corrisposti altri contributi all'ospedale di cure acute dall'assicurazione Managed Care Ospedale.

Le prestazioni vengono corrisposte esclusivamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le partecipazioni ai costi, coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e le partecipazioni personali prescritte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, non sono comprese nell'assicurazione Managed Care Ospedale, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria esista o meno. In ogni caso l'assicurazione corrisponde al massimo i costi effettivamente occorsi.

1.2 Ospedali riconosciuti in Svizzera.

Sono considerati ospedali per malattie acute riconosciuti tutti gli istituti/i reparti non esclusi esplicitamente da Visana Assicurazioni SA, destinati al trattamento di malattie acute oppure alla riabilitazione stazionaria, posti sotto direzione medica e che dispongono del necessario personale specializzato, come pure di impianti sanitari adeguati.

Visana Assicurazioni SA indica le istituzioni non riconosciute per il reparto comune, semiprivato o privato sulla sua «Lista della limitazione della scelta ospedaliera». La lista viene continuamente aggiornata e può essere consultata sulla homepage di Visana oppure può essere richiesta presso l'agenzia competente. Nei casi d'emergenza vengono corrisposte prestazioni in tutti gli ospedali per malattie acute della Svizzera.

2. Catalogo delle prestazioni

2.1 Quali prestazioni sono assicurate?

In caso di degenza (trattamento e pernottamento nell'ospedale per malattie acute) sono coperti i seguenti costi nel reparto assicurato (comune, semiprivato o privato):

- vitto e alloggio
- cure medico-sanitarie
- onorari dei medici
- provvedimenti diagnostici e terapeutici (su prescrizione medica)
- medicinali (su prescrizione medica)
- narcosi, uso della sala operatoria

Nell'assicurazione viaggi Vacanza sono assicurati, durante un periodo massimo di otto settimane per viaggio, i costi non coperti per malattia e infortunio sorti durante i viaggi all'estero. L'assicurazione vale in tutto il mondo ad esclusione della Svizzera. La copertura assicurativa comprende inoltre un servizio di soccorso immediato e un'assicurazione di protezione giuridica. La copertura assicurativa cessa se manca l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e/o in caso di trasferimento del domicilio all'estero. Il volume delle prestazioni e le condizioni risultano dalle Condizioni generali del contratto d'assicurazione (CGA) LCA per l'assicurazione viaggi Vacanza di Visana Assicurazioni SA.

L'organizzazione di soccorso immediato Assistance di Visana offre servizi di consulenza e provvedimenti in caso d'urgenza in Svizzera. Le prestazioni di soccorso vengono mediate 24 ore su 24 e consistono essenzialmente nell'organizzazione e nel coordinamento dei provvedimenti necessari. Il volume delle prestazioni e le condizioni risultano dalle Condizioni generali del contratto di assicurazione (CGA) LCA per le prestazioni di servizio di «Visana Assistance CH» di Visana Assicurazioni SA.

3. Disposizioni particolari

3.1 Tariffe applicabili

La Visana Assicurazioni SA corrisponde le sue prestazioni nell'ambito delle tariffe concordate, rispettivamente localmente in uso.

3.2 Degenza ospedaliera di madre e bambino

Se la madre e il bambino sono ricoverati insieme nell'ospedale per malattie acute durante il primo anno di vita del bambino, per la corresponsione delle prestazioni per cure acute si premette che soltanto una delle due persone necessiti del ricovero nell'ospedale per malattie acute. Le prestazioni vengono corrisposte soltanto dalle assicurazioni proprie della madre e del bambino.

3.3 Rooming-in

In caso di degenza stazionaria in un ospedale per malattie acute, dal secondo al quattordicesimo anno di vita del bambino Visana Assicurazione SA copre a carico dell'assicurazione del bambino un importo massimo di CHF 50.- al giorno per le spese di pernottamento e di vitto per la persona accompagnatrice.

3.4 Reparto non assicurato Ospedale in Svizzera

Per le degenze in un altro reparto diverso da quello assicurato, Visana Assicurazioni SA assume i seguenti costi previa detrazione delle prestazioni dell'assicurazione di base:

Assicurato per:	Degenza nel reparto:	Prestazione in % della differenza di costi:
comune	semiprivato	50 %
	privato	30 %
semiprivato	privato	70 %

3.5 Casi d'emergenza all'estero

Per i ricoveri d'emergenza in un ospedale estero per malattie acute e quando il viaggio di rientro a casa, rispettivamente il trasferimento in un ospedale svizzero non è possibile o non può essere ragionevolmente preteso, Visana Assicurazioni SA assume i costi seguenti previa detrazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie:

Assicurato per:	Soggiorno in Europa (inclusi gli stati mediterranei):	Al di fuori dell'Europa:
comune	40 % della differenza di costi	25 % della differenza di costi
semiprivato	70 % della differenza di costi	50 % della differenza di costi
privato europa	100 % della differenza di costi	75 % della differenza di costi
privato mondo	100 % della differenza di costi	100 % della differenza di costi

A complemento è accordata, per un periodo totale di otto settimane per viaggio, la copertura completa dall'assicurazione viaggi Vacanza.

3.6 Prestazioni escluse

Per le degenze ospedaliere dovute a trapianto di organi (a eccezione dei trapianti della cute e della cornea) non vengono corrisposte prestazioni dall'assicurazione Managed Care Ospedale nella fase effettiva del trapianto (copertura tramite l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie). Una volta conclusa la fase effettiva del trapianto, i costi sono coperti secondo l'assicurazione stipulata.

Le cure dentarie stazionarie sono coperte dall'assicurazione Managed Care Ospedale soltanto nella misura in cui sussista l'obbligo di prestazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'assicurazione Managed Care Ospedale non copre le partecipazioni ai costi che il Cantone di domicilio deve assumere in virtù della Legge sull'assicurazione malattie.

3.7 Ospedali riconosciuti in Svizzera per le stipule prima del 1° luglio 2017

In deroga all'articolo 1.2, per i contratti stipulati prima del 1° luglio 2017 vale quanto segue:

Per l'assicurazione complementare Managed Care Ospedale reparto semiprivato, Visana Assicurazioni SA tiene una «Lista della limitazione della scelta ospedaliera» in cui sono indicati gli ospedali che non possono essere scelti per la cura stazionaria nel reparto ospedaliero semiprivato. Vi impegnate a consultare soltanto gli ospedali che non figurano sulla «Lista della limitazione della scelta ospedaliera» di Visana Assicurazioni SA. Se vi recate in un ospedale che figura sulla «Lista della limitazione della scelta ospedaliera» di Visana Assicurazioni SA, i costi non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie vengono assunti soltanto al 50% in caso di degenza stazionaria, ad eccezione dei ricoveri d'emergenza. La «Lista della limitazione della scelta ospedaliera» viene continuamente aggiornata e può essere consultata sulla homepage di Visana oppure può essere richiesto un estratto presso l'agenzia competente.

Per le assicurazioni complementari Managed Care Ospedale reparto comune e Managed Care Ospedale reparto privato non valgono le limitazioni secondo la «Lista della limitazione della scelta ospedaliera».

Se la classe ospedaliera assicurata viene cambiata dopo il 30.06.2017, per il nuovo contratto valgono le limitazioni secon-

do la «Lista della limitazione della scelta ospedaliera» per le degenze in tutti i reparti ospedalieri. È determinante la data della firma sulla proposta assicurativa.

B Cure/Trattamenti di malattie non acute

4. Informazioni generali

4.1 Quali presupposti devono sussistere?

Per le cure e i trattamenti stazionari di malattie non acute vengono corrisposte prestazioni dall'assicurazione Managed Care Ospedale a condizione che ci sia un'indicazione medica e l'i-

stituzione scelta sia appropriata allo scopo. Le prestazioni vengono corrisposte esclusivamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le partecipazioni ai costi coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e le partecipazioni personali prescritte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, non sono compresi nell'assicurazione Managed Care Ospedale, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria esista o meno. In ogni caso l'assicurazione corrisponde al massimo i costi effettivamente occorsi.

5. Catalogo delle prestazioni

5.1 Quali prestazioni sono assicurate?

In caso di degenza negli istituti elencati qui di seguito, Visana Assicurazioni SA rimborsa le tariffe giornaliere indicate quali contributi per il vitto e l'alloggio per la durata delle prestazioni definita di volta in volta.

Managed Care Ospedale	Reparto comune	Semi-privato	Privato Europa	Privato Mondo	Disposizioni particolari
Stabilimenti di cura per tossicomani (secondo pianificazione ospedaliera cantonale) Durata delle prestazioni: 720 giorni nel corso di 900 giorni	CHF 50.–	CHF 90.–	CHF 140.–	CHF 140.–	
Comunità terapeutiche (con autorizzazione cantonale d'esercizio) Durata delle prestazioni: 360 giorni nel corso di 540 giorni	CHF 10.–	CHF 10.–	CHF 10.–	CHF 10.–	
Cure balneari (per gli stabilimenti termali ammessi dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) Durata delle prestazioni: al mass. 21 giorni per anno civile	CHF 50.–	CHF 75.–	CHF 100.–	CHF 100.–	Cifra 6.1
Cure di convalescenza Durata delle prestazioni: al mass. 28 giorni per anno civile ■ casa di cura posta sotto direzione medica, riconosciuta da Visana Assicurazioni SA, ■ altra casa di cura idonea	CHF 50.– CHF 20.–	CHF 75.– CHF 30.–	CHF 100.– CHF 40.–	CHF 100.– CHF 40.–	Cifra 6.2

6. Disposizioni particolari

6.1 Cure balneari

Le prestazioni vengono corrisposte nel caso in cui la cura è stata preceduta da un trattamento ambulatoriale intenso ed appropriato, oppure se il trattamento ambulatoriale non è appropriato.

I contributi vengono corrisposti soltanto a condizione che prima dell'inizio della cura sia stata inoltrata a Visana Assicurazioni SA una prescrizione medica di cura e che Visana Assicurazioni SA abbia rilasciato la relativa garanzia di assunzione dei costi (cifra 8.1 CGA).

6.2 Cure di convalescenza

Le prestazioni vengono corrisposte se la cura di convalescenza consente di ridurre o di evitare la degenza in un ospedale per malattie acute.

I contributi vengono corrisposti soltanto a condizione che prima dell'inizio della cura sia stata inoltrata a Visana Assicurazioni SA una prescrizione medica di cura e che Visana Assicurazioni SA abbia rilasciato la relativa garanzia di assunzione dei costi (cifra 8.1 CGA).

Visana Assicurazioni SA tiene un elenco delle case di cura poste sotto direzione medica e da lei riconosciute. L'elenco può

essere consultato dagli assicurati, rispettivamente se ne può richiedere un estratto.

6.3 Prestazioni escluse

Per cure all'estero non si corrispondono prestazioni.

C Managed Care Ospedale Plus Hotel (categoria chiusa)

7. Informazioni generali

7.1 Quali presupposti devono sussistere?

L'assicurazione malattie complementare Managed Care Ospedale Plus Hotel è un'assicurazione contro i danni.

I contributi dall'assicurazione Managed Care Ospedale Plus Hotel vengono corrisposti per le degenze ospedaliere in ospedali con i quali Visana Assicurazioni SA ha stipulato un contratto per l'ospedalizzazione degli assicurati del reparto comune in una camera singola o a due letti, a condizione che gli ospedali figurino nell'elenco degli ospedali Managed Care Ospedale Plus Hotel di Visana Assicurazioni SA. L'elenco degli ospedali Managed Care Ospedale Plus Hotel viene continuamente

adeguato e può essere consultato presso l'agenzia competente oppure se ne può richiedere un estratto.

L'elenco degli ospedali Managed Care Ospedale Plus Hotel è parte integrante dell'assicurazione complementare dei costi di guarigione Managed Care Ospedale.

Il supplemento d'hotel e l'indennità ospedaliera vengono rimborsati per trattamenti stazionari che soddisfano le condizioni per la corresponsione delle prestazioni dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitaria e/o dall'assicurazione complementare Managed Care Ospedale comune.

Sono parte integrante dell'assicurazione complementare dei costi di guarigione Managed Care Ospedale:

- Lista della limitazione della scelta dell'ospedale
- Elenco degli ospedali Managed Care Ospedale Plus Hotel
- CGA 2012 per le prestazioni di servizio di Visana Assistance CH di Visana Assicurazioni SA
- CGA LCA 2022 Assicurazione viaggi Vacanza di Visana Assicurazioni SA

8. Catalogo delle prestazioni

8.1 Quali prestazioni sono assicurate?

A seconda della variante stipulata, è assicurato il supplemento per una camera singola o a due letti in un ospedale figurante nell'elenco degli ospedali Managed Care Ospedale Plus Hotel

- durante 30 giorni per anno civile oppure
- per una durata illimitata.

Se l'ospedale convenzionato non è in grado di mettere a disposizione dell'assicurato la camera singola o a due letti assicurata, Visana Assicurazioni SA corrisponde la seguente indennità ospedaliera a partire dal terzo giorno d'ospedalizzazione:

Variante assicurata	Indennità ospedaliera
Camera a due letti, durata illimitata	CHF 50.-/al giorno (importo massimo per anno civile: CHF 1'000.-)
Camera a due letti, 30 giorni per anno civile	CHF 50.-/al giorno (importo massimo per anno civile: CHF 500.-)
Camera singola, durata illimitata	CHF 75.-/al giorno (importo massimo per anno civile: CHF 1'500.-)
Camera singola, 30 giorni per anno civile	CHF 75.-/al giorno (importo massimo per anno civile: CHF 750.-)

Se un assicurato ha stipulato l'assicurazione per una camera singola, ma viene ospedalizzato in una camera a due letti di un ospedale convenzionato, percepisce un'indennità giornaliera di CHF 25.- (corresponsione delle prestazioni a partire dal terzo giorno di degenza ospedaliera). L'importo massimo per anno civile ammonta a CHF 500.- per la variante con una copertura senza limitazione della durata e a CHF 250.- per la variante con una copertura di 30 giorni.

9. Disposizioni particolari

9.1 Quali prestazioni non sono assicurate?

L'assicurazione Managed Care Ospedale Plus Hotel non assume spese di trattamento.

Non sono inoltre assicurati i costi fatturati nel reparto semiprivato o privato secondo le tariffe e gli accordi conclusi per gli assicurati del reparto semiprivato e privato. Non vengono corrisposte prestazioni per degenze in ospedali con i quali Visana Assicurazioni SA non ha stipulato un contratto relativo al supplemento di camera per gli assicurati del reparto comune.