

## Contenu et explications générales :

### Assurance maladie obligatoire

Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer ou être assurée par son représentant légal dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Si le délai de trois mois est respecté, l'assurance débute alors au jour de la prise de domicile ou de la naissance. Passé ce délai de trois mois, la personne assurée n'est couverte qu'à partir du moment où elle s'affilie et doit payer, si le retard n'est pas excusable, un supplément de prime.

- Les étrangers sont soumis à l'obligation de s'assurer lorsqu'ils détiennent une autorisation de séjour valable au moins trois mois (exceptions : fonctionnaires internationaux et diplomates, qui peuvent toutefois demander à s'affilier à l'assurance suisse); ils le sont également si l'autorisation d'exercer un travail salarié est de moins de trois mois et qu'ils ne sont pas couverts par une assurance étrangère équivalente.  
Les étrangers qui sont obligatoirement assurés de façon équivalente en vertu du droit étranger peuvent demander à être dispensés de l'affiliation en Suisse.
- Les frontaliers travaillant en Suisse pourront demander, dans les six mois dès le début de l'autorisation frontalière, à être soumis, avec les membres de leur famille, à l'assurance suisse. En cas de traitement hospitalier, ils sont assimilés aux assurés résidant dans un autre canton (OAMal, art. 37).  
Que se passe-t-il en cas de cessation de l'activité lucrative en Suisse ? S'il y a un traitement en cours, les caisses sont tenues de continuer l'assurance jusqu'à la fin du traitement. En l'absence de traitement, les caisses peuvent proposer une assurance privée.
- Les demandeurs d'asile, les personnes qui se sont vues accorder la protection provisoire selon l'article 66 de la loi sur l'asile et les personnes pour lesquelles une admission a été décidée selon l'article 14a LSEE ont l'obligation de s'assurer.

Le choix de la caisse est libre. Les caisses agréées doivent accepter toute personne soumise à l'obligation de s'assurer et domiciliée dans la région de leur activité, quel que soit l'âge, l'état de santé, sans réserve, ni délai.

La personne soumise à l'obligation d'assurance qui ne s'affilie pas en temps utile est affiliée d'office, après une sommation, par le service compétent dépendant des cantons. (LAMal art. 3 à 6, OAMal art. 1 à 8).

### Changement d'assureur

L'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer de caisse pour la fin d'un semestre d'une année civile. Les changements ne sont donc possibles qu'à fin juin et fin décembre pour autant que le contrat ait été résilié avant fin mars pour fin juin ou avant fin septembre pour fin décembre. Attention, le changement en cours d'année n'est pas possible si l'assuré a choisi une franchise à option. Dans ce cas, le changement ne peut avoir lieu qu'en fin d'année, moyennant un préavis de trois mois. En effet, pour les primes spéciales d'assurance (bonus, HMO), le changement de forme d'assurance ou le changement d'assureur est possible pour la fin d'une année civile, moyennant un préavis de trois mois, sous réserve du changement de prime.

En cas de modification du contrat par l'assureur, en particulier en cas de modification de la prime, il est dans tous les cas possible de changer d'assurance. Le délai de résiliation est d'un mois à compter de la réception de la notification de la nouvelle prime. Il faut résilier le contrat au plus tard à la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime. Comme les assurances prévoient que l'entrée en vigueur des nouvelles primes est le premier janvier suivant, il faut donc résilier dans le courant du mois de novembre, pour le 31 décembre. Ce délai est le même en cas de changement de contenu du contrat par l'assureur.

Les personnes qui sont en outre au bénéfice d'une assurance complémentaire au contrat de base ont intérêt à préciser qu'elles ne résilient que l'assurance de base, faute de quoi tout le contrat sera résilié. Dans ce cas, l'assuré prend le risque de se voir imposer une réserve aux prestations des soins complémentaires dans la nouvelle caisse. Depuis janvier 2001, l'assureur ne peut plus contraindre les assurés, qui résilient l'assurance obligatoire, à résilier également leurs assurances complémentaires.

Aucun changement d'assurance n'est possible en cas de suspension pour retard de paiement.

Si l'assuré doit changer de caisse parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi.

Dans tous les cas, l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque la nouvelle caisse lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de l'assurance. (LAMal art. 7)

Si l'assureur entrave le changement de caisse, il peut se voir tenu de rembourser le dommage en résultant, par exemple la différence entre les deux primes.

## **Suspension de la couverture des accidents**

La couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert à titre obligatoire en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). C'est le cas des salariés qui travaillent au moins 12 heures par semaine.

L'assureur est tenu d'attirer l'attention des assurés sur la possibilité de faire une demande de suspension. La demande doit être accompagnée de la preuve de la couverture entière des accidents (attestation de l'employeur). La caisse réduit la prime en conséquence.

Dès que la couverture selon la LAA cesse, la caisse-maladie couvre les accidents. Elle prend également en charge les coûts des suites d'accidents qu'elle assurait avant la suspension.

C'est l'employeur (ou l'assurance-chômage) qui doit informer par écrit la personne qui cesse d'être assurée contre les accidents selon la LAA et l'inviter à en informer sa caisse-maladie. Il doit le faire dans le mois qui suit. Si l'assuré ne s'exécute pas, la caisse-maladie peut exiger le paiement de la part de la prime correspondant à la couverture des accidents depuis la cessation de la couverture LAA. Toutefois, la caisse-maladie reste tenue de couvrir les accidents même si elle n'est pas informée.

## **Obligation d'avancer les prestations**

S'il n'est pas certain, dans un cas de maladie ou accident, que les prestations incombent à l'assurance-accidents (LAA) ou à l'assurance militaire (LAM), l'assureur-maladie doit, sur demande de l'assureur-accidents ou militaire, ou de l'assuré, avancer les prestations.

Il peut aussi le faire spontanément, sous réserve de son droit à restitution.

Si l'assuré a demandé des prestations tant à l'assureur-maladie qu'à l'assurance-invalidité, l'assureur-maladie doit, à titre provisoire, fournir une garantie de paiement pour les frais de soins, jusqu'à que soit déterminée l'assurance qui prendra le cas en charge. (OAMal art. 112 et 113)

## **Prestations**

Les caisses ne prennent en charge, au titre de l'assurance de base, que les frais relatifs aux prestations ci-dessous (LAMal art. 24 à 21); (pour des informations détaillées, consulter l'ordonnance sur les prestations).

Les prestations de médecine alternative que sont la médecine chinoise, l'acupuncture, l'homéopathie, la phytothérapie, la thérapie neurale et la médecine anthroposophique ne sont plus remboursées par l'assurance de base.

Une liste des praticiens reconnus par la LaMal et remboursés par l'assurance de base peut être consultée sur le site Internet de la FMH.

### Prestations en cas de maladie ou accident

Elles comprennent :

- les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, chiropraticiens et personnes fournissant des prestations ordonnées par un médecin (les frais d'aides ménagères ne sont pas remboursés);
- les analyses, médicaments, moyens et appareils prescrits par un médecin;
- une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin (Fr. 10.- par jour au maximum pendant 21 jours par année civile);
- les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin ;
- le séjour en division commune d'un hôpital;
- le séjour dans une institution prodiguant des soins semi-hospitaliers;
- une contribution de 50% aux frais de transport et de sauvetage (au maximum Fr. 500.- pour l'ambulance, Fr. 5'000.- pour le sauvetage, par année civile).

### Mesures de prévention

L'assurance prend en charge les coûts de certains examens et mesures préventives, effectués ou prescrits par un médecin, notamment : examens des nouveau-nés, des enfants d'âge préscolaire, examens gynécologiques (tous les 3 ans après 2 examens annuels normaux), mammographie en cas de cancer dans la famille et 1 tous les 2 ans dès 50 ans, vaccinations. Certaines mesures de prévention désignées par le Conseil fédéral et effectuées dans le cadre de programmes organisés sur le plan national ou cantonal peuvent ne pas être soumises à la franchise.

En cas d'**infirmité congénitale** non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

### Maternité

Les prestations spécifiques suivantes sont prises en charge sans participation de l'assuré aux coûts:

- les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme, pendant et après la grossesse (en cas de grossesse normale : 2 échographies de routine et 7 examens pendant et un après. En cas de grossesse à risque : tous les examens utiles);
- l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou un établissement semi-hospitalier, ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme;
- contribution de Fr. 100.- pour un cours de préparation à l'accouchement dispensé par une sage-femme;
- trois séances de conseils pour l'allaitement prodigués par une sage-femme ou une infirmière.

En cas d'**interruption de la grossesse**, l'assurance prend en charge les mêmes prestations que pour la maladie.

### Soins dentaires

Ils ne sont pris en charge que s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable. Le remboursement doit donc porter sur le traitement de guérison de la maladie et sur les mesures qui servent à éliminer les atteintes secondaires dues à la maladie. Le traitement de lésions causées par un accident est également remboursé.

### **Cotisations**

Une cotisation égale pour tous les assurés de plus de 18 ans est fixée par les caisses; elle est déterminée en fonction des coûts de chaque canton, voire des régions à l'intérieur des cantons (trois régions au maximum par canton).

Pour les assurés de moins de 18 ans, les assureurs doivent fixer une prime plus basse; ils peuvent le faire également pour les jeunes entre 18 et 25 ans, même s'ils ne sont pas en formation. (LAMal art. 61). Pour les bas et moyens revenus, les cantons doivent, d'ici le 1er janvier 2007, réduire de 50% au moins les primes des enfants et des jeunes adultes en formation.

### Primes non payées

Les primes sont payables par mois. En cas de non paiement, l'assuré reçoit une sommation. Elle lui impartit un délai de 30 jours pour payer les primes en retard. Elle doit attirer son attention sur les conséquences d'un non paiement, qui sont les suivantes :

Si la sommation reste sans effet, la caisse engage des poursuites. Après réception du commandement de payer, l'assuré dispose de 20 jours pour payer l'intégralité de la somme réclamée, plus les frais de poursuite. S'il ne le fait pas, l'assureur peut envoyer une réquisition de continuer la poursuite et suspendre la prise en charge des coûts et des prestations jusqu'au paiement intégral des primes, intérêts de retard et frais de poursuite inclus. Parallèlement, la caisse doit en informer l'autorité d'aide sociale.

Dès le paiement intégral des montants dus, l'assureur prend en charge les prestations fournies pendant la durée de la suspension.

Aucun changement de caisse n'est possible s'il y a des arriérés et/ou des frais et intérêts de retard non payés.

Lorsque des poursuites ne sont pas possibles ou n'aboutissent pas au paiement des primes ou des participations aux coûts, la caisse peut, après une sommation écrite, mettre fin au rapport d'assurance. (OAMal, art. 9)

Dans certains cantons, les cotisations, franchises et participations non recouvrées, sont couvertes par des prestations d'assistance.

### Réduction des primes pour les militaires

L'assurance peut être suspendue quand une personne est soumise à la loi fédérale sur l'assurance militaire pour une certaine durée (par exemple service prolongé).

### **Formes particulières d'assurances**

Les caisses peuvent réduire les primes lorsque l'assuré choisit l'une des formes d'assurance ci-dessous.

#### Assurance avec franchise à option (OAMal art. 93 à 95)

Les caisses maladie peuvent proposer les franchises à option suivantes, sans être tenues de toutes les proposer:

Pour les adultes: fr. 500.-; fr. 1'000.-; fr. 1'500.-; fr. 2'000.- et fr. 2'500.-

Pour les enfants: fr. 100.-; fr. 200.-; fr. 300.-; fr. 400.-; fr. 500.- et fr. 600.-

Les réductions de primes qu'elles peuvent proposer en fonction de la franchise ne doivent pas dépasser la moitié de la prime payée avec la franchise minimale de fr. 300.-

En cas de non paiement de la franchise, l'assureur peut procéder au recouvrement par la voie des poursuites et suspendre la prise en charge des coûts dans la même mesure que pour les cas de primes non payées (voir supra, cotisation).

#### Assurance avec bonus

Une réduction de prime est accordée à l'assuré qui n'a bénéficié d'aucune prestation pendant une année (les prestations de maternité et les mesures de prévention font exception). La prime de la première année est de 10% plus élevée que la prime ordinaire. Durant les 4 années qui suivent, une réduction progressive de 15 à 45% est accordée pour autant que l'assuré n'ait bénéficié d'aucune prestation. Si pendant une année il bénéficie de prestations, il y a recul du bonus au niveau de l'année précédente.(OAMal art. 96 à 98)

#### Choix limité des fournisseurs de soins

Les assurés qui limitent volontairement leur choix des fournisseurs de soins (médecins, etc.) — pour autant qu'un réseau de santé (système HMO) existe dans leur région — voient leurs primes réduites de 10 à 20 % au moins. (OAMal art. 99 à 101)

### **Participation aux frais**

Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient : ils paient la franchise annuelle de Fr. 300.- ou une franchise à option plus élevée et 10% des frais (y compris ceux d'hospitalisation) jusqu'à un montant annuel maximum (quote-part) de Fr. 700.- pour les adultes et Fr. 350.- pour les enfants. La participation ordinaire ne dépasse donc pas Fr.1000.- par année pour un adulte et Fr. 350.- pour un enfant.

*Exception : Attention toutefois ! la participation au coût des médicaments peut atteindre 20%, mais au maximum fr. 933.- par an, si les médicaments prescrits constituent des préparations originales en lieu et place d'un générique, à moins qu'il existe une nécessité médicale imposant la préparation originale (sous brevet), plutôt que le médicament générique existant. L'Office de la Santé Publique (OFSP) tient à jour une liste des spécialités et une liste des médicaments génériques. Elles peuvent être consultées sur le site [Internet de l'OFSP](#).*

S'il y a changement d'assureur au cours de l'année civile, la nouvelle caisse doit tenir compte de la franchise déjà versée, ainsi que de la quote-part.

Les enfants sont dispensés de la franchise ordinaire de Fr. 230.-. Une franchise à option peut être souscrite pour eux.

En cas d'hospitalisation les assurés versent en plus une contribution aux frais de séjour de Fr. 10.- par jour; en sont exemptés ceux qui font ménage commun avec un ou plusieurs membres de leur famille. Les femmes en sont également exemptées pour les prestations de maternité. Cette contribution n'est pas comptée dans la quote-part. La caisse ne peut exiger aucune participation pour la maternité. (LAMal art. 64). En cas de non paiement de la participation aux frais qui a été avancée par l'assureur, celui-ci peut procéder au recouvrement et suspendre la prise en charge des coûts dans la même mesure que pour les cas de non paiement des primes (voir [cotisations](#)).

### **Subsides pour réduire les cotisations (primes)**

Les cantons disposent chacun de leur propre règlement d'exécution de la loi d'application fédérale sur l'assurance-maladie pour déterminer les ayants droit aux subsides destinés à couvrir totalement ou partiellement les primes des assurés à revenu modeste.

### **Procédure :**

En matière de procédure, se référer aux fiches cantonales correspondantes (autorités compétentes).

### **Recours :**

Lorsque l'assuré n'accepte pas une décision de l'assureur, celui-ci doit la confirmer par écrit, dans les 30 jours à compter de la demande expresse de l'assuré. L'assureur doit motiver la décision et indiquer les voies de recours.

Toute décision peut être contestée, dans les 30 jours, par voie d'opposition auprès de l'assureur qui l'a notifiée.

Les décisions rendues sur opposition peuvent être contestées, dans les 30 jours dès sa réception, auprès de l'autorité judiciaire instituée par le canton. La décision de cette autorité peut à son tour être soumise, dans les 30 jours, par voie de recours, au Tribunal fédéral des assurances.

La procédure est simple, rapide et en principe gratuite.

NB : avant d'exiger de l'assureur une décision écrite, il est possible de faire appel à l'ombudsman de l'assurance-maladie, notamment pour instaurer un dialogue avec la caisse.