

Edizione 1° gennaio 2025

## Condizioni d'assicurazione (CA) BeneFit PLUS – forma particolare d'assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994

---

### Indice

#### Disposizioni generali

- 1 Basi dell'assicurazione
- 2 Persona assicurata
- 3 Copertura assicurativa
- 4 Modelli assicurativi

#### Inizio, modifica e fine dell'assicurazione

- 5 Stipulazione dell'assicurazione
- 6 Sospensione della copertura contro gli infortuni
- 7 Franchigia annua opzionale
- 8 Modifica dell'assicurazione
- 9 Disdetta da parte della persona assicurata
- 10 Sospensione da parte di Helsana

#### Premi e partecipazioni ai costi

- 11 Premi
- 12 Sconto sui premi
- 13 Partecipazione ai costi
- 14 Tasse e spese

#### Diritti e doveri di Helsana

- 15 Comunicazioni, cambiamento di domicilio e pagamenti
- 16 Scadenza delle prestazioni

#### Diritti e doveri della persona assicurata

- 17 Limitazione della scelta dei fornitori di prestazione
- 18 Eccezioni dalla limitazione della scelta dei fornitori di prestazione
- 19 Urgenze
- 20 Misure volte all'approvvigionamento e alla gestione integrati
- 21 Obbligo di ridurre il danno
- 22 Tessera d'assicurato

#### Violazione degli obblighi

- 23 Conseguenze in caso di violazione degli obblighi
- 24 Protezione e trattamento dei dati
- 25 Contenzioso
- 26 Responsabilità
- 27 Entrata in vigore

#### Disposizioni complementari per il modello BeneFit PLUS «Flexmed»

### Disposizioni generali

#### 1 Basi dell'assicurazione

L'assicurazione BeneFit PLUS è una forma particolare d'assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che prevede una scelta limitata dei fornitori di prestazioni ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal) e dell'Ordinanza federale sull'assicurazione malattie (OAMal). Sono assicurate le conseguenze economiche di malattia, maternità e infortunio. Il rischio d'infortunio è incluso se è riportato nella polizza. Sono determinanti le disposizioni della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA), le disposizioni della LAMal e le sue norme d'attuazione, nonché le presenti condizioni d'assicurazione (CA) emesse in aggiunta alle disposizioni legali.

L'assicurazione BeneFit PLUS comprende vari modelli per quanto concerne la scelta dei fornitori di prestazioni. In tutti i modelli, la persona assicurata s'impegna ad attenersi alle limitazioni definite legate alla scelta dei fornitori di prestazioni e a rispettare i provvedimenti volti all'approvvigionamento e alla gestione integrati.

#### 2 Persona assicurata

È assicurata la persona riportata nella polizza assicurativa.

#### 3 Copertura assicurativa

Le prestazioni garantite dall'assicurazione BeneFit PLUS si basano sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, nel rispetto delle disposizioni limitative relative al diritto a prestazioni (par. 17 – 21). Firmando la proposta d'assicurazione, la persona assicurata si dichiara d'accordo con le disposizioni limitative.

## 4 Modelli assicurativi

La persona assicurata può scegliere uno dei seguenti modelli con i relativi fornitori di prestazioni coordinatori:

- «Telmed»: consulenza sanitaria telefonica o di telemedicina
- «Medico di famiglia»: medico di famiglia coordinatore o studio medico associato coordinatore
- «Flexmed»: oltre al medico di famiglia scelto, la persona assicurata può scegliere di rivolgersi ad altri fornitori di prestazioni coordinatori. Sono determinanti le disposizioni complementari previste per questo modello.

## Inizio, modifica e fine dell'assicurazione

### 5 Stipulazione dell'assicurazione

L'assicurazione BeneFit PLUS può essere stipulata da qualsiasi persona che soddisfi le premesse legali e si dichiari d'accordo con le limitazioni legate alla scelta dei fornitori di prestazioni coordinatori definite nelle presenti condizioni d'assicurazione e gli eventuali provvedimenti predisposti. Restano salve le disposizioni sulla modifica dell'assicurazione (par. 8). Sono escluse dall'ammissione nell'assicurazione BeneFit PLUS le persone che per un determinato periodo di tempo erano escluse dal presente prodotto assicurativo (par. 23).

Con la stipula dell'assicurazione BeneFit PLUS, la persona assicurata sceglie la fornitrice di prestazioni coordinatrice o il fornitore di prestazioni coordinatore dall'offerta di Helsana.

### 6 Sospensione della copertura contro gli infortuni

Una persona assicurata obbligatoriamente contro gli infortuni professionali e non professionali può richiedere la sospensione della copertura contro gli infortuni.

Se la persona assicurata esce dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF), deve comunicarlo a Helsana entro un mese.

### 7 Franchigia annua opzionale

Se la persona assicurata opta per una franchigia annua più elevata, ha diritto a una riduzione dei premi. I dettagli sono disciplinati nelle relative disposizioni federali e sono pubblicati nel sito Internet di Helsana e nell'allegato annuale alla polizza.

### 8 Modifica dell'assicurazione

Se l'assistenza medica da parte della fornitrice di prestazioni coordinatrice scelta o dal fornitore di prestazioni coordinatore scelto non è possibile o non è più possibile, si verifica il passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di Helsana, soprattutto in caso di degenza in case di cura e trattamento da parte del loro medico o nell'eventualità di un trasferimento

all'estero del luogo di domicilio o della dimora abituale.

Se la fornitrice di prestazioni coordinatrice o il fornitore di prestazioni coordinatore esce dall'offerta di Helsana, Helsana invita la persona assicurata a scegliere un altro medico di famiglia entro 30 giorni. Trascorso tale termine, viene effettuato il passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di Helsana. Se il medico di famiglia esce soltanto dall'offerta per il modello «Flexmed», Helsana invita la persona assicurata a scegliere un altro medico di famiglia riconosciuto per «Flexmed» entro 30 giorni. Trascorso tale termine, viene effettuato il passaggio al modello «Medico di famiglia».

In casi giustificati, la persona assicurata può cambiare il medico di famiglia coordinatore o lo studio medico associato coordinatore, scegliendone uno nuovo dall'offerta di Helsana. La richiesta di cambiamento deve contenere i relativi motivi, avvenire per iscritto e prima della fruizione di prestazioni presso la nuova fornitrice di prestazioni scelta o il nuovo fornitore di prestazioni scelto ed essere inviata direttamente a Helsana.

### 9 Disdetta da parte della persona assicurata

La disdetta dell'assicurazione BeneFit PLUS è possibile per la fine di un anno civile o, dopo la comunicazione di un nuovo premio, con un preavviso di un mese per la fine del mese che precede la validità del nuovo premio. La disdetta deve avvenire per iscritto e comporta il passaggio alla nuova assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Restano salve le disposizioni legali.

### 10 Sospensione da parte di Helsana

Helsana può sospendere l'assicurazione BeneFit PLUS o un modello dell'assicurazione BeneFit PLUS per la fine di un anno civile, osservando un preavviso di due mesi.

La persona assicurata può scegliere di passare a un'altra forma particolare d'assicurazione o all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di Helsana a partire dalla data della sospensione. Con la comunicazione della sospensione, la persona assicurata viene informata sulle sue possibilità.

Se la persona assicurata non fa valere il proprio diritto di scelta entro il termine di preavviso, ciò comporta il passaggio automatico all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di Helsana.

In caso di sospensione del modello «Flexmed», si passa automaticamente al modello «Medico di famiglia» (a meno che non sia stato sospeso anche questo).

## Premi e partecipazioni ai costi

### 11 Premi

Se il rapporto assicurativo inizia o termina nel corso di un mese civile, i premi vengono riscossi esattamente in base al giorno.

Di regola, i premi sono riscossi a scadenza mensile, devono essere pagati in anticipo e scadono il primo giorno di ogni mese. Qualora fossero stati convenuti altri periodi di pagamento, i premi scadono il primo giorno del relativo periodo.

Se è in ritardo con il pagamento del premio, la persona assicurata viene avvertita con un sollecito in merito alle conseguenze del mancato pagamento, con l'imposizione di un ulteriore termine per il pagamento del premio in arretrato. Se il pagamento non avviene entro il termine ulteriore concesso, il premio in arretrato è riscosso in via esecutiva.

### 12 Sconto sui premi

Per tutti i modelli dell'assicurazione BeneFit PLUS può essere accordata una riduzione sul premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. È determinante la tariffa dei premi vigente di volta in volta.

### 13 Partecipazione ai costi

L'ammontare della franchigia e dell'aliquota percentuale per le prestazioni accordate alla persona assicurata e del contributo ai costi di degenza ospedaliera è disciplinato nelle relative disposizioni federali ed è pubblicato sul sito Internet di Helsana e nell'allegato annuale alla polizza.

In caso di pagamenti diretti di Helsana ai fornitori di prestazioni, la persona assicurata è tenuta a rimborsare a Helsana le franchigie annue convenute e/o le aliquote percentuali entro 30 giorni dalla fatturazione. Se la persona assicurata non adempie il proprio obbligo di pagamento, vale per analogia il par. 11.

### 14 Tasse e spese

La persona assicurata ha diverse possibilità di pagare i propri premi e partecipazioni ai costi senza spese. Helsana può addebitare alla persona assicurata le spese risultanti dai versamenti effettuati allo sportello postale.

Le spese, quali ad esempio le spese di sollecito e di riscossione, derivanti da premi e partecipazioni ai costi in arretrato vanno a carico della persona assicurata.

Per gli accordi di pagamento rateale in caso di pagamenti in arretrato viene riscossa una tassa. L'ammontare della tassa dipende dal credito rivendicato nonché dal termine di rimborso concordato.

## Diritti e doveri di Helsana

### 15 Comunicazioni, cambiamento di domicilio e pagamenti

Le comunicazioni dirette a Helsana devono essere inviate all'indirizzo indicato nella polizza. La persona assicurata riceve le comunicazioni e i pagamenti di Helsana con validità giuridica all'ultimo indirizzo e indirizzo di pagamento segnalati. Ulteriori informazioni e comunicazioni vincolanti, come ad esempio sulle modifiche delle presenti condizioni d'assicurazione, sono pubblicate nel sito Internet di Helsana e nell'allegato annuale alla polizza.

Un cambiamento d'indirizzo va notificato anticipatamente per iscritto a Helsana. Se un cambiamento di domicilio comporta un cambiamento di premio, Helsana adegua i premi a partire dal primo giorno del mese successivo.

I pagamenti effettuati su un conto postale o bancario in Svizzera non sono soggetti a spese. Per i bonifici su conti all'estero può essere trattenuta una commissione di CHF 3.–. In assenza di coordinate bancarie, i pagamenti vengono effettuati tramite polizza di pagamento (PPR) e i costi relativi vengono detratti dal credito.

### 16 Scadenza delle prestazioni

Il diritto a prestazioni sorge al momento del trattamento.

## Diritti e doveri della persona assicurata

### 17 Limitazione della scelta dei fornitori di prestazione

La persona assicurata è tenuta a rivolgersi sempre alla fornitrice di prestazioni coordinatrice scelta o al fornitore di prestazioni coordinatore scelto (o eventualmente alla sua sostituta designata o al suo sostituto designato) prima di fruire di qualsiasi prestazione medica o di un trattamento.

Tenendo in considerazione la situazione individuale della persona assicurata nonché gli eventuali provvedimenti volti all'approvvigionamento integrato (par. 20), la fornitrice di prestazioni coordinatrice o il fornitore di prestazioni coordinatore stabilisce il procedimento di trattamento ottimale e adeguato (soprattutto anche trasferimenti presso altri medici o personale paramedico e/o la prescrizione a consultare gli stessi). Il procedimento di trattamento eventualmente prestabilito è vincolante per la persona assicurata. Se nell'ambito del procedimento di trattamento emerge una modifica non prevista o se il tempo previsto originariamente per il trattamento non basta, la persona assicurata ha l'obbligo di contattare nuovamente la fornitrice di prestazioni coordinatrice o il fornitore di prestazioni coordinatore. Questo vale soprattutto per le malattie croniche.

Le disposizioni limitative concernenti la fruizione di prestazioni nell'assicurazione BeneFit PLUS possono riguardare anche le eventuali assicurazioni integrative, per le quali sono tuttavia determinanti le relative condizioni d'assicurazione pertinenti.

### 18 Eccezioni dalla limitazione della scelta dei fornitori di prestazione

Per le visite di controllo ginecologiche e l'assistenza al parto non è necessario contattare precedentemente la fornitrice di prestazioni coordinatrice o il fornitore di prestazioni coordinatore.

Prima delle cure oculistiche o della prescrizione iniziale di occhiali o lenti a contatto, la persona assicurata è tenuta a rivolgersi alla fornitrice di prestazioni coordinatrice o al fornitore di prestazioni coordinatore. Gli adattamenti successivi possono essere eseguiti direttamente da un medico specialista oculista senza doversi mettere in contatto prima con la fornitrice di prestazioni coordinatrice o il fornitore di prestazioni coordinatore.

Le cure dentarie possono essere eseguite direttamente da una dentista o un dentista senza la prescrizione da parte della fornitrice di prestazioni coordinatrice o del fornitore di prestazioni coordinatore.

### 19 Urgenze

In caso d'urgenza la persona assicurata si rivolge sempre, se possibile, alla propria fornitrice di prestazioni coordinatrice o al proprio fornitore di prestazioni coordinatore. Se la fornitrice di

prestazioni coordinatrice o il fornitore di prestazioni coordinatore non fosse raggiungibile, è possibile rivolgersi al medico del pronto soccorso o all'organizzazione di pronto soccorso regionale del luogo di domicilio o, se fosse il caso, del luogo di soggiorno.

Sussiste un'urgenza se, secondo la persona stessa o terzi, lo stato di salute è suscettibile di avere esito letale o necessita di un trattamento immediato. Un problema di salute nuovo o che si ripresenta al di fuori degli orari di apertura dello studio medico non vale necessariamente quale urgenza.

Se l'urgenza richiede un ricovero in ospedale o un trattamento da parte del medico del pronto soccorso, la persona assicurata è tenuta a informare o a fare informare il più presto possibile la propria fornitrice di prestazioni coordinatrice o il proprio fornitore di prestazioni coordinatore, presentando un certificato del medico del pronto soccorso.

Se in seguito dovesse essere necessaria una consultazione di controllo, la persona assicurata deve rivolgersi alla fornitrice di servizi coordinatrice o al fornitore di servizi coordinatore. Con il suo consenso, l'ulteriore trattamento può essere continuato per tutto il tempo necessario dal medico del pronto soccorso.

### 20 Misure volte all'approvvigionamento e alla gestione integrati

Se in caso di una malattia specifica (soprattutto cronica o potenzialmente cronica) è necessario un piano di approvvigionamento completo, la persona assicurata ha l'obbligo di sottoporsi a provvedimenti volti all'approvvigionamento integrato. Questi possono contenere, ad esempio, programmi di disease management, case management o la scelta di fornitori di prestazioni particolari. Helsana, la fornitrice di prestazioni coordinatrice o il fornitore di prestazioni coordinatore o terzi offerenti avvertono la persona assicurata di tali provvedimenti che la stessa è tenuta a rispettare.

In caso di un trattamento ospedaliero previsto (ambulatoriale o stazionario), la persona assicurata ha l'obbligo di notificare, con un preavviso di almeno dieci giorni, la fornitrice di prestazioni coordinatrice o il fornitore di prestazioni coordinatore o Helsana.

La persona assicurata ha inoltre l'obbligo di considerare fonti economiche (ad es. farmacie con vendita per corrispondenza) per l'acquisto di medicinali, prestazioni di laboratorio e mezzi ausiliari. La fonte d'acquisto da considerare a seconda dei casi viene comunicata alla persona assicurata da Helsana o dalla fornitrice di prestazioni coordinatrice o dal fornitore di prestazioni coordinatore.

La persona assicurata s'impegna a farsi curare con il medicamento più economico per il trattamento del disturbo. Può trattarsi del farmaco generico o di un preparato originale economico. Se la persona assicurata acquista un medicamento per il quale viene offerta un'alternativa più economica, Helsana o la fornitrice di prestazioni

coordinatrice o il fornitore di prestazioni coordinatore la avvertono di questo fatto.

## 21 Obbligo di ridurre il danno

La persona assicurata deve attenersi alle prescrizioni dei medici e intraprendere tutto quello che è atto a favorire la guarigione ed evitare tutto quello che la ritarda.

## 22 Tessera d'assicurato

La persona assicurata riceve una tessera d'assicurato con la quale si identifica presso i fornitori di prestazioni. A condizione che sussistano contratti in tal senso, la tessera autorizza inoltre la persona assicurata a fruire di varie prestazioni, ad esempio ad acquistare senza contanti nelle farmacie i medicinali prescritti da un medico.

La tessera d'assicurato è valida per la durata della copertura assicurativa e non può essere né prestata né trasferita né resa accessibile a terzi. Se la tessera d'assicurato viene smarrita o, per qualsiasi motivo, non è più in possesso della persona assicurata, Helsana ne deve essere immediatamente informata. La persona assicurata deve distruggere la tessera d'assicurato non appena la copertura assicurativa si estingue.

In caso di abuso della tessera d'assicurato, la persona alla quale è intestata è ritenuta responsabile per i danni cagionati a Helsana. Segnatamente, devono essere rimborsate a Helsana le prestazioni assicurative indebitamente rimosse e devono essere sostenute le spese risultanti. Resta salvo il comportamento non colpevole.

## Violazione degli obblighi

### 23 Conseguenze in caso di violazione degli obblighi

In caso di violazione degli obblighi disciplinati nelle presenti condizioni d'assicurazione, Helsana è autorizzata, tenendo conto della proporzionalità, ad escludere la persona assicurata dall'assicurazione BeneFit PLUS per almeno 12 mesi, rispettando un preavviso di 30 giorni, per la fine di un mese civile e/o a non assumersi i costi per le prestazioni non eseguite o prescritte dalla fornitrice di prestazioni coordinatrice o dal fornitore di prestazioni coordinatore o che non concordano con la sua prescrizione. La comunicazione dell'esclusione o del rifiuto di assunzione dei costi avviene per iscritto con indicazione del comportamento contraveniente. L'esclusione dall'assicurazione BeneFit PLUS comporta il passaggio automatico all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di Helsana.

### 24 Protezione e trattamento dei dati

Il trattamento dei dati avviene nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), della Legge

federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e della Legge sulla protezione dei dati (LPD).

Per l'esecuzione delle assicurazioni BeneFit PLUS, i dati della persona assicurata vengono scambiati tra Helsana e i fornitori di prestazioni coordinatori. Il trattamento e la divulgazione dei dati si limita a quanto necessario per la scelta limitata della fornitrice di prestazioni o del fornitore di prestazioni e per cure più convenienti; in particolare per la valutazione del diritto alle prestazioni della persona assicurata e per il calcolo delle prestazioni.

Inoltre i fornitori di prestazioni coordinatori e terzi che agiscono su loro incarico possono inoltrarsi a vicenda i dati inerenti ai trattamenti e alle fatture del loro completo approvvigionamento medico se questi vengono necessitati per lo svolgimento delle assicurazioni BeneFit PLUS e soprattutto per il controllo del rispetto degli obblighi da parte delle persone assicurate.

In caso di cambiamento della fornitrice di prestazioni coordinatrice o del fornitore di prestazioni coordinatore, i dati personali necessari vengono trasmessi al nuovo ufficio coordinatore. A tal fine, la precedente fornitrice di prestazioni coordinatrice o il precedente fornitore di prestazioni coordinatore sono esonerati dal segreto professionale per tale comunicazione dei dati.

### 25 Contenzioso

Se la persona assicurata non è d'accordo con una disposizione di Helsana, può richiedere l'emissione di una decisione scritta. Tale decisione contiene un'indicazione dei rimedi giuridici.

### 26 Responsabilità

La responsabilità per le prestazioni terapeutiche e diagnostiche è esclusivamente dei fornitori di prestazioni che curano la persona assicurata (ad es. medici, terapisti e terapisti, consulenza sanitaria telefonica).

### 27 Entrata in vigore

Le presenti Condizioni d'assicurazione entrano in vigore il 1° gennaio 2025. Esse sostituiscono le CA, edizione 1° gennaio 2024.

## Disposizioni complementari per il modello BeneFit PLUS «Flexmed»

- A. Stipulando il modello «Flexmed», la persona assicurata sceglie un medico di famiglia dall'offerta di Helsana.
- B. Prima di fruire di qualsiasi trattamento medico, la persona assicurata deve rispondere a una serie di domande in merito ai propri disturbi in un'applicazione digitale ai sensi della lettera E, ai fini di una valutazione preliminare e della formulazione di raccomandazioni sulle fasi successive, tramite un «Symptom Checker». Successivamente, la persona assicurata può scegliere se rivolgersi al medico di famiglia scelto, alla consulenza sanitaria di telemedicina o a un altro soggetto riconosciuto da Helsana. In caso di urgenze di cui al par. 19 e di eccezioni di cui al par. 18 si applicano le disposizioni citate. Se non è possibile utilizzare l'app Compassana (ad esempio in caso di guasto del sistema) o se non è disponibile alcun dispositivo mobile compatibile con l'app (ad esempio uno smartphone) per motivi scusabili, in via eccezionale la persona assicurata può rivolgersi direttamente al medico di famiglia scelto, alla consulenza sanitaria di telemedicina o a un soggetto riconosciuto da Helsana.
- C. Ai sensi del par. 17, la persona assicurata è tenuta, indipendentemente dalla preventiva e non vincolante raccomandazione fornita dal Symptom Checker, a rivolgersi al medico di famiglia scelto, alla consulenza sanitaria di telemedicina o a un soggetto riconosciuto da Helsana in caso di fruizione di qualsiasi prestazione medica (eccezioni cfr. infra, lettera D).
- D. In funzione della situazione iniziale (ad esempio, diagnosi precoce di tumori o controllo dei nei) sussiste la possibilità che la persona assicurata venga indirizzata direttamente dal Symptom Checker a un medico specialista, oppure a un'altra fornitrice o a un altro fornitore di prestazioni, potendo in tal modo evitare consultazioni superflue. Tuttavia, la persona assicurata è libera di rivolgersi prima al medico di famiglia scelto, alla consulenza sanitaria di telemedicina o a un soggetto riconosciuto da Helsana.
- E. La persona assicurata è obbligata, al più tardi entro 30 giorni dall'inizio dell'assicurazione, a creare un account myHelsana, a installare l'applicazione prevista per il Symptom Checker e per lo scambio di dati (ad oggi l'app Compassana) su un dispositivo mobile personale, ad attivare la condivisione dei dati con la piattaforma di scambio di dati (ad oggi Compassana) e ad accettare le relative condizioni d'utilizzo. Al fine di garantire un'assistenza medica coordinata, la persona assicurata accetta di concedere al fornitore della piattaforma di scambio di dati l'accesso ai dati principali dell'assicurazione (dati personali, dati relativi alla copertura e alla fatturazione). La persona assicurata decide volontariamente nell'applicazione prevista per lo scambio di dati (ad oggi l'app Compassana) se divulgare tramite la piattaforma di scambio di dati (ad oggi Compassana) i dati di diagnosi, trattamento e fatturazione necessari per l'assistenza con i fornitori di servizi coinvolti. Helsana ha accesso solo ai dati rilevanti ai fini della fatturazione.
- F. I dati di utilizzo necessari ai fini della verifica del rispetto degli obblighi delle persone assicurate (ad esempio l'utilizzo del Symptom Checker) vengono condivisi tra Helsana e il fornitore (ad oggi Bluespace Ventures AG) della piattaforma di scambio di dati e dell'applicazione.
- G. Ai fini di un procedimento di trattamento ottimale e di un potenziale risparmio sui costi delle prestazioni, Helsana può analizzare costantemente i dati di fatturazione e di prestazione degli ultimi 4 anni, oltre al trattamento dei dati di cui al par. 24 e per lo scopo delle misure previste al par. 20, e, sulla base delle conoscenze acquisite, ordinare le misure corrispondenti alla persona assicurata o tramite la fornitrice di prestazioni coordinatrice o il fornitore di prestazioni coordinatore oppure può informare senza impegnare le persone assicurate sulle relative possibilità.
- H. Per determinate prestazioni, Helsana può rinunciare del tutto o in parte alla riscossione della partecipazione ai costi sulla base delle informazioni pubblicate sul suo sito web relative a BeneFit PLUS Flexmed.
- I. Nella misura in cui le presenti disposizioni complementari non contengano norme divergenti, si applicano le CA BeneFit PLUS.