

Ausgabe 1. Januar 2025

Versicherungsbedingungen (VB) BeneFit PLUS – Besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bestimmungen

- 1 Grundlagen der Versicherung
- 2 Versicherte Person
- 3 Versicherungsumfang
- 4 Versicherungsmodelle

Beginn, Änderung und Ende der Versicherung

- 5 Abschluss der Versicherung
- 6 Sistierung der Unfalldeckung
- 7 Wählbare Jahresfranchise
- 8 Änderung der Versicherung
- 9 Kündigung durch die versicherte Person
- 10 Einstellung durch Helsana

Prämien und Kostenbeteiligung

- 11 Prämien
- 12 Prämienrabatt
- 13 Kostenbeteiligung
- 14 Gebühren

Rechte und Pflichten von Helsana

- 15 Mitteilungen, Wohnsitzwechsel und Zahlungen
- 16 Fälligkeit von Leistungen

Rechte und Pflichten der versicherten Person

- 17 Einschränkung in der Wahl der Leistungserbringenden
- 18 Ausnahmen von der Einschränkung in der Wahl der Leistungserbringenden
- 19 Notfall
- 20 Massnahmen zur integrierten Versorgung und Lenkung
- 21 Schadensminderungspflicht
- 22 Versichertenkarte

Verletzung von Pflichten

- 23 Konsequenzen bei Verstoss gegen die Verpflichtungen
- 24 Datenschutz und Datenbearbeitung
- 25 Rechtspflege
- 26 Haftung
- 27 Inkrafttreten

Ergänzende Bestimmungen zum BeneFit PLUS Modell «Flexmed»

Allgemeine Bestimmungen

1 Grundlagen der Versicherung

Die BeneFit PLUS Versicherung ist eine besondere Versicherungsform der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringenden im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG) und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV). Versichert werden die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Mutterschaft und Unfall. Das Unfallrisiko ist eingeschlossen, wenn es auf der Police aufgeführt ist. Massgebend sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG), die Bestimmungen des KVG und dessen Ausführungsbestimmungen sowie die vorliegenden Versicherungsbedingungen, welche in Ergänzung zu den gesetzlichen Bestimmungen erlassen werden.

Die BeneFit PLUS Versicherung umfasst verschiedene Modelle in der Wahl der Leistungserbringenden. Die versicherte Person verpflichtet sich bei allen Modellen, die vereinbarten Einschränkungen in der Wahl der Leistungserbringenden zu befolgen sowie die Massnahmen zur integrierten Versorgung und Lenkung einzuhalten.

2 Versicherte Person

Versichert ist die in der Versicherungspolice aufgeführte Person.

3 Versicherungsumfang

Die in der BeneFit PLUS Versicherung garantierten Leistungen richten sich nach dem Leistungsumfang der obligatorischen Krankenpflegeversicherung unter Berücksichtigung der einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug (Ziff. 17 – 21). Die versicherte Person erklärt mit der Unterzeichnung des Versicherungsantrags ihr Einverständnis mit den einschränkenden Bestimmungen.

4 Versicherungsmodelle

Die versicherte Person kann eines der folgenden Modelle mit entsprechenden koordinierenden Leistungserbringenden wählen:

- «Telmed» telefonische bzw. telemedizinische Gesundheitsberatung

- «Hausarzt» koordinierende Hausärztin bzw. koordinierender Hausarzt oder koordinierende Gruppenpraxis
- «Flexmed» Neben der gewählten Hausärztin bzw. dem gewählten Hausarzt kann sich die versicherte Person wahlweise an andere koordinierende Leistungserbringende wenden. Massgebend sind die ergänzenden Bestimmungen für dieses Modell.

Beginn, Änderung und Ende der Versicherung

5 Abschluss der Versicherung

Jede Person, welche die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt und sich mit den in diesen Versicherungsbedingungen festgehaltenen Einschränkungen in der Wahl von koordinierenden Leistungserbringenden, den gegebenenfalls angeordneten Massnahmen einverstanden erklärt, kann eine BeneFit PLUS Versicherung abschliessen. Vorbehalten bleiben die Bestimmungen über die Versicherungsänderung (Ziff. 8). Ausgenommen von der Aufnahme in die BeneFit PLUS Versicherung sind Personen, die für eine bestimmte Zeit aus diesem Versicherungsprodukt ausgeschlossen wurden (Ziff. 23).

Die versicherte Person wählt beim Abschluss der BeneFit PLUS Versicherung die koordinierende Leistungserbringende bzw. den koordinierenden Leistungserbringenden aus dem Angebot von Helsana aus.

6 Sistierung der Unfalldeckung

Eine versicherte Person, die obligatorisch für Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert ist, kann die Sistierung der Unfalldeckung beantragen.

Scheidet die versicherte Person aus der obligatorischen Unfallversicherung (UVG) aus, muss sie dies Helsana innert eines Monats melden.

7 Wählbare Jahresfranchise

Die versicherte Person kann gegen eine Prämienermässigung eine höhere Jahresfranchise wählen. Einzelheiten sind in den entsprechenden Vorschriften des Bundes geregelt und werden auf der Homepage von Helsana sowie mit der jährlichen Policenbeilage veröffentlicht.

8 Änderung der Versicherung

Ist die ärztliche Behandlung durch die koordinierende Leistungserbringende oder den koordinierenden Leistungserbringenden nicht oder nicht mehr möglich, führt dies zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung von Helsana, insbesondere bei Aufenthalt im Pflegeheim und Behandlung durch dessen Ärztin oder Arzt oder bei Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland.

Scheidet die oder der koordinierende Leistungserbringende aus dem Angebot von Helsana aus,

fordert Helsana die versicherte Person auf, innert 30 Tagen eine andere Hausärztin bzw. einen anderen Hausarzt zu wählen. Nach Ablauf dieser Frist erfolgt die Umteilung in die obligatorische Krankenpflegeversicherung von Helsana. Scheidet die Hausärztin oder der Hausarzt nur aus dem Angebot für das Modell «Flexmed» aus, fordert Helsana die versicherte Person auf, innert 30 Tagen eine andere Hausärztin bzw. einen anderen Hausarzt zu wählen, die/der für «Flexmed» anerkannt ist. Nach Ablauf dieser Frist erfolgt die Umteilung ins Modell «Hausarzt».

In begründeten Fällen kann die versicherte Person die koordinierende Hausärztin bzw. den koordinierenden Hausarzt oder die koordinierende Gruppenpraxis wechseln und aus dem Angebot von Helsana eine neue koordinierende Hausärztin bzw. einen neuen koordinierenden Hausarzt oder eine neue koordinierende Gruppenpraxis wählen. Das Gesuch für einen Wechsel hat unter Angabe der Gründe schriftlich und vor Inanspruchnahme der Leistung bei der bzw. dem neu gewählten Leistungserbringenden zu erfolgen und ist direkt an Helsana zu richten.

9 Kündigung durch die versicherte Person

Die Kündigung der BeneFit PLUS Versicherung ist auf das Ende eines Kalenderjahres oder nach Mitteilung der neuen Prämie unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist auf das Ende des Monats, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht, möglich. Sie hat schriftlich zu erfolgen und führt zum Wechsel in die neu gewählte obligatorische Krankenpflegeversicherung. Die gesetzlichen Bestimmungen bleiben vorbehalten.

10 Einstellung durch Helsana

Helsana kann die BeneFit PLUS Versicherung oder ein Modell der BeneFit PLUS Versicherung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 2 Monaten auf das Ende eines Kalenderjahres einstellen.

Die versicherte Person hat die Wahl, auf das Datum der Einstellung entweder in eine andere besondere Versicherungsform oder die obligatorische Krankenpflegeversicherung von Helsana zu wechseln. Die versicherte Person wird mit der Mitteilung über die Einstellung auf die Möglichkeiten aufmerksam gemacht.

Wird das Wahlrecht von der versicherten Person bis zum Ende der Kündigungsfrist nicht ausgeübt, führt dies automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung von Helsana.

Wird das Modell «Flexmed», eingestellt, erfolgt automatisch der Wechsel ins Modell «Hausarzt» (sofern dieses nicht ebenfalls eingestellt wurde).

Prämien und Kostenbeteiligung

11 Prämien

Beginnt oder endet das Versicherungsverhältnis im Laufe eines Kalendermonats, werden die Prämien auf den Tag genau erhoben.

Die Prämien werden in der Regel monatlich erhoben, sind im Voraus zahlbar und werden am 1. Tag jedes Monats fällig. Wurden andere Zahlungsperioden vereinbart, werden die Prämien jeweils am 1. Tag der entsprechenden Periode fällig.

Ist die Prämie ausstehend, wird die versicherte Person durch Mahnung auf die Folgen der Säumnis aufmerksam gemacht und eine Nachfrist zur Bezahlung der rückständigen Prämie angesetzt. Erfolgt innert der Nachfrist keine Bezahlung, wird die Prämie auf dem Betreuungsweg eingezogen.

12 Prämienrabatt

In allen Modellen der BeneFit PLUS Versicherung kann ein Rabatt auf die Prämie der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gewährt werden. Massgebend ist der jeweils gültige Prämientarif.

13 Kostenbeteiligung

Die Belastung der Franchise und des Selbstbehaltes bei den für die versicherte Person erbrachten Leistungen sowie des Beitrages an die Kosten eines Spitalaufenthaltes erfolgt nach den massgebenden Vorschriften des Bundes und wird auf der Homepage von Helsana sowie mit der jährlichen Policenbeilage veröffentlicht.

Im Falle von Direktzahlungen an die Leistungserbringenden durch Helsana ist die versicherte Person verpflichtet, vereinbarte Jahresfranchisen und/oder Selbstbehalte innert 30 Tagen nach Rechnungsstellung an Helsana zurückzuerstatten. Kommt die versicherte Person ihrer Zahlungspflicht nicht nach, gilt Ziff. 11 sinngemäss.

14 Gebühren

Die versicherte Person hat verschiedene Möglichkeiten, ihre Prämien und Kostenbeteiligungen gebührenfrei zu bezahlen. Gebühren, die durch Einzahlungen am Postschalter entstehen, kann Helsana der versicherten Person weiterverrechnen.

Die durch die Rückstände in der Prämienzahlung und den Kostenbeteiligungen verursachten Gebühren wie z.B. Mahnspesen und Inkassogebühren gehen zulasten der versicherten Person.

Für Ratenzahlungsvereinbarungen bei Zahlungsrückständen wird eine Gebühr erhoben. Die Höhe der Gebühr wird in Abhängigkeit von der Forderungshöhe sowie der vereinbarten Rückzahlungsdauer festgelegt.

Rechte und Pflichten von Helsana

15 Mitteilungen, Wohnsitzwechsel und Zahlungen

Mitteilungen an Helsana sind an die in der Police angegebene Adresse zu richten. Die versicherte Person erhält Mitteilungen und Zahlungen von Helsana rechtsgültig an die zuletzt gemeldete Adresse bzw. Zahladresse. Weitere Informationen und verbindliche Mitteilungen wie zum Beispiel Änderungen der vorliegenden Versicherungsbedingungen werden auf der Homepage von Helsana sowie mit der jährlichen Policenbeilage veröffentlicht.

Eine Adressänderung ist Helsana schriftlich und vorab zu melden. Bewirkt ein Wohnsitzwechsel eine Prämienänderung, passt Helsana die Prämien auf den Ersten des folgenden Monats an.

Zahlungen auf ein Post- oder Bankkonto in der Schweiz erfolgen spesenfrei. Für Überweisungen auf ein Konto im Ausland kann eine Gebühr von CHF 3.– in Abzug gebracht werden. Ohne Konto-Verbindung erfolgen Zahlungen mittels Auszahlungsschein (ASR) und die anfallenden Gebühren werden vom Guthaben abgezogen.

16 Fälligkeit von Leistungen

Der Anspruch auf Leistungen entsteht im Zeitpunkt der Behandlung.

Rechte und Pflichten der versicherten Person

17 Einschränkung in der Wahl der Leistungserbringenden

Die versicherte Person ist verpflichtet, sich vor Inanspruchnahme jeglicher medizinischen Leistungen und Behandlungen immer zuerst an die von ihr gewählte koordinierende Leistungserbringende bzw. den von ihr gewählten koordinierenden Leistungserbringenden (oder gegebenenfalls an den von dieser bzw. diesem bezeichneten Stellvertreter) zu wenden.

Unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person sowie der allfälligen Massnahmen zur integrierten Versorgung (Ziff. 20) legt die bzw. der koordinierende Leistungserbringende den optimalen und adäquaten Behandlungsablauf fest (insbesondere auch Überweisung an weitere Ärztinnen bzw. Ärzte oder medizinische Hilfspersonen und/oder die Anordnung, diese zu konsultieren). Der allenfalls vorgegebene Behandlungsablauf ist für die versicherte Person verbindlich. Ergibt sich im Rahmen des Behandlungsablaufes eine Änderung, die nicht vorgesehen war, oder reicht der ursprünglich für die Behandlung vorgesehene Zeitrahmen nicht aus, ist die versicherte Person verpflichtet, erneut die koordinierende Leistungserbringende bzw. den koordinierenden Leistungserbringenden zu kontaktieren. Dies gilt insbesondere auch bei chronischen Erkrankungen.

Die einschränkenden Bestimmungen für den Leistungsbezug in der BeneFit PLUS Versicherung können sich auch auf Zusatzversicherungen auswirken, wobei hierfür die einschlägigen Versicherungsbedingungen der entsprechenden Zusatzversicherungen massgebend sind.

18 Ausnahmen von der Einschränkung in der Wahl der Leistungserbringenden

Für gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und die geburtshilfliche Betreuung ist keine vorgängige Kontaktaufnahme mit der bzw. dem koordinierenden Leistungserbringenden erforderlich.

Für augenärztliche Behandlungen sowie für eine erste Brillen- bzw. Kontaktlinsenverordnung hat die versicherte Person sich zuerst an die koordinierende Leistungserbringende bzw. den koordinierenden Leistungserbringenden zu wenden. Folgeanpassungen können direkt durch eine Spezialärztin bzw. einen Spezialarzt für Ophthalmologie erfolgen und setzen keine vorgängige Beratung durch die koordinierende Leistungserbringende bzw. den koordinierenden Leistungserbringenden voraus.

Zahnärztliche Behandlungen können direkt durch eine Zahnärztin oder einen Zahnarzt erfolgen und setzen keine Überweisung durch die koordinierende Leistungserbringende bzw. den koordinierenden Leistungserbringenden voraus.

19 Notfall

In einer Notfallsituation gelangt die versicherte Person wenn immer möglich an die koordinierende Leistungserbringende bzw. den koordinierenden Leistungserbringenden. Falls diese bzw. dieser nicht erreichbar sein sollte, ist die Notfallärztin bzw. der Notfallarzt oder die regionale Notfallorganisation am Wohnort, gegebenenfalls am Aufenthaltsort, zu kontaktieren.

Ein Notfall liegt vor, wenn der Zustand einer Person von ihr selbst oder von Dritten als lebensbedrohlich oder als unmittelbar behandlungsbedürftig eingeschätzt wird. Ein neu oder wieder auftretendes Gesundheitsproblem ausserhalb von Praxisöffnungszeiten gilt nicht grundsätzlich als Notfall.

Wird aufgrund eines Notfalls eine Spitaleinweisung oder eine Behandlung bei der Notfallärztin bzw. beim Notfallarzt nötig, ist die versicherte Person verpflichtet, zum nächstmöglichen Zeitpunkt die koordinierende Leistungserbringende bzw. den koordinierenden Leistungserbringenden zu orientieren oder orientieren zu lassen und ihm eine Bescheinigung der Notfallärztin oder des Notfallarztes einzureichen.

Sollte anschliessend eine Kontrollkonsultation nötig sein, so hat sich die versicherte Person dafür an die koordinierende Leistungserbringende bzw. den koordinierenden Leistungserbringenden zu wenden. Mit deren bzw. dessen Einverständnis kann die weitere Behandlung so lange wie notwendig bei der Notfallärztin bzw. beim Notfallarzt erfolgen.

20 Massnahmen zur integrierten Versorgung und Lenkung

Ist bei Vorliegen einer spezifischen (insbesondere chronischen oder potenziell chronischen) Erkrankung eine ganzheitliche Versorgungsplanung angezeigt, ist die versicherte Person verpflichtet, sich speziellen Massnahmen zur integrierten Versorgung zu unterziehen. Diese können zum Beispiel Disease-Management-Programme, Case-Management oder die Auswahl besonderer Leistungserbringenden beinhalten. Die versicherte Person wird von Helsana, der bzw. dem koordinierenden Leistungserbringenden oder von anbietenden Dritten auf die Massnahmen aufmerksam gemacht und ist verpflichtet, diese zu befolgen.

Die versicherte Person ist verpflichtet, geplante Spitalbehandlungen (ambulant und stationär) mindestens 10 Tage im Voraus der bzw. dem koordinierenden Leistungserbringenden oder Helsana zu melden.

Die versicherte Person ist verpflichtet, beim Bezug von Medikamenten, Laborleistungen, Hilfsmitteln usw. kostengünstige Bezugsquellen (z.B. Versandapotheken) zu berücksichtigen. Die im jeweiligen Fall zu berücksichtigende Bezugsquelle wird ihr von Helsana oder von der bzw. dem koordinierenden Leistungserbringenden mitgeteilt.

Die versicherte Person verpflichtet sich, sich mit dem Medikament behandeln zu lassen, welches zur Behandlung des Leidens am wirtschaftlichsten ist. Es kann sich dabei um ein Generikum

oder ein wirtschaftliches Originalpräparat handeln. Wird von der versicherten Person ein Medikament bezogen, für welches eine kostengünstigere Alternative angeboten wird, macht sie Helsana oder die bzw. der koordinierende Leistungserbringende darauf aufmerksam.

21 Schadensminderungspflicht

Die versicherte Person hat die ärztlichen Anordnungen zu befolgen und alles zu tun, was die Genesung fördert, und alles zu unterlassen, was sie verzögert.

22 Versichertenkarte

Die versicherte Person erhält eine Versichertenkarte. Diese dient als Ausweis gegenüber Leistungserbringenden. Sofern entsprechende Verträge vorliegen, berechtigt sie zudem zum Bezug von Leistungen wie z.B. dem bargeldlosen Bezug ärztlich verschriebener Medikamente in Apotheken.

Die Versichertenkarte ist während der Dauer der Versicherungsdeckung gültig. Sie darf weder ausgeliehen noch übertragen noch sonst wie Dritten zugänglich gemacht werden. Geht die Versichertenkarte verloren oder kommt sie der versicherten Person sonst wie abhanden, ist Helsana unverzüglich darüber zu benachrichtigen. Nach Wegfall der Versicherungsdeckung hat die versicherte Person die Versichertenkarte sofort zu vernichten.

Wird die Versichertenkarte missbräuchlich verwendet, haftet die Person, auf welche die Versichertenkarte ausgestellt ist, für den Helsana entstandenen Schaden. Insbesondere sind die zu Unrecht erfolgten Versicherungsleistungen an Helsana zurückzuerstatten und die damit verbundenen Gebühren zu übernehmen. Vorbehalten bleibt schuldloses Verhalten.

Verletzung von Pflichten

23 Konsequenzen bei Verstoss gegen die Verpflichtungen

Liegt ein Verstoss gegen die Verpflichtungen gemäss diesen Versicherungsbedingungen vor, ist Helsana, unter Berücksichtigung der Verhältnismässigkeit, berechtigt, die versicherte Person unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen auf das Ende eines Kalendermonates für mindestens 12 Monate aus der BeneFit PLUS Versicherung auszuschliessen und/oder Kosten für Leistungen nicht zu übernehmen, die nicht durch die koordinierende Leistungserbringende bzw. den koordinierenden Leistungserbringenden ausgeführt oder angeordnet wurden oder deren bzw. dessen Anordnungen widersprechen. Die Mitteilung des Ausschlusses bzw. die Kostenablehnung erfolgt schriftlich und unter Angabe des pflichtwidrigen Verhaltens. Ein Ausschluss aus der BeneFit PLUS Versicherung führt automatisch zum Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung von Helsana.

24 Datenschutz und Datenbearbeitung

Die Datenbearbeitung erfolgt in Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG), des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und des Datenschutzgesetzes (DSG).

Zur Durchführung der BeneFit PLUS Versicherungen werden zwischen Helsana und den koordinierenden Leistungserbringenden Daten über die versicherte Person ausgetauscht. Diese Datenbearbeitung und -bekanntgabe ist auf das für die eingeschränkte Wahl der oder des Leistungserbringenden und eine kostengünstigere Versorgung erforderliche Mass beschränkt; insbesondere zur Beurteilung der Leistungsansprüche der versicherten Person sowie zur Berechnung der Leistungen.

Zudem können die koordinierenden Leistungserbringenden und in deren Auftrag handelnde Dritte sich gegenseitig Behandlungs- und Rechnungsdaten ihrer vollständigen medizinischen Versorgung übermitteln, soweit diese für die Abwicklung der BeneFit PLUS Versicherungen und insbesondere für die Überprüfung der Einhaltung der Pflichten der versicherten Personen benötigt werden.

Beim Wechsel der oder des koordinierenden Leistungserbringenden werden die erforderlichen Personendaten an die neue koordinierende Stelle weitergegeben. Zu diesem Zweck wird die oder der bisherige koordinierende Leistungserbringende von seinem Berufsgeheimnis für diese Datenbekanntgabe entbunden.

25 Rechtspflege

Ist eine versicherte Person mit einem Entscheid von Helsana nicht einverstanden, kann sie eine schriftliche Verfügung verlangen. Diese Verfügung enthält eine Rechtsmittelbelehrung.

26 Haftung

Die Haftung für die therapeutischen und diagnostischen Leistungen liegt ausschliesslich bei den die versicherte Person behandelnden Leistungserbringenden (z.B. Ärztinnen bzw. Ärzte, Therapeutinnen bzw. Therapeuten, telefonische Gesundheitsberatung).

27 Inkrafttreten

Diese Versicherungsbedingungen treten am 1. Januar 2025 in Kraft. Sie ersetzen die VB Ausgabe 1. Januar 2024.

Ergänzende Bestimmungen zum BeneFit PLUS Modell «Flexmed»

- A. Die versicherte Person wählt beim Abschluss des Modells «Flexmed» eine Hausärztin bzw. einen Hausarzt aus dem Angebot von Helsana aus.
- B. Vor Inanspruchnahme jeder medizinischen Behandlung muss die versicherte Person Fragen zu den Beschwerden in der digitalen Applikation gemäss Bst. E für eine Ersteinschätzung und Empfehlung für nächste Schritte in einem «Symptomchecker» beantworten. Anschliessend hat die versicherte Person die Wahl, ob sie sich an die gewählte Hausärztin bzw. den gewählten Hausarzt, die telemedizinische Gesundheitsberatung oder eine andere von Helsana anerkannte Anlaufstelle wenden will. Bei Notfällen gemäss Ziff. 19 und Ausnahmen gemäss Ziff. 18 gelten die erwähnten Bestimmungen. Sollte die Nutzung der Compassana-App nicht möglich sein (z.B. bei Systemausfall) oder aus entschuldigen Gründen kein applikationstaugliches Mobilgerät (z.B. Smartphone) zur Verfügung stehen, so kann sich die versicherte Person ausnahmsweise direkt an die gewählte Hausärztin bzw. den gewählten Hausarzt, die telemedizinische Gesundheitsberatung oder eine anerkannte Anlaufstelle von Helsana wenden.
- C. Die versicherte Person ist im Sinne von Ziff. 17 verpflichtet, sich – unabhängig von der vorgelagerten nicht verbindlichen Empfehlung durch den Symptomchecker – bei Inanspruchnahme einer medizinischen Leistung an die gewählte Hausärztin bzw. den gewählten Hausarzt, die telemedizinische Gesundheitsberatung oder eine anerkannte Anlaufstelle von Helsana zu wenden (Ausnahmen vgl. nachstehend Bst. D).
- D. Je nach Ausgangslage (u.a. Früherkennung einer Krebserkrankung oder Muttermalkontrolle) kann die versicherte Person durch den Symptomchecker direkt zu einer Spezialistin oder einem Spezialisten oder zu einer bzw. einem anderen Leistungserbringenden überwiesen werden, so dass unnötige Konsultationen vermieden werden können. Es steht der versicherten Person jedoch frei, sich zuerst an die gewählte Hausärztin bzw. den gewählten Hausarzt, die telemedizinische Gesundheitsberatung oder eine anerkannte Anlaufstelle von Helsana zu wenden.
- E. Die versicherte Person ist verpflichtet, bis spätestens 30 Tage nach Versicherungsbeginn ein myHelsana Benutzerkonto anzulegen, die für den Symptomchecker und den Datenaustausch vorgesehene Applikation (aktuell Compassana-App) auf einem persönlichen mobilen Gerät zu installieren, die Datenfreigabe zur Datenaustauschplattform (aktuell Compassana) zu aktivieren und deren Nutzungsbedingungen zu akzeptieren. Zwecks Sicherstellung einer koordinierten medizinischen Versorgung erklärt sich die versicherte Person einverstanden dem Anbieter der Datenaustauschplattform Einsicht in die Versicherungsstammdaten (Personen-, Deckungs- und Rechnungsdaten) zu gewähren. Die versicherte Person entscheidet in der für den Datenaustausch vorgesehene Applikation (aktuell Compassana App) freiwillig über die Bekanntgabe per Datenaustauschplattform (aktuell Compassana) der für die Versorgung notwendigen Diagnose-, Behandlungs- und Rechnungsdaten mit den an der Versorgung involvierten Leistungserbringenden. Helsana erhält ausschliesslich Zugang zu abrechnungsrelevanten Daten.
- F. Die zur Überprüfung der Einhaltung der Pflichten der versicherten Personen notwendigen Nutzungsdaten (z.B. Nutzung des Symptomcheckers) werden zwischen Helsana und dem Anbieter (aktuell Bluespace Ventures AG) der Datenaustauschplattform und der Applikation ausgetauscht.
- G. Zum Zweck eines optimalen Behandlungsablaufs und potenziellen Einsparungen bei den Leistungskosten kann Helsana die Abrechnungs- und Leistungsdaten der letzten 4 Jahre über die in der Ziff. 24 vorgesehene Datenbearbeitung hinaus zum Zweck der in Ziff. 20 vorgesehenen Massnahmen laufend analysieren und aus den gewonnenen Erkenntnissen bei der versicherten Person oder über die koordinierende Leistungserbringende bzw. den koordinierenden Leistungserbringenden die entsprechenden Massnahmen anordnen oder versicherte Personen unverbindlich auf entsprechende Möglichkeiten hinweisen.
- H. Für bestimmte Leistungen kann Helsana gemäss den auf ihrer Website aufgeschalteten Informationen zu BeneFit PLUS Flexmed auf die Erhebung der Kostenbeteiligung ganz oder teilweise verzichten.
- I. Soweit diese ergänzenden Bestimmungen keine abweichenden Regeln beinhalten, gelangen die VB BeneFit Plus zur Anwendung.