

Helsana - BeneFit-PLUS-Telemedecine

Nom du Groupe	Helsana Assurances SA
Edition des CGA	01.01.2025

Peu restrictif: ✓ Restriction modérée: !! Très restrictif: ⚠

Synthèse

Modèle télémedecine qui définit un plan de traitement contraignant. Assuré doit faire tout ce qui favorise la guérison et éviter tout ce qui pourrait la ralentir. Il doit aussi aller chez des fournisseurs de soins avantageux. Possibilité de devoir suivre des mesures de soins intégrés. Les sanctions peuvent être lourdes sans avertissement.

Les prestataires

1^{er} point de contact

- Possibilités	Centre de télémedecine. Défini le processus de traitement qui est contraignant.	⚠
- Spécificités	Défini le processus de traitement qui est contraignant.	

Médecin de premier recours

- Choix	Défini par le centre de télémedecine.	⚠
---------	---------------------------------------	---

Spécialistes

- Choix/validation	Défini par le centre de télémedecine.	⚠
- Gynécologue	Libre pour les examens gynécologiques préventifs ou en obstétrique.	!!
- Ophtalmologue	Pour traitements ophtalmologiques et pour 1 ^{ère} prescription de lunettes ou lentilles de contact, assuré doit s'adresser au MPR ou centre conseil-santé. Adaptations subséquentes peuvent être faites directement par l'ophtalmologue.	!!
- Pédiatre	Non spécifié.	⚠

Pharmacie

- Choix	L'assuré est tenu de prendre en considération des pharmacies avantageuses (par exemple par correspondance).	!!
- Médicaments	L'assuré s'engage à accepter le médicament le plus économique.	!!

Hôpital

- Choix/validation	Assuré doit annoncer à l'assurance ou au centre de télémedecine les traitements hospitaliers prévus au moins 10 jours à l'avance.	✓
- Urgence	Vie en danger ou besoin d'un traitement immédiat. S'adresser à chaque fois que cela est possible au MPR ou, s'il n'est pas joignable, un service d'urgence. Informer le MPR dans les meilleurs délais, lui remettre une attestation du médecin d'urgence, et lui confier la suite du traitement, sauf si accord.	⚠

Modification listes

	Non spécifié.	!!
--	---------------	----

Autres particularités

Autre restriction	Assuré doit suivre les prescriptions du centre de télémédecine et prendre contact avec si changement du plan de traitement (notamment durée), faire tout ce qui favorise la guérison et éviter ce qui pourrait la ralentir. Dans certains cas, assuré doit se soumettre aux mesures spéciales de soins intégrés.	⚠
Autre exemption	Pas d'obligation de recours préalable au MPR pour les traitements dentaires.	✓

Les sanctions

Avertissement	Non spécifié, risque de sanctions immédiates.	⚠
Sanctions	Sanction sévère: transfert possible dans l'AOS et/ou pas de prestations, en cas de non-respect des consignes.	⚠

Situations de changement du modèle

Traitement pas ou plus possible par premier prestataire: transfert possible dans l'AOS.

Suppression du modèle pour la fin d'une année: transfert dans l'AOS, sous réserve du choix d'un autre modèle.

Centre de télémédecine retiré modèle d'assurance: assuré choisit un autre ou transfert dans AOS.

Acronymes et précisions

Les fiches sont basées sur les conditions générales des assureurs (CGA). Si une information se trouve sur le site de l'assureur mais pas dans les CGA, elle n'est pas indiquée dans la fiche, sauf exception mentionnée. **Seule la version officielle des CGA disponible sur le site de l'assureur fait foi.**

Clarification de certains termes

MPR: médecin de premier recours, ce terme est utilisé pour désigner le premier médecin physique que voit l'assuré. Il s'agit en général d'un médecin de famille (généraliste).

«Non spécifié»: cela indique que cette information ne se trouve pas dans les CGA de l'assureur. A priori, si rien n'est spécifié par rapport à un point, cela signifie que qu'il n'y a pas de restriction et/ou dérogation particulière. Ex: gynécologue non spécifié → il n'y pas de solution particulière pour le choix du gynécologue par rapport au choix des autres spécialistes.

AOS: assurance obligatoire des soins, modèle de base sans restriction.

Médicaments génériques: la quote-part sur les médicaments est de 10% (rappel: la quote-part est due une fois la franchise atteinte, max. 700 fr. pour les adultes et 350 fr. pour les enfants). De par la loi, la quote-part peut être de 40% si l'assuré prend une prescription originale sans raison médicale. Si des raisons médicales justifient la prise d'une prescription originale (présentation d'un certificat nécessaire) la quote-part reste de 10%. (*nota bene*: si dans le tableau il est indiqué «pas de restriction mentionnée» par rapport au choix des médicaments, c'est le système légal qui s'applique, ce qui signifie qu'une quote-part de 40% est possible pour les prescriptions originales prises sans raison médicale).

Évaluations: le caractère peu restrictif (✓), modéré (!) ou très restrictif (⚠) d'un point est déterminé par rapport aux possibilités de choix qui s'offrent à l'assuré ou à son caractère contraignant ou non. Cela ne préjuge en rien du fait qu'il s'agisse d'un point positif ou négatif, cela dépendant du profil et des souhaits de chacun. Par exemple la sanction «transfert dans l'AOS» est indiquée comme peu restrictive car c'est la solution *in fine* prévue par tous les assureurs.

Lien CGA: <https://www.helsana.ch/dam/fr/pdf/prives/conditions-assurance/benefit-plus.pdf>

Lien Descriptif: <https://www.helsana.ch/fr/prives/assurances/assurance-de-base/benefit-plus-telemedecine.html>