



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI

Office fédéral de la santé publique OFSP

Primes-Conseil

Vous souhaitez vous informer sur l'assurance-maladie ? L'Office fédéral de la santé publique met à votre disposition des informations neutres et divers documents utiles.

Editeur :

Office fédéral de la santé publique, Assurance maladie et accidents, CH-3003 Berne, téléphone +41 (0)58 462 21 11,
kv@bag.admin.ch, www.bag.admin.ch

Cette notice d'information est également disponible en allemand et en italien.

Septembre 2023, Primes-Conseil



Primes-Conseil

1. Où puis-je trouver des informations sur l'assurance-maladie ?

- ▶ La **loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)** régit l'assurance-maladie sociale en Suisse. Elle comprend l'assurance-maladie obligatoire des soins (assurance de base) et une assurance indemnité journalière facultative. La loi et les ordonnances qui s'y rattachent peuvent être consultées à l'adresse www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-versicherungen/gesetzgebung-krankensversicherung.html ou commandées à l'Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL), Vente des publications fédérales, 3003 Berne, www.bundespublikationen.admin.ch, n° de commande 832.10.F.

- ▶ L'**Office fédéral de la santé publique (OFSP)** fait partie du Département fédéral de l'intérieur (DFI) et exerce la surveillance des assureurs maladie qui appliquent la LAMal. Il vous fournit les informations et documents suivants :
 - ▶ Les primes en vigueur sous www.priminfo.ch ou un «Aperçu des primes» (imprimé) qui contient les primes de l'assurance obligatoire des soins selon les cantons et les franchises, ainsi que les offres éventuelles de type HMO (collectif médical) ou médecin de famille ou d'autres modèles d'assurance, et ce pour tous les assureurs. Ce document peut être commandé gratuitement par courriel à l'adresse priminfo@bag.admin.ch ou à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Assurance maladie et accidents, Service des primes, 3003 Berne, tél. 058 464 88 02 (lundi et mardi 08.00 - 13.00 heures, mercredi et jeudi 13.00 - 18.00 heures).
 - ▶ Un guide «L'assurance-maladie obligatoire» qui contient des modèles de lettres. Il peut être commandé gratuitement par courriel : priminfo@bag.admin.ch ou à l'OFCL, Vente des publications fédérales, 3003 Berne, www.bundespublikationen.admin.ch, n° de commande 316.950.F.
 - ▶ Des informations d'ordre général www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankensversicherung/krankensversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html.

- ▶ Les **offices cantonaux** compétents vous indiqueront si vous avez droit à une **réduction de prime de l'assurance de base**. Vous trouverez leurs adresses sous : www.priminfo.ch (rubrique : assurances, réduction de primes) ou dans le guide «L'assurance-maladie obligatoire».

- ▶ Dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs sont tenus par la loi de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations.



Primes-Conseil

2. Quelles sont les prestations de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base) ?

L'assurance obligatoire des soins garantit à tous une couverture de soins médicaux complète. Le catalogue de prestations comprend notamment les prestations suivantes :

- ▶ les traitements ambulatoires effectués par des médecins et des chiropraticiens ainsi que les prestations fournies sur ordonnance médicale par certains professionnels de la santé (physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers, logopédistes, diététiciens, neuropsychologues, podologues, psychologues-psychothérapeutes)
- ▶ les médicaments prescrits par des médecins et, à certaines conditions, des chiropraticiens s'ils figurent sur la liste des spécialités ou sur la liste des médicaments avec tarif, que vous trouverez sous : [www.listedesspecialites.ch /](http://www.listedesspecialites.ch/)
www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html ;
- ▶ les analyses prescrites par des médecins et, à certaines conditions, des chiropraticiens, si elles figurent sur la liste des analyses que vous trouverez sous :
www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Analysenliste.html ;
- ▶ les traitements et les séjours en division commune des hôpitaux inscrits sur la liste hospitalière du canton de résidence ou sur celle du canton où se situe l'hôpital. En cas d'hospitalisation extra-cantonale, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge les frais jusqu'à concurrence du tarif pratiqué dans un hôpital répertorié du canton de résidence, à moins que le traitement ait lieu sur indication médicale ou en cas d'urgence ;
- ▶ une contribution aux examens, traitements et soins dispensés au domicile du patient (Spitex) et dans des établissements médico-sociaux (EMS) en fonction du besoin en soins ;
- ▶ les mesures de réadaptation médicale ;
- ▶ les frais liés à une naissance et les frais d'obstétrique, si l'accouchement est assisté par un médecin ou une sage-femme. De plus, 8 contrôles, dont 7 pendant et 1 après la grossesse (y compris 2 échographies) et une partie des coûts pour les conseils à l'allaitement et les cours de préparation à l'accouchement. Egalement un suivi effectué par une sage-femme, durant les 56 jours suivant la naissance, consistant en des visites à domicile. Au besoin, des visites supplémentaires peuvent être prises en charge, après le 56^e jour, lorsqu'elles font l'objet d'une prescription médicale ;

- ▶ certaines mesures de prévention (p. ex. certains vaccins, examens de dépistage ou mammographies) ;
- ▶ les traitements dentaires en cas de maladie grave et non évitable du système de la mastication ou s'ils sont liés à certaines autres maladies graves et qu'ils sont nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux ;
- ▶ les moyens et appareils prescrits par un médecin tels que bandages, pansements, appareils d'inhalation, aides pour l'incontinence, etc., qui figurent sur la liste des moyens et appareils (LiMA) sont pris en charge par l'assurance-maladie jusqu'à concurrence d'un montant maximal : www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Mittel-und-Gegenstaendeliste.html ;
- ▶ une contribution aux frais de verres de lunettes et de lentilles de contact prescrits par un médecin, dont le port est rendu nécessaire en raison de maladies telles que changements de réfraction, adaptations postopératoires ou maladies de la cornée ;
- ▶ une contribution de 180 francs par an aux frais de verres de lunettes et de lentilles de contact prescrits par un médecin pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus ;
- ▶ 50 % des frais de transport médicalement indiqué jusqu'à hauteur de 500 francs par année civile et 50 % des frais de sauvetage en Suisse jusqu'à hauteur de 5000 francs par année civile ;
- ▶ une contribution de 10 francs par jour durant 21 jours par an, si la cure a été prescrite par un médecin et qu'elle se déroule dans un établissement thermal admis ;
- ▶ dans un cadre défini et sous certaines conditions, les traitements psychothérapeutiques effectués sur prescription médicale par des psychiatres ou des psychologues-psychothérapeutes ;
- ▶ les traitements à l'étranger. En dehors des pays de l'UE/AELE et de Royaume-Uni (UK), les coûts des traitements médicaux d'urgence sont remboursés à concurrence du double du montant qui aurait été payé par l'assureur si le traitement avait eu lieu en Suisse. En cas d'hospitalisation, cela signifie toutefois que l'assureur doit prendre en charge au maximum 90 % de ce qu'aurait coûté cette hospitalisation si elle avait eu lieu en Suisse (car en cas d'hospitalisation en Suisse, les cantons prennent à leur charge au minimum 55 % des coûts, ce qui n'est pas le cas lors d'une hospitalisation à l'étranger). Lors d'un séjour dans un pays de l'UE/AELE ou au Royaume-Uni (UK) et sur présentation de la carte européenne d'assurance-maladie, toutes les prestations qui s'avèrent médicalement nécessaires compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour sont prises en charge. Les mêmes prestations que les personnes assurées dans ce pays sont remboursées.
www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherung-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/versicherungspflicht/touristinnen-ausland-weltreisende.html ;
- ▶ les traitements de médecine complémentaire (acupuncture, médecine anthroposophique, pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise, homéopathie et phytothérapie) s'ils sont pratiqués par des médecins titulaires d'une attestation de formation complémentaire relative à la profession ;
- ▶ les traitements en cas d'accident, aux mêmes conditions qu'en cas de maladie, pour autant que les accidents ne soient pas couverts par une autre assurance (assurance-accidents obligatoire au sens de la loi sur l'assurance-accidents, LAA).



Primes-Conseil

3. Economies dans l'assurance obligatoire des soins (Assurance de base) ?

L'assurance obligatoire des soins offre de nombreuses possibilités d'économies. Des lettres types pour vous aider dans vos démarches avec votre assureur sont jointes à la présente documentation. En voici les explications :

▶ Economiser avec la franchise à option ?

Les assurés doivent participer aux coûts des prestations qui leur sont fournies. Cette participation se compose d'un montant annuel fixe (franchise) et de 10 % des coûts dépassant cette franchise (quote-part).

La **franchise** ordinaire s'élève à 300 francs par an pour les assurés de plus de 18 ans (les enfants 0 francs). Les assurés qui optent pour une franchise plus élevée que la franchise ordinaire bénéficient de primes plus basses.

Les caisses peuvent proposer les franchises suivantes :

Adultes (dès 18 ans) : 500, 1000, 1500, 2000, 2500 francs

Enfants : 100, 200, 300, 400, 500, 600 francs

Attention : Vos primes sont moins coûteuses, mais vous êtes tenu(e) de payer vous-même le montant de la franchise pour les prestations qui vous seraient fournies. Assurez-vous donc que vous disposez du montant correspondant. Ne renoncez pas à consulter un médecin ou ne le faites pas trop tard uniquement dans le but d'économiser sur les primes et les coûts que vous auriez à assumer.

La **quote-part** correspond à 10 % des coûts dépassant le montant de la franchise, sauf pour les préparations originales, lorsqu'il existe un générique interchangeable (20 %). Votre médecin ou votre pharmacien(ne) vous informe à ce sujet. La quote-part est en principe plafonnée à 700 francs par an (350 francs pour les enfants). Si plusieurs enfants d'une même famille sont assurés auprès de la même caisse, la participation aux coûts pour tous les enfants ne devra pas excéder le plafond de la franchise et de la quote-part pour un adulte. Si des franchises à option ont été choisies, la participation ne doit pas excéder le double du montant maximal par enfant (franchise à option et quote-part).

La **contribution aux frais de séjour hospitalier** s'élève à 15 francs par jour (depuis le 1^{er} janvier 2022, sans le jour de sortie). Sont exemptés de cette contribution les enfants jusqu'à 18 ans révolus, les jeunes adultes jusqu'à 25 ans révolus qui sont encore en formation et les femmes pour les prestations de maternité.

▶ Economiser en limitant le choix des médecins et des hôpitaux ?

▶ **Les HMO**

Une organisation HMO est un réseau de soins composé de médecins réunis dans un cabinet de groupe (HMO = Health Maintenance Organization). Des généralistes, mais aussi certains spécialistes, de même que des thérapeutes de diverses spécialités, travaillent dans ces collectifs médicaux. Si vous optez pour ce modèle, vous devez toujours consulter en premier lieu votre médecin. Si nécessaire, celui-ci vous enverra chez un spécialiste (dans le cabinet HMO ou, s'il n'y en a pas, à l'extérieur).

Remarque : En règle générale le gynécologue et l'ophtalmologue peuvent toujours être consultés directement.

▶ **Le modèle du médecin de famille :**

Un réseau de ce type est constitué de généralistes indépendants qui se sont regroupés dans une région. En votre qualité d'assuré(e), vous pouvez choisir l'un de ces praticiens comme médecin de famille et renoncer, de ce fait, au libre choix du médecin.

Vous êtes tenu(e) de consulter en premier lieu votre médecin de famille. Il est votre interlocuteur de référence et coordonne toutes les questions médicales (sauf en cas d'urgence). Il décide également s'il peut continuer lui-même le traitement ou s'il faut recourir à un spécialiste.

Remarque : En règle générale le gynécologue et l'ophtalmologue peuvent toujours être consultés directement.

▶ **Consultation médicale par téléphone au préalable**

Outre les modèles qui limitent le choix des médecins et des hôpitaux (HMO et modèle du médecin de famille), plusieurs assureurs offrent de nouveaux modèles d'assurances qui prévoient une consultation médicale par téléphone avant chaque visite médicale. Cette restriction vous permettra elle aussi d'économiser sur les primes. Informez-vous auprès des assureurs qui offrent de tels modèles ou sous www.priminfo.ch.

▶ Economiser avec le modèle d'assurance avec bonus ?

Votre prime est réduite au prorata de toutes les années où vous ne demandez aucun remboursement de prestations.

Attention : La prime de départ est de 10 % plus élevée que la prime ordinaire et la franchise ne peut pas être augmentée. Sur cinq ans, la prime peut cependant diminuer jusqu'à 55 % de la prime de départ.

Ne concluez une assurance de ce type que si vous ne suivez que rarement un traitement médical. Il ne faut toutefois pas que vous renonciez à consulter un médecin ou que vous le consultiez trop tard, uniquement pour économiser.

▶ Economiser dans le cadre de votre activité lucrative ?

Une économie sur les primes en excluant l'assurance accidents

Si vous exercez une activité lucrative à raison de 8 heures par semaine ou plus et que vous êtes assuré(e) par votre employeur contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels, vous pouvez exclure de votre assurance maladie votre couverture d'assurance pour les accidents. Pour ce faire, vous devez remettre à votre assureur une attestation de votre employeur confirmant que vous êtes assuré(e) selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) contre les risques d'accidents. Votre prime sera réduite dès le mois suivant la réception de votre lettre.



Primes-Conseil

4. Ai-je besoin d'assurances complémentaires facultatives ?

Les assurances complémentaires couvrent des prestations qui ne sont pas prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (voir sous chiffre 2 les prestations prises en charge par cette assurance). Chaque assureur mentionne dans ses conditions d'assurance les prestations qui sont couvertes par les assurances complémentaires. Il s'agit notamment des prestations suivantes :

- ▶ libre choix de l'hôpital dans toute la Suisse (pour la prise en charge de l'éventuelle différence de frais de traitement dans un hôpital ne figurant pas sur la liste hospitalière du canton de résidence, sans raisons médicales particulières) ;
- ▶ libre choix du médecin dans un hôpital ; l'assurance complémentaire couvre aussi souvent le traitement par un médecin-chef dans un hôpital privé ;
- ▶ confort supplémentaire (p.ex. chambre privée ou semi-privée) ;
- ▶ méthodes de traitement alternatives, à moins qu'elles ne soient pas déjà couvertes par l'assurance obligatoire des soins, et traitements effectués par des thérapeutes non médecins ;
- ▶ traitements psychothérapeutiques dispensés par des thérapeutes non médecins ;
- ▶ traitements dentaires, comme par exemple obturation de caries ou correction de la position des dents ;
- ▶ contributions pour les médicaments qui ne sont pas pris en charge par l'assurance de base ;
- ▶ contributions supplémentaires aux frais de lunettes et de lentilles de contact, ainsi que contributions à d'autres moyens ;
- ▶ contributions à des aides de ménage ;
- ▶ prestations supplémentaires à des cures balnéaires et contributions à des cures de repos ;
- ▶ contributions supplémentaires aux frais de transport et de sauvetage en Suisse et à l'étranger ;
- ▶ assurance voyages : une telle assurance peut s'avérer nécessaire pour des pays coûteux, comme les Etats-Unis.

Veillez à ce que vos différentes assurances complémentaires ne couvrent pas les mêmes prestations.

▶ **Dois-je résilier une assurance complémentaire ?**

Si vous êtes convaincu(e) de n'avoir pas besoin d'une assurance complémentaire, vous pouvez la résilier (voir chiffre 5). Une lettre type pour la résiliation de l'assurance se trouve à la fin de la présente documentation.

Toutefois, nous vous rendons attentif(ve) au fait qu'une fois votre assurance complémentaire résiliée, vous courez le risque de perdre définitivement les prestations qu'elle couvrait. En effet, une assurance complémentaire vous sera refusée à partir d'un certain âge (55 à 65 ans) ou en cas de mauvaise santé. Elle pourra également n'être conclue qu'avec des réserves.



Primes-Conseil

5. Comment puis-je changer d'assureur ?

Il se peut que votre assureur ne propose pas le modèle que vous souhaitez ou que vous ne soyez pas satisfait(e) des services qu'il offre ou des primes qu'il pratique. Vous avez la possibilité de changer d'assureur. Vous trouverez des modèles pour vos échanges de lettres avec votre assurance à la fin de la présente documentation.

► Première démarche : s'informer

Les prestations de l'assurance obligatoire des soins sont les mêmes pour tous les assureurs.

Attention : Pour les assurances complémentaires, les prestations couvertes et le montant des coûts varient parfois considérablement.

Vous trouverez une liste des primes dans l'Aperçu des primes, édité par la Confédération sur www.priminfo.ch.

Comparez les offres de mêmes prestations entre elles. Ne perdez pas de vue que, dès qu'elles sont connues, les nouvelles primes donnent un surplus de travail aux assureurs et qu'il n'est pas facile de les atteindre à ce moment-là.

► Deuxième démarche : s'annoncer auprès du nouvel assureur

Vous pouvez vous annoncer auprès d'un assureur sans avoir demandé d'offre au préalable

a) **assurance obligatoire des soins** : tous les assureurs de votre région de domicile doivent vous accepter dans cette assurance sans restriction (obligation d'assurance).

b) **assurances complémentaires** : pour ces assurances conclues à titre volontaire, l'assureur n'a aucune obligation. Il peut vous accepter ou non.

Attention : Dans le formulaire de demande pour l'assurance obligatoire des soins vous ne devez indiquer que votre nom, adresse et année de naissance. Pour cette assurance, vous n'avez pas à fournir de données sur votre état de santé.

Il en va autrement des assurances complémentaires où vous devez le faire. Si vous omettez de signaler quelque chose, les prestations peuvent être ultérieurement refusées.

► Troisième démarche: résilier l'assurance actuelle

a) **assurance obligatoire des soins** : résiliez votre assurance par écrit. Nous vous conseillons d'envoyer la résiliation par lettre recommandée.

Attention : l'assurance obligatoire des soins peut être résiliée avant d'avoir reçu du nouvel assureur la confirmation qu'il vous accepte. Vous pouvez changer d'assureur même si vous suivez un traitement ou si vous êtes à un âge avancé.

b) **assurances complémentaires :** ne résiliez vos assurances complémentaires que lorsque vous avez reçu une confirmation écrite de votre nouvel assureur, sinon vous risquez de perdre définitivement certaines prestations. Les assureurs peuvent refuser de vous accepter pour ce type d'assurance (notamment si vous êtes âgé(e)) ou émettre des réserves par rapport à votre état de santé.

Attention : Vous n'avez pas besoin de résilier votre assurance complémentaire au seul motif que vous changez d'assurance obligatoire des soins.

Attention aux délais de résiliation

Si vous souhaitez changer d'assureur pour l'assurance obligatoire des soins au 1er janvier, vous avez jusqu'au 30 novembre pour résilier votre assurance actuelle, indépendamment d'une augmentation de prime ou de votre affiliation à une assurance assortie d'une franchise à option ou de type HMO ou du médecin de famille.

Faites-le à temps, votre assureur doit avoir reçu votre lettre le 30 novembre au plus tard.

Si vous avez conclu une assurance obligatoire des soins sans forme particulière, vous pouvez la résilier également pour le 30 juin. Dans ce cas, votre assureur doit avoir reçu votre lettre le 31 mars au plus tard. Ce n'est pas le cachet de la poste qui fait foi mais le jour où le préavis parvient à l'assureur. Le délai de résiliation est respecté lorsque l'assureur est en possession du préavis le dernier jour du délai légal (30 novembre), aux heures de bureau habituelles. Un envoi recommandé déposé dans une case postale est considéré comme délivré au moment où il est retiré à la poste. Nous vous conseillons d'envoyer votre préavis jusqu'à la mi-novembre par lettre recommandée afin d'avoir la preuve que votre demande de résiliation a été faite dans les délais.

► Quand puis-je résilier mes assurances complémentaires ?

Les délais de résiliation applicables sont différents pour les assurances complémentaires. Certaines prévoient une durée minimale de plusieurs années et un délai de résiliation de six mois. Vérifiez les conditions générales d'assurance de l'assurance complémentaire.

► Puis-je avoir des assureurs différents pour l'assurance de base et les assurances complémentaires ?

Oui, si vous résiliez votre assurance obligatoire des soins et que vous maintenez vos assurances complémentaires auprès de votre assureur actuel, celui-ci est tenu de continuer à vous prendre en charge.

Attention : Il se peut que, lors de la séparation de vos assurances, votre assureur facture un supplément pour frais administratifs sur la prime d'assurances complémentaires. Eclaircissez ce point à l'avance. Si vous avez conclu votre assurance de base chez un assureur et vos assurances complémentaires chez un autre, le remboursement de vos factures peut prendre davantage de temps. Dans certains cas, vous devez envoyer votre facture aux deux assureurs. Les assurances complémentaires peuvent n'effectuer leur remboursement que lorsqu'elles sont en possession du décompte de l'assurance obligatoire des soins.



Primes-Conseil

6. Prendre ses responsabilités en matière de coûts de la santé

En tant qu'assuré(e) vous pouvez adopter un comportement responsable.

▶ **Veillez à une alimentation équilibrée et à l'exercice physique**

La nutrition et l'exercice physique sont, à l'instar d'autres facteurs influençant notre mode de vie, déterminants pour notre santé et ont ainsi des conséquences sur nos coûts de la santé. L'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) privilégie notamment la prévention, en promouvant une alimentation équilibrée et l'exercice physique au sein de la population. Vous trouverez de plus amples informations sous : www.osav.admin.ch.

▶ **Une consultation médicale est-elle nécessaire ?**

Dans certains cas, votre pharmacien peut vous renseigner. Il vous recommandera le traitement approprié. Des centres de conseil peuvent aussi vous renseigner par écrit ou par téléphone. Certains assureurs proposent un accès gratuit à de tels centres.

Si vous avez convenu avec votre médecin d'une visite de contrôle et que vous vous êtes remis entre-temps, vous pouvez l'avertir par téléphone. Il conviendra alors avec vous de la suite à envisager.

▶ **La visite chez un spécialiste s'impose-t-elle ?**

De nombreux problèmes de santé peuvent se régler avec votre généraliste. Si l'avis d'un spécialiste s'impose, votre médecin vous adressera à lui.

▶ **Existe-t-il pour le médicament prescrit un générique ?**

Pour de nombreux médicaments, dont la validité du brevet est arrivée à expiration, il existe ce que l'on nomme un générique. La substance active est la même que celle de la préparation originale, mais le générique coûte nettement moins cher. Lorsqu'un médicament vous est prescrit, renseignez-vous sur ses génériques. Votre pharmacien ou votre médecin vous conseillera volontiers.

▶ **Une opération est-elle nécessaire ?**

Avant de subir une opération importante, demandez un deuxième avis médical.

Attention : si vous avez opté pour un modèle HMO ou du médecin de famille, vous ne pouvez pas demander un nouvel avis directement. Renseignez-vous préalablement auprès de votre assureur.

Indiquez vos coordonnées :

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, lieu de domicile

Indiquez les coordonnées de l'assurance-maladie choisie :

RECOMMANDÉ

Nom de l'assurance-maladie

Rue, n°

NPA, lieu

Lieu et date

Demande d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins (assurance de base)

Madame, Monsieur,

Par la présente, je demande à être affilié(e) à l'assurance obligatoire des soins auprès de votre compagnie dès le 1er janvier 2024. Je souhaite la couverture d'assurance suivante:

Complétez le tableau suivant selon les indications.

Choisissez un montant:
adultes 300/500/1000/
1500/2000/2500
Enfants 0/100/200/300/
400/500/600

Avez-vous besoin de
la couverture des
accidents? Répondez
par oui ou par non.

Si désiré,
choisissez un modèle
d'assurance: HMO,
médecin de famille,
consultation médicale
par téléphone,
assurance bonus,
autre modèle
d'assurance

Nom, prénom	Année de naissance	Franchise	Couverture accidents	Modèle

En vous remerciant d'avance, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Prénom, nom

Signature

Indiquez vos coordonnées :

N° d'assuré

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, lieu de domicile

Indiquez les coordonnées de votre assurance-maladie :

RECOMMANDÉ

Nom de l'assurance-maladie

Rue, n°

NPA, lieu

Lieu et date

Résiliation de l'assurance obligatoire des soins (assurance de base)

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie mon assurance obligatoire des soins avec effet au 31 décembre 2023.
Dès le 1er janvier 2024, je serai assuré(e) auprès d'un autre assureur-maladie selon la LAMal.

Je vous remercie de donner suite à ma demande et vous prie de m'envoyer une confirmation écrite.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Prénom, nom

Signature

Indiquez vos coordonnées :

N° d'assuré

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, lieu de domicile

Indiquez les coordonnées de votre assurance-maladie :

RECOMMANDÉ

Nom de l'assurance-maladie

Rue, n°

NPA, lieu

Lieu et date

Modification de franchise

Madame, Monsieur,

Je vous demande de bien vouloir adapter, avec effet au 1^{er} janvier 2024, la franchise dans l'assurance obligatoire des soins de la manière suivante:

Indiquez les montants qui conviennent:

Adultes 300 / 500 / 1 000 / 1 500 / 2 000 / 2 500 francs

Enfants 0 / 100 / 200 / 300 / 400 / 500 / 600 francs

Nom, prénom	Franchise actuelle	Nouvelle franchise

En vous remerciant d'avance, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Prénom, nom

Signature

Indiquez vos coordonnées :

N° d'assuré

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, lieu de domicile

Indiquez les coordonnées de votre assurance-maladie :

RECOMMANDÉ

Nom de l'assurance-maladie

Rue, n°

NPA, lieu

Lieu et date

Veillez cocher et indiquer le nom du modèle

Affiliation au modèle:

- médecin de famille**
- HMO**
- consultation préalable par téléphone**
- assurance avec bonus**
- autre modèle d'assurance**

Madame, Monsieur,

Avec effet au 1er janvier 2024, je souhaite m'affilier au modèle indiqué ci-dessus, sans modifier par ailleurs ma couverture d'assurance. Je vous demande donc de bien vouloir adapter ma police en conséquence.

En vous remerciant d'avance, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Prénom, nom

Signature

Indiquez vos coordonnées :

N° d'assuré

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, lieu de domicile

Indiquez les coordonnées de votre assurance-maladie :

RECOMMANDÉ

Nom de l'assurance-maladie

Rue, n°

NPA, lieu

Lieu et date

Exclusion de la couverture des accidents

Madame, Monsieur,

Je vous demande de bien vouloir exclure la couverture des accidents de mon assurance de base obligatoire, avec effet sur ma prime dès le mois prochain, car je dispose déjà d'une assurance-accidents par l'intermédiaire de mon employeur. Vous trouverez en annexe une attestation de ce dernier.

En vous remerciant d'avance, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Prénom, nom

Signature

Annexe mentionnée

Indiquez vos coordonnées :

N° d'assuré

Nom, prénom

Rue, n°

NPA, lieu de domicile

Indiquez les coordonnées de votre assurance-maladie :

RECOMMANDÉ

Nom de l'assurance-maladie

Rue, n°

NPA, lieu

Lieu et date

Résiliation de l'assurance complémentaire facultative

Madame, Monsieur,

Par la présente, je résilie les couvertures suivantes de l'assurance complémentaire facultative avec effet aux dates indiquées ci-dessous:

Nom de l'assurance complémentaire	Résiliation au

Je vous remercie de donner suite à ma demande et vous prie de m'envoyer une confirmation.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Prénom, nom

Signature
