

Édition du 1<sup>er</sup> janvier 2025

## Conditions d'assurance (CA) BeneFit PLUS – Forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins

conformément à la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)

---

### Table des matières

#### Dispositions générales

- 1 Bases de l'assurance
- 2 Personne assurée
- 3 Étendue de l'assurance
- 4 Modèles d'assurance

#### Début, modification et fin de l'assurance

- 5 Conclusion de l'assurance
- 6 Suspension de la couverture accidents
- 7 Franchise annuelle à option
- 8 Modification de l'assurance
- 9 Résiliation par la personne assurée
- 10 Suspension par Helsana

#### Primes et participations aux coûts

- 11 Primes
- 12 Rabais sur les primes
- 13 Participations aux coûts
- 14 Émoluments

#### Droits et obligations d'Helsana

- 15 Communications, changement de domicile et paiements
- 16 Échéance des prestations

#### Droits et obligations de la personne assurée

- 17 Restriction dans le choix des fournisseurs et fournisseuses de prestations
- 18 Exceptions aux restrictions dans le choix des fournisseurs et fournisseuses de prestations
- 19 Urgence
- 20 Mesures de soins et de pilotage intégrés
- 21 Obligation de réduire le dommage
- 22 Carte d'assurance

#### Violation des obligations

- 23 Conséquences d'une violation des obligations
- 24 Protection et traitement des données
- 25 Voies de droit
- 26 Responsabilité
- 27 Entrée en vigueur

#### Dispositions complémentaires relatives au modèle BeneFit PLUS « Flexmed »

### Dispositions générales

#### 1 Bases de l'assurance

L'assurance BeneFit PLUS est une forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins avec limitation du choix des fournisseurs et fournisseuses de prestations au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) et de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Sont assurées les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident. Le risque accident est inclus si la police d'assurance le mentionne expressément. L'assurance BeneFit PLUS est régie par les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), les dispositions de la LAMal et leurs dispositions d'application ainsi que les présentes Conditions d'assurance (CA), édictées en complément aux dispositions légales.

L'assurance BeneFit PLUS inclut divers modèles pour le choix des fournisseurs et fournisseuses de prestations. La personne assurée s'engage, quel que soit le modèle retenu, à respecter les restrictions convenues pour le choix des fournisseurs et fournisseuses de prestations et à suivre les mesures de soins et de pilotage intégrés.

#### 2 Personne assurée

Est assurée la personne mentionnée dans la police d'assurance.

#### 3 Étendue de l'assurance

Les prestations garanties par l'assurance BeneFit PLUS s'appuient sur les dispositions de l'assurance obligatoire des soins, en tenant compte des dispositions restrictives relatives à l'octroi de prestations (cf. ch. 17 à 21). En signant la proposition d'assurance, la personne assurée se déclare d'accord avec les dispositions restrictives.

## 4 Modèles d'assurance

La personne assurée peut choisir l'un des modèles suivants avec les fournisseuses et fournisseurs de prestations coordonnants correspondants :

- « Telmed » : un service de conseil-santé par téléphone ou télé-médecine ;
- « médecin de famille » : une ou un médecin de famille coordonnant-e ou un cabinet de groupe coordonnant ;
- « Flexmed » : parallèlement à la ou au médecin de famille choisi, la personne assurée peut se tourner au choix vers d'autres fournisseuses et fournisseurs de prestations coordonnants. Les dispositions complémentaires relatives à ce modèle sont déterminantes.

## Début, modification et fin de l'assurance

### 5 Conclusion de l'assurance

L'assurance BeneFit PLUS peut être conclue par toute personne qui satisfait les conditions légales et approuve les restrictions définies par les présentes Conditions d'assurance concernant le choix des fournisseuses et fournisseurs de prestations coordonnants et le respect des éventuelles mesures ordonnées. Sont réservées les dispositions concernant la modification de l'assurance (cf. ch. 8). Ne peuvent être admises dans l'assurance BeneFit PLUS les personnes qui ont été exclues pendant un certain temps de ce produit d'assurance (cf. ch. 23).

À la conclusion de l'assurance BeneFit PLUS, la personne assurée choisit la fournisseuse ou le fournisseur de prestations coordonnant-e parmi l'offre d'Helsana.

### 6 Suspension de la couverture accidents

Une personne assurée disposant déjà d'une couverture obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels peut demander la suspension de la couverture accidents.

Si la personne assurée perd sa couverture accidents obligatoire (LAA), elle doit l'annoncer à Helsana dans un délai d'un mois.

### 7 Franchise annuelle à option

La personne assurée peut bénéficier d'une réduction sur le montant des primes en optant pour une franchise annuelle plus élevée. Les détails sont réglés dans les prescriptions correspondantes de la Confédération et sont publiés sur le site Internet d'Helsana ainsi que dans l'annexe annuelle à la police.

### 8 Modification de l'assurance

Si le traitement médical par la fournisseuse ou le fournisseur de prestations coordonnant-e n'est pas ou plus possible, la personne assurée est transférée dans l'assurance obligatoire des soins

d'Helsana, notamment en cas de traitement par un ou une médecin de l'établissement médico-social dans lequel la personne assurée séjourne ou de transfert du domicile ou de la résidence habituelle à l'étranger.

Si la fournisseuse ou le fournisseur de prestations coordonnant-e est retiré-e de l'offre d'Helsana, Helsana demande à la personne assurée de choisir une ou un autre médecin de famille dans un délai de 30 jours. Passé ce délai, elle est transféré-e dans l'assurance obligatoire des soins d'Helsana. Si la ou le médecin de famille est retiré-e de l'offre pour le modèle « Flexmed » uniquement, Helsana demande à la personne assurée de choisir une ou un autre médecin de famille « Flexmed » reconnu-e dans un délai de 30 jours. Passé ce délai, elle est transféré-e dans le modèle « médecin de famille ».

Dans certains cas justifiés, la personne assurée peut changer de médecin de famille coordonnant-e ou de cabinet de groupe coordonnant et choisir une nouvelle ou un nouveau médecin de famille coordonnant-e, ou un nouveau cabinet de groupe coordonnant parmi l'offre d'Helsana. La demande de changement doit être communiquée par écrit directement à Helsana ; elle doit contenir les motifs et être effectuée avant de recourir aux prestations de la fournisseuse ou du fournisseur de prestations nouvellement choisi-e.

### 9 Résiliation par la personne assurée

La résiliation de l'assurance BeneFit PLUS est possible pour la fin d'une année civile ou, en cas de communication d'une nouvelle prime, pour la fin du mois précédant l'application de la nouvelle prime, en respectant un délai de résiliation d'un mois. La résiliation, qui doit être communiquée par écrit, a pour effet le transfert dans l'assurance obligatoire des soins nouvellement choisie. Les dispositions légales sont réservées.

### 10 Suspension par Helsana

Helsana peut suspendre l'assurance BeneFit PLUS ou un modèle de cette assurance moyennant un préavis de deux mois pour la fin d'une année civile.

La personne assurée peut choisir, avec effet à la date de la suspension, entre une autre forme particulière d'assurance ou l'assurance obligatoire des soins d'Helsana. Helsana attire l'attention de la personne assurée sur les possibilités dont elle dispose lorsqu'elle lui signifie la résiliation.

Si la personne assurée n'exerce pas son droit dans le délai imparti, elle est automatiquement transférée dans l'assurance obligatoire des soins d'Helsana.

La suspension du modèle « Flexmed » entraîne automatiquement un transfert dans le modèle « médecin de famille » (pour autant que celui-ci n'a pas également été suspendu).

## Primes et participations aux coûts

### 11 Primes

Si le rapport d'assurance débute ou se termine au cours d'un mois civil, les primes sont dues au jour près.

Les primes sont en règle générale perçues chaque mois. Elles doivent être payées d'avance et sont échues le premier jour de chaque mois. Si d'autres périodes de paiement ont été convenues, les primes sont échues le premier jour de la période correspondante.

Lorsque la prime n'a pas été réglée, un rappel est envoyé à la personne assurée pour l'avertir des conséquences du retard. Un délai supplémentaire lui est alors octroyé pour qu'elle puisse s'acquitter des primes en retard. Si aucun paiement n'est intervenu à l'issue de ce délai, les primes sont encaissées par voie de poursuites.

### 12 Rabais sur les primes

Un rabais sur la prime de l'assurance obligatoire des soins peut être accordé pour tous les modèles de l'assurance BeneFit PLUS. Le tarif de primes correspondant est déterminant.

### 13 Participations aux coûts

Le montant de la franchise et de la quote-part pour les prestations fournies à la personne assurée ainsi que celui de la contribution aux frais d'un séjour hospitalier sont déterminés conformément aux prescriptions de la Confédération en la matière et sont publiés sur le site Internet d'Helsana ainsi que dans l'annexe annuelle à la police.

Lorsque Helsana rembourse directement les fournisseurs et fournisseuses de prestations, la personne assurée a l'obligation de restituer à Helsana les franchises annuelles convenues et/ou les quotes-parts dans les 30 jours qui suivent la facturation. Si la personne assurée ne s'acquitte pas de ses dettes, le ch. 11 est applicable par analogie.

### 14 Émoluments

La personne assurée dispose de plusieurs modalités lui permettant de régler sans frais ses primes et ses participations aux coûts. Helsana peut facturer à la personne assurée les frais qui découlent de versements effectués à un guichet de la poste.

Les frais résultant du retard dans l'acquittement des primes et participations aux coûts, tels que les frais de rappel et les frais d'encaissement, vont à la charge de la personne assurée.

Pour les conventions de paiement par acomptes en cas d'arriérés de paiements, des frais sont facturés. Le montant des frais dépend du montant de la créance ainsi que de la durée de remboursement convenue.

## Droits et obligations d'Helsana

### 15 Communications, changement de domicile et paiements

Toutes les communications destinées à Helsana doivent être envoyées à l'adresse mentionnée dans la police. La personne assurée reçoit valablement les communications et paiements d'Helsana à la dernière adresse ou à la dernière adresse de paiement indiquée. Des informations complémentaires et autres communications officielles relatives p. ex. aux modifications des présentes Conditions d'assurance sont publiées sur le site Internet d'Helsana et avec l'annexe annuelle à la police.

Tout changement d'adresse doit être annoncé par écrit et à l'avance à Helsana. Si un changement de domicile entraîne une modification de la prime, Helsana adapte la prime pour le premier jour du mois suivant.

Les versements sur un compte postal ou bancaire en Suisse sont dépourvus de frais. Des frais de CHF 3.– peuvent être déduits en cas de virement sur un compte à l'étranger. En l'absence de coordonnées bancaires, les paiements sont effectués à l'aide d'un bulletin de paiement (BPR) et les frais engendrés sont déduits de l'avoir.

### 16 Échéance des prestations

Le droit à des prestations naît au moment du traitement.

**Droits et obligations de la personne assurée****17 Restriction dans le choix des fournisseurs et fournisseuses de prestations**

La personne assurée est tenue de toujours s'adresser à la fournisseuse ou au fournisseur de prestations coordonnant-e qu'elle a choisi-e (le cas échéant, à la représentante ou au représentant désigné-e par celle-ci ou celui-ci) avant de solliciter une prestation ou un traitement médical.

Tenant compte de la situation individuelle de la personne assurée ainsi que d'éventuelles mesures de soins intégrés (cf. ch. 20), la fournisseuse ou le fournisseur de prestations coordonnant-e définit le processus de traitement adéquat et optimal (notamment en aiguillant la personne assurée vers d'autres médecins ou auxiliaires médicaux et/ou en lui enjoignant de les consulter). Le processus de traitement éventuellement prescrit doit obligatoirement être suivi par la personne assurée. Si, au cours du processus de traitement, un changement inattendu survient, ou si le temps de traitement prévu initialement ne suffit pas, la personne assurée est tenue de reprendre contact avec la fournisseuse ou le fournisseur de prestations coordonnant-e. Ceci vaut en particulier pour les maladies chroniques.

Les dispositions restrictives relatives à l'octroi de prestations dans l'assurance BeneFit PLUS peuvent également avoir des répercussions sur les assurances complémentaires, les conditions d'assurance pertinentes des assurances complémentaires correspondantes étant alors déterminantes.

**18 Exceptions aux restrictions dans le choix des fournisseurs et fournisseuses de prestations**

Il n'est pas nécessaire de prendre contact avec la fournisseuse ou le fournisseur de prestations coordonnant-e avant de se soumettre à un examen gynécologique préventif ou en obstétrique.

Pour les traitements ophtalmologiques ainsi que pour une première prescription de lunettes ou lentilles de contact, la personne assurée doit s'adresser au préalable à sa fournisseuse ou son fournisseur de prestations coordonnant-e. Les adaptations subséquentes peuvent être effectuées directement par un ou une médecin spécialiste en ophtalmologie et ne nécessitent pas une nouvelle prise de contact avec la fournisseuse ou le fournisseur de prestations coordonnant-e.

Les traitements dentaires peuvent être effectués directement par un ou une dentiste et ne nécessitent aucun transfert par la fournisseuse ou le fournisseur de prestations coordonnant-e.

**19 Urgence**

En cas d'urgence, la personne assurée s'adresse à sa fournisseuse ou son fournisseur de prestations coordonnant-e chaque fois que cela est possible. Si celle-ci ou celui-ci n'est pas joignable, il faut faire appel au ou à la médecin d'urgence ou au service régional d'urgence du lieu de domicile, le cas échéant du lieu de séjour.

Il y a urgence lorsque l'état d'une personne est jugé, par elle-même ou par un tiers, comme pouvant mettre sa vie en danger ou comme devant faire l'objet d'un traitement immédiat. Un problème de santé, nouveau ou récurrent, survenant en dehors des heures de consultation médicale ne peut être considéré systématiquement comme une urgence.

En cas d'hospitalisation d'urgence ou de traitement par le ou la médecin d'urgence, la personne assurée est tenue d'informer ou de faire informer sa fournisseuse ou son fournisseur de prestations coordonnant-e dans les meilleurs délais et de lui remettre une attestation du ou de la médecin d'urgence.

Si une consultation de contrôle s'avère par la suite nécessaire, la personne assurée est tenue de s'adresser à sa fournisseuse ou son fournisseur de prestations coordonnant-e. Avec son autorisation, le traitement peut aussi se poursuivre chez la ou le médecin consulté d'urgence, aussi longtemps que nécessaire.

**20 Mesures de soins et de pilotage intégrés**

Si un plan global de soins est indiqué face à une maladie spécifique (notamment en cas de maladie chronique ou potentiellement chronique), la personne assurée est dans l'obligation de se soumettre aux mesures spéciales de soins intégrés. Celles-ci peuvent s'inscrire, par exemple, dans le cadre d'un programme de Disease Management, de Case Management ou inclure le choix de fournisseuses ou fournisseurs de prestations particuliers. Helsana, la fournisseuse ou le fournisseur de prestations coordonnant-e ou un prestataire tiers signalent ces mesures à la personne assurée, qui est tenue de les appliquer.

La personne assurée a l'obligation d'annoncer à sa fournisseuse ou son fournisseur de prestations coordonnant-e ou à Helsana, au moins 10 jours à l'avance, les traitements hospitaliers (ambulatoires ou stationnaires) prévus.

La personne assurée est tenue de prendre en considération les sources d'approvisionnement avantageuses (p. ex. pharmacies de vente par correspondance) lorsqu'elle a besoin de médicaments, d'analyses de laboratoire ou de moyens auxiliaires. Helsana ou la fournisseuse ou le fournisseur de prestations coordonnant-e lui signale les sources d'approvisionnement dont il faut tenir compte dans le cas d'espèce.

La personne assurée s'engage à accepter la prescription du médicament le plus économique pour le traitement de l'affection dont elle souffre. Il

peut s'agir d'un générique ou d'une préparation originale avantageuse. Si la personne assurée achète un médicament pour lequel une alternative plus avantageuse existe, Helsana ou la fournisseuse ou le fournisseur de prestations coordonnant-e l'en informe.

## 21 Obligation de réduire le dommage

La personne assurée doit suivre les prescriptions de la ou du médecin, faire tout ce qui favorise la guérison et éviter tout ce qui pourrait la ralentir.

## 22 Carte d'assurance

La personne assurée reçoit une carte d'assurance. Cette dernière fait office de pièce de légitimation vis-à-vis des fournisseuses et fournisseurs de prestations. Pour autant qu'il existe des contrats correspondants, elle donne également droit à des prestations, p. ex. le retrait sans argent comptant dans les pharmacies de médicaments prescrits par la ou le médecin.

La carte d'assurance est valable aussi longtemps que dure la couverture d'assurance. Elle ne doit être ni prêtée, ni transférée ni encore mise à disposition de tiers de quelque manière que ce soit. Si la carte d'assurance est perdue ou si la personne assurée en perd la trace d'une manière ou d'une autre, Helsana doit en être informée sans retard. La personne assurée doit détruire immédiatement la carte d'assurance dès que la couverture d'assurance est supprimée.

La personne au nom de laquelle la carte d'assurance est établie répond du dommage causé à Helsana du fait d'une utilisation abusive de la carte d'assurance. En particulier, il lui incombe de rembourser à Helsana les prestations d'assurance versées à tort et de prendre en charge les frais y relatifs. Demeure réservé le comportement non fautif.

## Violation des obligations

### 23 Conséquences d'une violation des obligations

En cas de violation des obligations mentionnées dans les présentes Conditions d'assurance, Helsana, qui respectera le principe de proportionnalité, est en droit d'exclure durant au moins 12 mois la personne assurée de l'assurance BeneFit PLUS, en observant un délai de 30 jours pour la fin d'un mois civil, et/ou de ne pas prendre en charge des coûts de prestations qui n'ont pas été fournies ou ordonnées par la fournisseuse ou le fournisseur de prestations coordonnant-e, ou qui contredisent les instructions de cette dernière ou ce dernier. L'exclusion ou le refus de prise en charge des coûts sont communiqués par écrit, en indiquant le comportement fautif. Une exclusion de l'assurance BeneFit PLUS entraîne automatiquement le transfert dans l'assurance obligatoire des soins d'Helsana.

## 24 Protection et traitement des données

Les données sont traitées dans le plus strict respect des dispositions en la matière contenues dans la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et la loi sur la protection des données (LPD).

La mise en œuvre des assurances BeneFit PLUS nécessite un échange de données sur la personne assurée entre Helsana et les fournisseuses et fournisseurs de prestations coordonnants. Cette communication et ce traitement de données se limitent à ce qui est nécessaire pour la limitation du choix du fournisseur ou de la fournisseuse de prestations et pour des soins moins coûteux, et en particulier pour l'évaluation du droit aux prestations de la personne assurée, ainsi que pour le calcul des prestations.

En outre, les fournisseuses et fournisseurs de prestations coordonnants et les tiers agissant en leur nom peuvent s'échanger les données de traitement et de facturation concernant les soins médicaux dans leur ensemble, pour autant que ces données soient requises pour le déroulement des assurances BeneFit PLUS et notamment pour la vérification du respect des obligations faites à la personne assurée.

En cas de changement de fournisseuse ou fournisseur de prestations coordonnant-e, les données personnelles nécessaires sont transmises à la nouvelle entité coordonnante. À cette fin, la fournisseuse ou le fournisseur de prestations coordonnant-e actuel-le est libéré-e du secret professionnel pour permettre la communication des données.

## 25 Voies de droit

Lorsqu'une personne assurée n'est pas d'accord avec une prise de position d'Helsana, elle peut exiger une décision écrite. Les voies de recours sont mentionnées dans la décision.

## 26 Responsabilité

La responsabilité pour les prestations diagnostiques et thérapeutiques incombe exclusivement aux fournisseuses ou fournisseurs de prestations traitant la personne assurée (p. ex. médecins, thérapeutes, service de conseil-santé par téléphone).

## 27 Entrée en vigueur

Les présentes Conditions d'assurance entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2025. Elles remplacent les Conditions d'assurance, édition du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

## Dispositions complémentaires relatives au modèle BeneFit PLUS « Flexmed »

- A. Lors de la conclusion du modèle « Flexmed », la personne assurée choisit un ou une médecin de famille parmi l'offre d'Helsana.
- B. Avant de solliciter un traitement médical, la personne assurée doit répondre dans un « Symptom Checker » de l'application numérique (cf. let. E) aux questions sur les symptômes en vue d'une première évaluation et de recommandations pour les étapes suivantes. Ensuite, la personne assurée a le choix de s'adresser à sa ou son médecin de famille, au service de conseil-santé par téléphone ou à un autre point de contact reconnu par Helsana. En cas d'urgences telles que celles décrites au ch. 19 et d'exceptions telles que celles visées au ch. 18, les dispositions mentionnées s'appliquent. Si l'utilisation de l'application Compassana n'est pas possible (par exemple en cas de panne de système) ou si, pour des motifs raisonnables, l'accès à un appareil mobile permettant d'installer l'application (tel qu'un smartphone) n'est pas possible, la personne assurée peut, à titre exceptionnel, s'adresser directement à la ou au médecin de famille de son choix, au service de conseil-santé par téléphone ou à un point de contact Helsana reconnu.
- C. La personne assurée est tenue, au sens du chiffre 17, – indépendamment des recommandations préalables du « Symptom Checker », lesquelles sont non contraignantes – de toujours s'adresser à la ou au médecin de famille qu'elle a choisie, au service de conseil-santé par téléphone ou à un point de contact Helsana reconnu avant de solliciter une prestation médicale (exceptions indiquées ci-après sous let. D).
- D. Selon le contexte (notamment dépistage précoce d'un cancer ou contrôle des grains de beauté), la personne assurée peut être transférée par le « Symptom Checker » directement vers une ou un spécialiste ou un autre fournisseur de prestations, permettant ainsi d'éviter des consultations inutiles. La personne assurée est libre toutefois de s'adresser en priorité à la ou au médecin de famille de son choix, au service de conseil-santé par téléphone ou à un point de contact Helsana reconnu.
- E. La personne assurée est tenue, au plus tard 30 jours après le début de l'assurance, d'ouvrir un compte utilisateur myHelsana, d'installer sur un appareil mobile personnel l'application prévue pour le « Symptom Checker » et pour l'échange des données (actuellement application Compassana), d'activer le partage des données avec la plateforme d'échange de données (actuellement Compassana) et d'en accepter les conditions d'utilisation. Afin de garantir la bonne coordination des soins médicaux, la personne assurée déclare autoriser le prestataire de la plateforme d'échange des données à consulter les données de base de l'assurance (données personnelles, de couverture et de facturation). Dans l'application prévue pour l'échange des données (actuellement l'application Compassana), la personne assurée décide volontairement de la communication des données de diagnostics, de traitement et de facturation nécessaires aux soins avec les fournisseurs de prestations engagés dans les soins via la plateforme d'échange des données (actuellement Compassana). Helsana obtient uniquement l'accès à des données importantes pour établir le décompte.
- F. Les données d'utilisation nécessaires à la vérification du respect des obligations des personnes assurées (par exemple utilisation du « Symptom Checker ») sont échangées entre Helsana et le prestataire (actuellement Bluespace Ventures SA) de la plateforme d'échange des données et de l'application.
- G. Afin d'optimiser le déroulement du traitement et de réaliser des économies potentielles sur les coûts des prestations, Helsana peut analyser en permanence les données de facturation et de prestations des 4 dernières années, au-delà du traitement des données prévu au ch. 24, aux fins des mesures prévues au ch. 20 et, sur la base des connaissances acquises, ordonner les mesures correspondantes à la personne assurée ou via la fournisseuse ou le fournisseur de prestations coordonnant·e, ou indiquer les possibilités correspondantes à la personne assurée, sans engagement.
- H. Pour certaines prestations, Helsana peut, conformément aux informations sur BeneFit PLUS Flexmed mises en ligne sur son site Internet, renoncer en totalité ou en partie à la perception de la participation aux coûts.
- I. Pour autant qu'il n'y ait pas de règles divergentes dans les présentes dispositions complémentaires, les Conditions d'assurance de BeneFit Plus s'appliquent.