

## Helsana - BeneFit-PLUS-Medecin-de-famille

Nom du Groupe	Helsana Assurances SA
Edition des CGA	01.01.2025

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

### Synthèse

Modèle médecin de famille avec plan de traitement contraignant. Assuré est tenu de 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<sup>er</sup> point de contact

- Possibilités	Médecin de famille (ci-après MPR), choisi dans la liste.	!!
- Spécificités	Plan de traitement défini par MPR (contraignant).	!!

#### Médecin de premier recours

- Choix	Sur liste.	!!
---------	------------	----

#### Spécialistes

- Choix/validation	Aiguillé par MPR.	!!
- Gynécologue	Libre pour les examens gynécologiques préventifs ou en obstétrique.	!!
- Ophtalmologue	Pour traitements ophtalmologiques et pour 1ère 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 à son MPR 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 sinon à un service d'urgence. Informer le MPR dans les meilleurs délais, lui remettre une attestation du médecin d'urgence. Si contrôle ou traitement ultérieur, doit être fait par MPR sauf si délégation au service d'urgence.	⚠

#### Modification listes

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

### Autres particularités

<b>Autre restriction</b>	L'assuré doit suivre prescriptions du MPR, faire tout ce qui favorise la guérison et éviter ce qui pourrait la ralentir et reprendre contact avec MPR si changement processus de traitement ou laps de temps insuffisant. Dans certains cas, assuré doit se soumettre aux mesures spéciales de soins intégrés.	⚠
<b>Autre exemption</b>	Pas d'obligation de recours préalable au 1er prestataire pour les traitements dentaires. Assuré peut changer de MPR pour justes motifs.	!!

### Les sanctions

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

### Situations de changement du modèle

Traitements 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.

MPR 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 a 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-medecin-de-famille.html>