

Informacione për sigurimin shëndetësor për sans-papiers-at në Zvicër

Individëve pa leje qëndrimi (të ashtuquajturve sans-papiers-a ose njerëz pa letra) u takojnë të drejtat themelore të njeriut. Në Zvicër, kush është i sëmurë ose i lënduar, ka të drejtën për trajtim të domosdoshëm mjekësor. Mirëpo sipas rregullit kjo gjë duhet paguar, qoftë privatisht, qoftë prej ndonjë sigurimi



Sigurimi shëndetësor

Sans-papiers-at (njerëzit pa letra) kanë **të drejtën** dhe **detyrimin** që të lidhin sigurimin e obligueshëm shëndetësor te ndonjë sigurim shëndetësor zviceran. Sigurimet shëndetësore janë të detyruara që cilindo që banon në Zvicër, pavarësisht nga statusi i qëndrimit, ta pranojnë në sigurimin themeltar.

Nga sigurimi shëndetësor merren përsipër shërbimet në vijim:

- Trajtimet dhe ekzaminimet mjekësore
- Qëndrimet në spital
- Barërat me recetë mjekësore (sipas listës së specialiteteve)
- Shtatzënia dhe lindja (pa vetëkontributin e të siguruarit)
- Fatkeqësitë

Trajtimet dentare nuk janë të siguruara.

Mbrojtja e të dhënave

Mjekëve, personelit spitalor dhe sigurimeve shëndetësore nuk u lejohet t'u dorëzojnë të dhëna për pacientët ose pacientet enteve (zyrave) për migracion ose policisë, dhe as të marrin ndonjë të dhënë për këta persona prej tyre. Ata i nënshtrohen detyrimit për heshtje. Shkelja e detyrimit për heshtje mund të ketë për pasojë masa penale.

Ndërrimi i sigurimit themelor dhe dalja nga një sigurim shëndetësor

Nga një sigurim shëndetësor mund të dilet vetëm pas kontraktimit të një sigurimi të ri në një kompani tjetër sigurimesh ose në rast të ikjes nga Zvicra.

© Platforma nacionale për përkujdesjen shëndetësore të *sans-papiers-ave* në Zvicër. Janar 2014: më shumë informacione në ► www.sante-sans-papiers.ch

Për dorëheqjen e afatit të 31 dhjetorit, shkresa e dorëheqjes duhet të arrijë te sigurimi shëndetësor në formë të një letre rekomandë ditën e fundit të punës të muajit nëntor. Dorëheqja me 30 qershor është e mundur vetëm në rastin e një franshise prej 300 frangash, me afat paralajmërimi prej tre muajsh (fundi i marsit).

Sigurimi nga fatkeqësitë

Bashkë me sigurimin shëndetësor bazë e të obligueshëm mund të kontaktohet një sigurim për fatkeqësi që kushton edhe 20 franga të tjera. Ky mbulon shpenzimet e kurimit pas një fatkeqësie.

Personat që punojnë më shumë se 8 orë në javë të një punëdhënës parimisht duhet të jenë të siguruar tashmë nga fatkeqësitë prej punëdhënësit të tyre. Ata mund ta përjashtojnë nga sigurimi i tyre shëndetësor mbrojtjen nga fatkeqësitë.



Shpenzimet

Një sigurim shëndetësor nuk bëhet falas. Për t'i gëzuar shërbimet e një sigurimi duhet paguar **për çdo muaj** një premi. Sigurimet shëndetësore, me gjithë se ofrojnë shërbime të njëjta, kanë nivele të ndryshme premish. Fëmijët deri 18 vjeç paguajnë më pak. Për të rinjtë 19-25-vjeçarë, shumica e kompanive ofrojnë premi të reduktuara.

Përpos premive duhet marrë përsipër dhe një pjesë e shpenzimeve nga trajtimet mjekësore. Kjo shumë përfshin, me një zgjedhje sipas dëshirës, midis 300 dhe 2500 franga në vit (**franshisat**), të cilat personi i siguruar duhet t'i paguajë vetë. Sapo që shpenzimet e trajtimit ta tejkalojnë franshisën, nga shpenzimet e mëpasme merren përsipër 10 për qind (**vetëkontribut**). Brenda një viti vetëkontributi arrin maksimalisht deri në 700 franga. Fëmijët nuk paguajnë franshisë. Vetëkontributi i tyre arrin maksimalisht deri 350 franga në vit.

Modelet e mjekut familjar, HMO ose Telmed, janë sigurime më të lira, mirëpo me to je i detyruar që gjithnjë të shkosh së pari te mjeku ose mjekja familjare ose në qendrën HMO, ose që fillimisht të këshillohesh përmes telefonit (përpos në rast fatkeqësie).

Është me shumë rëndësi që premitë të paguhen për çdo muaj!

Në rast se premitë nuk paguhen për më shumë se tre muaj, sigurimi shëndetësor, pas një paralajmërimi me shkrim (dhe një afat pagese prej 30 ditësh) mund t'i informojë autoritetet kantonale dhe të iniciojë një masë hetimore.

Ulja e premive

Personat me të ardhura të ulëta në disa kantone kanë mundësi që të bëjnë kërkesë për reduktim premish të sigurimit shëndetësor (niveli përcaktues i të ardhurave ndryshon nga kantoni në kanton). Kërkesa duhet dorëzuar tek enti për uljen e premive në kantonin e banimit (për adresën në kantonin tënd shih

► www.priminfo.ch ► Prämienverbilligung



Kështu mund të lidh një sigurim shëndetësor:

1. Përzgjedh një sigurim shëndetësor zviceran. Përcaktoj lartësinë e franshisës dhe zgjedh (sipas nevojës) mbrojtjen nga fatkeqësitë. Premitë e sigurimeve shëndetësore mund të krahasohen në ► www.priminfo.ch ose www.comparis.ch.
2. Te sigurimi i përzgjedhur shëndetësor paraqes një kërkesë për pranim. Për këtë arsye sigurimit shëndetësor i jap emrin tim, vitin e lindjes bashkë me një adresë kontaktimi, si dhe numrin e kontos sime bankare ose postare (ose të një të afërmi timin).
3. Për çdo muaj paguaj preminë e sigurimit shëndetësor (afërsisht 300 franga në muaj) përmes fletëpagesave që i marr prej kompanisë.

4. Kopjet e të gjitha llogarive ia dërgoj sigurimit shëndetësor dhe më pas i paguaj vetë faturat për trajtime dhe medikamente. Sigurimi shëndetësor mi paguan (rimburson) shumat sipas kopjes së faturës (duke zbritur franshisat dhe vetëkontributin): ajo e transferon shumën e parave në konton e dhënë prej meje (rimbursimi). Në disa raste (psh. për medikamentet) fatura shkon direkt te sigurimi shëndetësor.
5. Marr pjesë në shpenzimet e sëmundjes në lartësinë e franshisës sime dhe të 10 për qind të shpenzimeve për trajtim dhe medikamente (gjithësej jo më shumë se 700 franga në vit). Këto llogariten prej sigurimit shëndetësor.
6. Informoj sigurimin në rast të ndërrimit të adresës sime të kontaktimit ose të ikjes nga Zvicra.



Në rast se keni pyetje ose nevojë për ndihmë, luteni t'i drejtoheni një qendre në rajonin tuaj ► www.sante-sans-papiers.ch

