



COME SCEGLIERE UNA POLIZZA ASSICURATIVA SANITARIA

copertura ospedaliera

Quando scegliete una polizza assicurativa sanitaria, dovete considerare i vostri bisogni sanitari nonché quelli dei vostri familiari. Ecco le domande più importanti da porre in merito ad una polizza assicurativa ospedaliera.

periodi di attesa prima della liquidazione di prestazioni

La maggior parte delle società assicuratrici impone agli assicurati di completare un cosiddetto *periodo di attesa (Waiting Period)*, prima che possano godere della copertura e delle relative prestazioni assicurative.

La maggior parte delle società assicuratrici imporrà i seguenti periodi di attesa quando sottoscrivete una assicurazione sanitaria :

- ▶ Un periodo di attesa di 2 mesi per cure psichiatriche, per interventi di riabilitazione o per cure palliative (a prescindere dal fatto che si tratti di un disturbo preesistente).
- ▶ Un periodo di attesa di 12 mesi per ottenere prestazioni relative ad eventuali *disturbi preesistenti (Pre-existing Conditions)*.
- ▶ Un periodo di attesa di 12 mesi per ottenere prestazioni relative a cure ostetriche (gravidanza).
- ▶ Un periodo di attesa generale di 2 mesi per ottenere qualsiasi prestazione assicurativa.

Se aggiornate la vostra copertura assicurativa, la maggior parte delle società assicuratrici imporrà periodi di attesa per servizi e trattamenti che non godevano di copertura ai sensi della precedente polizza.

La vostra assicurazione dovrebbe comunicarvi quali periodi di attesa sono in vigore quando sottoscrivete una nuova polizza o quando cambiate la polizza esistente. Se avete sottoscritto un'assicurazione sanitaria e cancellate la vostra polizza, se in seguito sottoscrivete una nuova polizza sarete soggetti a periodi di attesa.

Talune polizze ospedaliere prevedono anche *periodi di liquidazione ridotta di prestazioni (Benefit Limitation Periods)* per taluni tipi di trattamenti ospedalieri. I periodi di liquidazione ridotta di prestazioni possono essere di 1, 2 o 3 anni in aggiunta ai normali periodi di attesa di 12 mesi. Durante tale periodo, l'assicurazione liquiderà una prestazione in misura ridotta per determinati servizi.

Disturbi preesistenti

La legge definisce un disturbo preesistente come un qualsiasi disturbo, malattia o patologia di cui avevate i segnali o i sintomi nei 6 mesi precedenti alla sottoscrizione della polizza assicurativa ospedaliera o all'aggiornamento ad un livello superiore di copertura.

Questa regola vale anche se voi e il vostro medico non eravate al corrente del disturbo oppure se il disturbo stesso non era stato diagnosticato. Se prevedete di dovervi ricoverare in ospedale entro i primi 12 mesi successivi alla sottoscrizione o all'aggiornamento della vostra assicurazione sanitaria, dovete contattare quanto prima la società assicuratrice per verificare se godete o meno di copertura.

Per maggiori informazioni sui periodi di attesa, potete consultare il nostro opuscolo.

trattamenti che non comportano la liquidazione per intero delle prestazioni dell'assicurazione ospedaliera

Talune polizze assicurative ospedaliere escludono determinati trattamenti dalle prestazioni assicurative oppure limitano permanentemente l'ammontare delle prestazioni assicurative liquidabili per alcuni trattamenti.

Se una polizza prevede *esclusioni (Exclusions)*, la società assicuratrice non liquiderà alcuna prestazione per i trattamenti elencati quali esclusioni.

Se una polizza prevede *limitazioni (Restrictions)*, la società assicuratrice liquiderà soltanto una prestazione in misura ridotta per i trattamenti elencati quali limitati. Vi è la probabilità di dover sborsare di tasca vostra somme notevoli di denaro.

Informatevi su quali trattamenti sono esclusi o limitati, e siate disposti ad accollarvi il rischio di non godere di completa copertura per tali trattamenti.

franchigie o co-pagamento per visite ospedaliere

La maggior parte delle società assicuratrici vi offrirà l'opzione di accollarvi una franchigia o un co-pagamento, in cambio del pagamento di un premio assicurativo ridotto. Se scegliete di accollarvi una franchigia o un pagamento di notevole importo, pagherete un premio inferiore rispetto ad altri assicurati senza franchigia o co-pagamento.

Una *franchigia (Excess)* è una somma una tantum che pagate ai fini del ricovero in ospedale prima che la società assicuratrice liquidi le proprie prestazioni.

Un *Co-pagamento (Co-payment)* è l'importo che accettate di pagare ogni volta che la società assicuratrice liquida le prestazioni per i trattamenti a voi prestati. Di norma, un co-pagamento è esigibile per ogni giorno di ricovero fino ad un importo massimo annuo oppure per ogni ricovero.

Dovete controllare l'ammontare di eventuali franchigie o co-pagamenti, quando questi sono previsti, e se vige un limite a quanto dovrete pagare.

Dovete notare che se scegliete una franchigia superiore a \$500 per ogni persona, potrebbero esservi delle implicazioni di carattere tributario a seconda dei vostri redditi (cfr. sotto).

accordi tra società assicuratrici e cliniche private

È importante controllare che la vostra assicurazione abbia in atto accordi con cliniche private nella vostra zona o altrove presso le quali potreste dovervi ricoverare. Ogni società assicuratrice ha una rete diversa di cliniche convenzionate e alcune assicurazioni sono specializzate solo per alcuni settori o per determinati stati dell'Australia.

Ove esiste un accordo, non sarete tenuti a pagare alcuna spesa di tasca vostra oppure vi verranno forniti i particolari delle somme che dovrete sborsare di tasca vostra.

Se venite trattati presso una clinica privata con la quale la vostra assicurazione non ha un accordo, potreste dovervi accollare spese di notevole importo.

Il sito www.privatehealth.gov.au presenta un elenco delle cliniche convenzionate per tutte le società assicuratrici; altrimenti potete telefonare alla vostra assicurazione sanitaria per controllare quali cliniche rientrano nella copertura assicurativa.

i "ticket" e la copertura per le parcelle mediche in ospedale

Il governo stabilisce un tariffario per le prestazioni nell'ambito del Medicare (Medicare Benefits Schedule -MBS) per la maggior parte dei servizi medici. Il tariffario ai sensi del MBS viene usato per calcolare il contributo a carico del Medicare. Tuttavia, i medici, se vogliono, possono praticare parcelle superiori a quelle previste dal tariffario MBS, e molti lo fanno.

Se il vostro medico pratica parcelle superiori a quelle previste dal tariffario MBS potreste dovervi accollare la differenza tra la parcella prevista dal tariffario MBS e la parcella praticata dal medico. Tale differenza è definita il *ticket (the gap)*.

Avete il diritto di chiedere al medico a quanto ammonta il ticket prima di sottoporvi a trattamento. L'accettazione preventiva delle spese dichiarate di trattamento si definisce *consenso informato di natura finanziaria (informed financial consent)*.

La vostra assicurazione può offrirvi prestazioni supplementari per aiutarvi a colmare il divario del ticket se ha un accordo con il medico oppure se il medico decide di partecipare al *piano di copertura del ticket (gap cover scheme) della società assicuratrice*. Chiedete al medico o ai medici se aderiscono al piano di copertura del ticket della vostra assicurazione. Chiedete alla vostra assicurazione in quale misura il suo piano di copertura del ticket coprirà la parcella del medico.

Per maggiori informazioni sulle parcelle mediche, potete consultare il nostro opuscolo.

copertura generale per trattamenti

Le politiche in materia di trattamenti generali (definite anche copertura per servizi accessori o supplementari) prevedono la liquidazione di prestazioni assicurative per servizi accessori quali fisioterapia e cure dentarie e oftalmiche.

Ecco alcune precauzioni chiave da adottare quando scegliete un prodotto assicurativo sanitario che copra i servizi accessori.

- ▶ Fate un elenco dei tipi di servizi che probabilmente vorrete usare. (Ad esempio: cure dentarie, ortodontiche, oftalmiche, terapie naturali, ecc.)
- ▶ Controllate che la polizza che state considerando preveda la liquidazione di prestazioni per tali servizi.
- ▶ Chiedete quali periodi di attesa sono previsti per ciascuno dei tipi di servizi che potreste usare.
- ▶ Chiedete quanto del costo di ciascun servizio sarà coperto dalle prestazioni dell'assicurazione.
- ▶ Controllate quali limiti annuali sono previsti e quando vengono ridefiniti i limiti annuali.
- ▶ Informatevi se i limiti aumenteranno nel tempo se continuate a rinnovare la polizza presso la stessa società assicuratrice.

Se passate ad un'altra società assicuratrice per la copertura dei servizi accessori, la nuova assicurazione potrebbe imporvi dei periodi d'attesa - ma molte assicurazioni non lo fanno. Vale la pena chiedere se l'assicurazione vi abbuonerà o ridurrà eventuali periodi d'attesa.

Le varie società assicuratrici gestiscono la propria copertura dei servizi accessori in modo assai diverso, pertanto dovrete sempre ricontrollare le prestazioni nonché eventuali limiti annuali e come operano. Vale la pena chiedere se la nuova società assicuratrice onorerà eventuali limiti supplementari che potreste avere maturato presso la vecchia assicurazione.

Tuttavia, i bonus di fedeltà – ad esempio, prestazioni maggiorate dopo 5 anni di rinnovo della polizza – di norma non sono trasferibili tra un'assicurazione e l'altra.

esenzioni dalla sovrattassa dell'1% del Medicare

La maggior parte dei contribuenti australiani paga la tassa del Medicare (Medicare Levy) ad una aliquota dell'1,5% nell'ambito dell'imposta sul reddito.

Tuttavia, se il vostro reddito imponibile è superiore ad una determinata soglia, dovrete pagare una sovrattassa del Medicare (Medicare Levy Surcharge) dell'1%, a meno che non abbiate una copertura ospedaliera riconosciuta sottoscritta con una assicurazione sanitaria abilitata.

Se vi trovate in questa situazione, dovete controllare che la polizza che state considerando vi esenti dal pagamento della sovrattassa.

Per evitare la sovrattassa, dovete avere una polizza ospedaliera che copra voi e i vostri familiari a carico e che preveda una franchigia di basso importo. La franchigia deve essere:

- ▶ Pari o inferiore a \$500 all'anno per le polizze per single, oppure
- ▶ pari o inferiore a \$1.000 all'anno per famiglie/coppie.

La soglia ai fini della sovrattassa viene indicizzata annualmente. Nell' anno fiscale 2010-11 la soglia sarà di \$77.000 per persone single e di \$154.000 per famiglie. Per informazioni aggiornate, consultate il sito www.privatehealth.gov.au oppure contattate l'Ufficio australiano delle imposte.

copertura sanitaria per tutta la vita

La cosiddetta copertura assicurativa per tutta la vita (Lifetime Health Cover) mira ad incoraggiare il pubblico a sottoscrivere un'assicurazione ospedaliera in gioventù e a continuare a rinnovarla. Pertanto, le assicurazioni sanitarie sono tenute ad imporre premi maggiorati alle persone che sottoscrivono una polizza ospedaliera dopo l'età di 31 anni. (Vigono alcune regole speciali per neo residenti e per le persone che si trovavano all'estero quando hanno compiuto 31 anni).

Il supplemento di premio è pari ad un 2% in aggiunta al premio normale per ogni anno in cui avete superato i 30 anni di età. Ad esempio:

- ▶ Se non sottoscrivete un'assicurazione ospedaliera finché non compite 40 anni pagherete il 20% in più.
- ▶ Se aspettate finché avete 50 anni, il supplemento di premio sarà del 40%.

Il supplemento di premio ai sensi della Lifetime Health Cover cessa di essere addebitato una volta che lo avete pagato ininterrottamente per un periodo di 10 anni.

Per maggiori informazioni sulla Lifetime Health Cover visitate il sito www.privatehealth.gov.au oppure interpellate la vostra assicurazione sanitaria.

come sfruttare al meglio la vostra assicurazione sanitaria (ed evitare problemi)

- ▶ Prendete in considerazione l'opportunità di scegliere il livello più alto di copertura ospedaliera che vi potete permettere: Scegliete una franchigia più alta piuttosto che una limitazione, per risparmiare sui premi della polizza.
- ▶ Tenetevi in regola con il pagamento del premio: Sta a voi controllare di essere in regola con il pagamento del premio. Se saltate troppi pagamenti del premio (di solito per un periodo pari o superiore a 2 mesi) la società assicuratrice può cancellare la vostra polizza e rifiutarsi di liquidarvi eventuali prestazioni assicurative. Se la vostra polizza viene cancellata, potreste essere soggetti a periodi di attesa quando sottoscrivete una nuova assicurazione.
- ▶ Contattate l'assicurazione se vi ricoverate in ospedale: Se vi ricoverate in ospedale in veste di paziente privato, contattate l'assicurazione per controllare che godrete di copertura per le parcelle ospedaliere e del medico, e per sapere quanto dovrete pagare di tasca vostra. Chiedete al medico di indicarvi i numeri di codice del Medicare che utilizzerà, prima di contattare la vostra assicurazione.
- ▶ Leggete attentamente le informazioni che vi invia l'assicurazione: Importanti informazioni in merito alla vostra polizza vi verranno inviate in una lettera personalizzata e non vanno ignorate.
- ▶ Controllate la polizza ogni anno: Sinceratevi di godere della copertura per i servizi e i trattamenti di cui potreste avere bisogno.
- ▶ Comunicate all'assicurazione: Se cambiate indirizzo, aggiungete un partner o aggiungete un figlio.

Per maggiori informazioni, consultate il nostro opuscolo intitolato *Ten Golden Rules* (le dieci regole d'oro)

maggiori informazioni

Telefono: 1300 737 299

E-mail: website@phio.org.au

Sito web: www.privatehealth.gov.au

www.phio.org.au

Gli utenti che sono sordi o affetti da disturbi dell'udito o del linguaggio dovrebbero contattarci tramite il National Relay Service (Tel: 13 25 44).

Gli utenti che non sono in grado di comunicare in inglese dovrebbero contattarci tramite il servizio traduzioni e interpreti (TIS) (Tel: 13 14 50).