

L'assurance maladie obligatoire

Guide



Table des matières

Définitions	2
Avant-propos	3
Couverture d'assurance	4
Prestations	5
Primes / Participation aux coûts	13
Comment économiser?	15
Que faire en cas de désaccord?	19
Adresses	20
Modèles de lettres	25
Documentation	27
Mots clé / index	28

Définitions

Caisses-maladie ou assureurs-maladie : organisations qui pratiquent l'assurance-maladie obligatoire. Elles ne réalisent pas de profit et doivent être reconnues par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Elles peuvent aussi offrir des assurances complémentaires.

Assurance-maladie obligatoire (LAMal) : cette assurance dite assurance obligatoire des soins garantit l'accès à des soins de qualité et à un large éventail de prestations qui est le même pour tous les assurés. Cette brochure lui est consacrée.

Assurance complémentaire : facultatives, les assurances complémentaires couvrent des besoins particuliers (division semi-privée ou privée à l'hôpital) ou des prestations supplémentaires (soins donnés par les naturopathes, ostéopathes, traitements dentaires ordinaires etc.). Le montant de la prime correspond en principe au risque que représente l'assuré/e pour l'assureur. Celui-ci peut refuser d'assurer une personne ou lui imposer des réserves selon son état de santé.

Chères lectrices, chers lecteurs,

Ce guide répond aux questions les plus fréquentes. Il offre une vue d'ensemble sur les dispositions légales en vigueur au 1^{er} janvier 2022. Pour les cas particuliers, renseignez-vous auprès de votre assureur. Pour faciliter la lecture du document, le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes.

Est-ce que je dois m'assurer ?

→ Oui, en Suisse, l'assurance-maladie est obligatoire

Vous devez donc prendre une assurance :

- si vous êtes domicilié en Suisse (quelle que soit votre nationalité). La couverture d'assurance est individuelle pour les adultes comme pour les enfants (pas d'assurance familiale);
- si vous avez un permis de séjour valable 3 mois ou plus;
- si vous travaillez en Suisse pour une courte durée (moins de trois mois) et que votre couverture d'assurance n'est pas équivalente à celle de l'assurance-maladie suisse;
- si vous venez d'arriver en Suisse pour vous y établir;
- si vous êtes Suisse, ressortissant d'un Etat membre de l'UE ou de l'AELE ou du Royaume-Uni, que vous travaillez en Suisse et êtes domicilié dans un pays de l'UE, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni. Cela vaut aussi pour les membres de votre famille sans activité lucrative;
- si, en votre qualité de citoyen suisse ou de ressortissant d'un pays de l'UE ou de l'AELE ou du Royaume-Uni, vous bénéficiez exclusivement d'une rente suisse ou d'une indemnité de chômage et êtes domicilié dans un pays de l'UE, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni. Cela vaut aussi pour les membres de votre famille sans activité lucrative;
- si vous êtes « détaché » à l'étranger par votre employeur pour une durée limitée. Cela vaut également pour les membres de votre famille sans activité lucrative.

→ Non, dans des cas exceptionnels vous n'êtes pas soumis à l'obligation d'assurance ou vous pouvez demander à être exempté.

Dans certains cas il n'y a pas d'obligation d'assurance bien que vous résidiez en Suisse, par exemple :

- si vous exercez une activité lucrative dans un pays de l'UE ou de l'AELE ou au Royaume-Uni;
- si vous vous bénéficiez exclusivement d'une rente d'un pays de l'UE ou de l'AELE ou du Royaume-Uni;
- en qualité de membre d'une mission diplomatique ou consulaire ou d'employé d'une organisation internationale, bénéficiant de privilèges en vertu du droit international.

En outre, certaines personnes peuvent demander à être libérées de l'obligation de s'assurer lorsqu'elles disposent d'une couverture d'assurance équivalente, p. ex. :

- les étudiants qui séjournent temporairement en Suisse;
- les frontaliers et les rentiers qui disposent d'un droit d'option en matière d'assurance-maladie parce qu'ils résident p. ex. en Allemagne, Autriche, France ou Italie.

Les demandes d'exemption de l'obligation de s'assurer doivent être adressées à l'autorité cantonale compétente (c.f. pages 22 et 23) dans

les trois mois qui suivent le début de l'obligation de s'assurer. Les rentiers domiciliés dans un Etat de l'UE ou de l'AELE ou Royaume-Uni doivent s'adresser à l'Institution commune LAMal (www.kvg.org). (Voir également la brochure « Sécurité sociale en Suisse », disponible via internet à l'adresse : <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publi-cations-et-services/publikationen/broschueren.html>).

Où s'assurer ?

Il suffit de s'adresser à l'un des quelque 50 assureurs-maladie. Si vous résidez dans un Etat de l'UE, en Islande ou en Norvège ou au Royaume-Uni, votre choix sera réduit à certains d'entre eux. Les services cantonaux compétents donnent des renseignements complémentaires sur l'obligation de s'assurer et les possibilités d'exemption (voir adresses p. 22).

Quand dois-je m'assurer ?

Si vous concluez une assurance-maladie dans un délai de trois mois à compter de la date de votre prise de domicile en Suisse ou de la naissance de votre enfant, l'assurance-maladie vous remboursera avec effet rétroactif les frais éventuels survenus dès le début de votre affiliation à l'assurance.

Vous devrez aussi vous acquitter rétroactivement des primes dues depuis le début de l'assurance.

Si vous ne respectez pas le délai de trois mois à compter de la date de votre prise de domicile en Suisse ou de la naissance de votre enfant, vous payerez une surprime et vos frais antérieurs éventuels ne seront pas remboursés.

Que me rembourse-t-on ?

→ le médecin

En principe, l'assurance obligatoire des soins prend en charge tous les traitements effectués par un médecin. Le médecin traitant doit toutefois indiquer au patient si la prestation fournie est prise en charge et dans quelle mesure. Les soins dispensés par d'autres professionnels de la santé sur ordonnance médicale (physiothérapie, soins (organisation SPITEX de soins à domicile) ou dans un établissement médico-social EMS, consultation diététique ou pour diabétiques, logopédie, ergothérapie, neuropsychologie, podologie) sont aussi remboursés, ainsi que les mesures ordonnées par votre médecin (par exemple analyses, examens radiologiques). Les conditions de remboursement des prestations de psychothérapie ou de psychothérapie pratiquée par un psychologue prescrites par un médecin (dès le 1er juillet 2022). En cas de doute quant au remboursement d'un traitement par l'assurance-mala-

die, renseignez-vous auprès de votre médecin ou de votre assureur.

—> les médecines complémentaires

- L'acupuncture
- La médecine anthroposophique
- La pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise
- L'homéopathie uniciste (classique)
- La phytothérapie

Les thérapies mentionnées ci-dessus seront prises en charge si elles sont pratiquées par un médecin ayant obtenu un titre de spécialiste et disposant d'une formation postgrade dans l'une de ces disciplines complémentaires.

Le registre des professions médicales (Medreg) vous informe des médecins titulaires d'un tel titre (www.medregom.admin.ch/FR). Les médicaments prescrits seront pris en charge s'ils figurent dans la liste des spécialités ou dans la liste des médicaments avec tarif (cf. page 7). <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Aerztliche-Komplementaermedizin.html>).

—> l'hôpital

Vous pouvez choisir parmi les hôpitaux figurant sur la liste des hôpitaux de votre canton de résidence ou de celle du canton où vous souhaitez être traité (hôpital répertorié). Vous pouvez obtenir la liste des hôpitaux auprès de votre assureur ou de la direction cantonale de la santé. Si vous désirez être traité dans un hôpital répertorié qui ne figure pas sur la liste des hôpitaux de votre canton de résidence, les coûts de traitement et de séjour en division commune seront pris en charge au maximum jusqu'à concurrence du tarif pratiqué dans un hôpital figurant sur la liste de votre canton de résidence. Si, pour des raisons médicales (urgence, traitement spécialisé) le traitement doit être réalisé dans un hôpital qui ne figure pas sur la liste des hôpitaux de votre canton de résidence, les coûts de traitement et de séjour en division commune de cet hôpital seront entièrement pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les frais supplémentaires engendrés par une hospitalisation en division semi-privée ou privée sont à votre charge, sauf si vous avez conclu une assurance complémentaire (droit privé) pour cette prestation.

—> les médicaments

Les médicaments qui sont prescrits par votre médecin et qui figurent sur la « liste des spécialités » sont remboursés (cf. page 27). Cette liste, qui contient environ 2500 préparations originales et génériques, est constamment adaptée. Les préparations magistrales (médications généralement élaborées en pharmacie) sont également prises

en charge, lorsque leurs substances actives figurent dans la liste des médicaments avec tarif (cf. page 27).

Le pharmacien peut remplacer un médicament original par un générique, à moins que le médecin n'ait explicitement prescrit une préparation originale. Les génériques sont, du point de vue qualitatif, des copies des médicaments originaux. Ils contiennent le même principe actif et sont en principe moins chers (cf. page 27).

—> la prévention

Les mesures préventives suivantes sont notamment remboursées

- **Différentes vaccinations** selon les directives et recommandations du Plan de vaccination suisse (cf. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischer-impfplan.html>), par exemple :
 - Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, haemophilus influenza type b, varicelle ainsi que rougeole, oreillon et rubéole (ROR).
 - Hépatite B et, pour des groupes à risques particuliers, hépatite A.
 - Grippe pour les personnes à partir de 65 ans et pour les personnes avec risque accru de complications en cas d'infection.
 - Méningoencéphalite vernoestivale (encéphalite à tiques).
 - Cancer du col de l'utérus pour les filles et les jeunes femmes entre leur 11^e année révolue et leur 27^e année révolue et autres maladies oncologiques causées par le papillomavirus humain pour les garçons et les jeunes hommes entre leur 11^e année révolue et leur 27^e année révolue, lorsque la vaccination a lieu dans le cadre d'un programme de vaccination cantonal. Aucune franchise n'est prélevée pour cette vaccination.
 - Par contre, les vaccins et mesures prophylactiques recommandés pour les voyages à l'étranger (par ex. traitement préventif contre la malaria et contre la fièvre jaune) ne sont pas pris en charge.
 - COVID-19 (immunisation de base et rappel) pendant une épidémie de COVID-19, pour les personnes à risque élevé (actuellement pour toute la population, conformément aux recommandations vaccinales). La personne assurée ne doit participer ni à la franchise ni à la quote-part.
- **Examens de l'état de santé** et du développement des enfants d'âge préscolaire (8 examens).
- **Examen gynécologique** : les deux premières années, un examen annuel est pris en charge, puis un examen tous les trois ans si les résultats des deux premiers examens annuels étaient normaux (y compris le prélèvement permettant de dépister le cancer du col de l'utérus). Sinon, prise en charge si les examens sont médicalement nécessaires.
- **Mammographie** de dépistage du cancer du sein :
 - mammographie numérique du sein (IRM du sein) pour les femmes présentant un risque modéré ou élevé du cancer du sein en raison d'antécédents familiaux ou d'antécédents personnels comparables ;
 - mammographie de dépistage tous les deux ans pour les femmes de plus de 50 ans si l'examen est effectué dans le cadre d'une

campagne cantonale ou régionale de dépistage du cancer du sein qui remplit les conditions de qualité figurant dans la loi. Actuellement les cantons de Bâle-Ville, Fribourg, Genève, Grisons, Jura, Neuchâtel, Saint-Gall, Uri, Vaud, Valais ou l'arrondissement administratif du Jura bernois en organisent (pour de plus amples informations, veuillez vous adresser à votre médecin traitant ou vous rendre sur le site Internet www.swisscancerscreening.ch.) Aucune franchise n'est prélevée en cas de mammographie de dépistage.

- **Dépistage du cancer du côlon** chez les personnes âgées de 50 à 69 ans. Analyses visant à détecter la présence de sang occulte dans les selles tous les deux ans (coloscopie en cas de résultats positifs) ou une coloscopie tous les 10 ans. Si l'analyse a lieu dans le cadre des programmes cantonaux bernois, fribourgeois, genevois, grisons, jurassiens, lucernois, neuchâtelois, saint-gallois, tessinois, uranais, valaisan, vaudois ou de Bâle-Ville, aucune franchise n'est perçue pour cette prestation.

Important

Il s'agit là de mesures servant à la prévention et remboursées à ce titre par l'assurance obligatoire des soins. Si le médecin soupçonne une maladie, il peut dispenser les soins correspondants sans être tenu aux limitations et conditions mentionnées ci-dessus pour la prévention; ces prestations seront prises en charge par l'assurance-maladie.

→ en cas de maternité

- **Pendant la grossesse** : 7 examens de routine et 2 échographies (une entre la 12^e et la 14^e semaine, l'autre entre la 20^e et la 23^e semaine) effectués par un médecin ou une sage-femme. En cas de grossesse à risque, autant d'examen (échographies incluses) que nécessaire.
- Le test prénatal du premier trimestre pour détecter le risque d'une trisomie 21, 18 et 13 en mesurant la clarté nucale par échographie (entre la 12^e et la 14^e semaine), par dosage de certains facteurs dans le sang maternel et sur la base d'autres facteurs liés au fœtus et/ou à la mère (comme son âge).
- Le test de diagnostic prénatal non invasif (TPNI) pour détecter une trisomie 21, 18 ou 13, à partir de la 12^e semaine de grossesse chez les femmes enceintes dont le fœtus présente un risque de 1:1000 ou plus de une trisomie 21, 18 ou 13. Une amniocentèse devrait être effectuée pour confirmer un résultat positif au test TPNI.
- **Préparation à l'accouchement** : 150 francs pour un cours individuel ou collectif donné par une sage-femme ou pour un entretien de conseil avec une sage-femme.
- **Accouchement** : L'assurance obligatoire des soins prend en charge l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance, à condition que ces deux derniers établissements figurent sur la liste hospitalière du canton de résidence (voir à ce sujet p. 8 concernant l'hospitalisation). L'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme fait partie de la prestation.

- **Après l'accouchement** : l'assurance obligatoire des soins prend en charge :
 - examen de contrôle entre la 6^e et la 10^e semaine effectué par un médecin ou une sage-femme ;
 - 3 séances de conseils en allaitement donnés par une sage-femme ou une infirmière au bénéfice d'une formation spécifique.
 - le suivi effectué par une sage-femme consistant en des visites à domicile pour surveiller l'état de santé de la mère et de l'enfant et leur prodiguer des soins. Dans les 56 jours suivant une naissance prématurée, des naissances multiples, la naissance d'un premier enfant ou d'une césarienne, 16 visites à domicile de la sage-femme au plus sont prises en charge, dans tous les autres cas, au maximum dix visites. Durant les 10 jours suivant la naissance, la sage-femme peut, en plus des visites à domicile, effectuer au maximum cinq fois une deuxième visite le même jour. Une prescription médicale doit être établie si d'autres visites supplémentaires après les 56 jours suivant la naissance sont nécessaires.
 - Un examen après une fausse couche ou une interruption de grossesse médicalement indiquée, de la 13^e à la 23^e semaine de grossesse.

→ les frais d'hospitalisation pour le nouveau-né

Les frais d'hospitalisation et de soins courants donnés au nouveau-né lors de son séjour à l'hôpital avec sa mère sont des prestations de maternité, donc à la charge de l'assureur de la mère (sans participation aux coûts). Mais si le nouveau-né est malade, les frais sont remboursés par l'assureur de l'enfant (avec participation aux coûts).

→ la physiothérapie

Les séances de physiothérapie sont prises en charge si elles ont été prescrites par un médecin et prodiguées par un physiothérapeute admis. Le médecin peut prescrire au maximum 9 séances. Le 1^{er} traitement doit intervenir dans les cinq semaines qui suivent la prescription médicale. Une prolongation du traitement peut être prescrite lorsque cela s'avère nécessaire.

Contrairement à la physiothérapie, les traitements effectués par un chiropraticien ne nécessitent pas d'ordonnance médicale.

→ les lunettes et les lentilles de contact

Une contribution de 180 francs par an est allouée aux enfants et aux jeunes jusqu'à l'âge de 18 ans pour les verres de lunettes et les lentilles de contact prescrits sur ordonnance par un ophtalmologue. Une contribution est également allouée dans des cas particuliers : difficultés visuelles graves ou lors de certaines maladies, telles que des changements de réfraction, en cas d'adaptations postopératoires ou lors de maladies de la cornée, ceci indépendamment de l'âge de l'assuré. (Renseignez-vous auprès de l'ophtalmologue ou auprès de votre assureur).

Ces remboursements sont soumis à la participation aux coûts, comme toute autre prestation (cf. page 13).

—> les moyens et appareils

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», cf. page 27) sont pris en charge par l'assurance-maladie jusqu'à concurrence d'un montant maximal.

Le remboursement des moyens et appareils est soumis à la participation aux coûts comme toute autre prestation (cf. page 13).

—> les soins dentaires

Les soins dentaires généraux, tels que plombages en cas de carie ou corrections de la position des dents (par exemple appareils orthodontiques) ne sont pas pris en charge. L'assurance obligatoire ne couvre les frais de soins dentaires que s'ils ont été occasionnés par une maladie grave du système de mastication, s'ils sont liés à une affection générale (leucémie, remplacement des valves cardiaques, etc.) et nécessaires au traitement ou s'ils sont dus à des lésions du système de mastication causées par un accident non pris en charge par une autre assurance.

—> en cas d'accident

- Si vous travaillez au moins 8 heures par semaine, vous êtes assuré par votre employeur contre les accidents professionnels et non professionnels selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA). En cas d'accident, vous bénéficierez de prestations accidents de cette assurance.
- Si vous n'avez pas d'assurance accidents obligatoire (selon la LAA), vous devez vous assurer contre les accidents auprès de votre assureur-maladie; votre prime sera, de ce fait, un peu plus élevée. En cas d'accident, assurance-maladie vous allouera les mêmes prestations qu'en cas de maladie.

—> les cures balnéaires

Une contribution de 10 francs par jour pendant 21 jours par an est allouée, si la cure a été prescrite par votre médecin et qu'elle se déroule dans un établissement thermal admis (renseignez-vous auprès de votre assureur). Les éventuels frais de médecin, de physiothérapie ou

de médicaments sont remboursés séparément.

—> les soins à domicile ou dans un établissement médico-social

Si, suite à une opération ou à une maladie, vous avez besoin d'être soigné à domicile ou dans un établissement médico-social (EMS), l'assurance obligatoire rembourse une contribution pour les soins prescrits par votre médecin [changement des pansements, piqûres, contrôle des signes vitaux (pouls, tension artérielle), rinçage, nettoyage des plaies, conseils lors de la prise de médicaments et de l'utilisation d'appareils médicaux, soins pédicures pour les diabétiques, etc.]. En général, une partie limitée des coûts est à votre charge, le reste étant pris en charge par le canton ou la commune. Pour plus d'informations, vous pouvez vous adresser à votre commune de domicile, à une association d'aide et de soins à domicile, ou à un établissement médico-social.

Le remboursement des soins à domicile ou dans un établissement médico-social est soumis à la participation aux coûts comme toute autre prestation (cf. page 13).

Cependant, l'assurance obligatoire ne couvre pas l'aide ménagère (préparer les repas, faire le ménage et les courses), ni le logement et l'entretien dans un établissement médico-social. Ces frais sont à la charge de l'assuré.

Les bénéficiaires de rentes à revenus modestes peuvent demander les prestations complémentaires à l'AVS/AI. (Voir mémentos 5.01 et 5.02 édités par le Centre d'information AVS/AI – vous pouvez vous les procurer auprès de votre caisse de compensation ou sur le site Internet : www.ahv-iv.ch/fr/Mementos-Formulaires/Mementos/Prestations-complémentaires-à-l'AVS-et-à-l'AI).

—> les transports et les sauvetages

- Il peut arriver que, pour accéder à un traitement, un moyen de transport spécial soit nécessaire (p. ex. ambulance). Dans ce cas, l'assurance obligatoire des soins prend en charge 50 % des frais de transport, au maximum 500 francs par année civile.
- Concernant le sauvetage de personnes dont la vie est en danger (p. ex. accident de montagne ou infarctus), l'assurance prend en charge 50 % des frais de sauvetage, au maximum 5000 francs par année civile (exclusivement en Suisse).

—> soins nécessaires dans un Etat de l'UE ou de l'AEL ou au Royaume-Uni

En cas de séjour temporaire dans un pays de l'UE/AELE ou au Royaume-Uni (p. ex. vacances), l'assuré a droit, sur présentation de sa carte européenne d'assurance-maladie, au remboursement de tous les traitements qui s'avèrent médicalement nécessaires compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour. L'assuré bénéficiera des mêmes prestations (médecins, hôpitaux) que les ressortissants du pays où il séjourne (p. ex. médecins, hôpitaux, transport).

S'agissant des coûts de traitement, ils seront payés soit par l'institution d'entraide du pays en question, puis facturés à l'assureur suisse, soit par l'assuré lui-même qui avancera le montant des frais et demandera ensuite à son assureur-maladie de le lui rembourser. La procédure est réglée de pays en pays : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Leistungen-im-Ausland/Behandlungen-im-Ausland-fuer-Versicherte-mit-Wohnsitz-in-der-Schweiz.html>. Les assurés qui résident dans un Etat de l'UE, en Islande ou en Norvège trouveront des informations à l'adresse suivante : <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/informations-aux-versicherte/int.html>.

→ urgences : soins dans un Etat qui n'est membre ni de l'UE, ni de l'AEL, ni du Royaume-Uni

En cas de traitement d'urgence administré dans un pays ne faisant partie ni de l'UE, ni de l'AEL, ni du Royaume-Uni p. ex. suite à une maladie pendant les vacances, l'assurance-maladie obligatoire prend en charge les frais jusqu'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). Une assurance complémentaire « voyage » peut s'avérer nécessaire pour certains pays (p. ex. les Etats-Unis, l'Australie, certains pays asiatiques) où les coûts médicaux et de transport sont plus chers qu'en Suisse. Renseignez-vous auprès de votre assureur-maladie. L'assurance-maladie prend en charge 50 % des frais de transport médicalement nécessaires, à concurrence de 1000 francs par année civile.

→ si je suis domicilié dans un Etat de l'UE ou de l'AEL ou au Royaume-Uni

Si vous êtes assuré en Suisse et domicilié dans un Etat de l'UE/AEL ou au Royaume-Uni, vous bénéficiez du droit d'option du lieu de traitement, c'est-à-dire que vous pouvez choisir de vous faire soigner dans votre pays de résidence et en Suisse.

Important

Dans tous les exemples mentionnés ci-dessus, les traitements sont pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire sans qu'une assurance complémentaire soit nécessaire. Cette énumération de prestations et de fournisseurs de soins n'est pas exhaustive. En cas de doute, demandez à votre assureur si un traitement non mentionné dans cette brochure est pris en charge.

Qu'est-ce qui est à ma charge ?

→ la prime

La prime est individuelle et ne dépend pas du revenu. Elle doit être payée à l'avance et en principe tous les mois. Conformément à une jurisprudence du Tribunal fédéral valable dès le 3 décembre 2015, pour le début et la fin de la couverture d'assurance, la prime est calculée en jours et non plus pour le mois entier. Les enfants, les adolescents (jusqu' au 31 décembre de l'année où ils fêtent leur 18 ans) et les jeunes adultes (du 1er janvier de l'année de leur 19 ans au 31 décembre de l'année où ils fêtent leur 25 ans) bénéficient de primes moins élevées. Les primes sont indépendantes du revenu, peuvent varier d'un assureur à l'autre, d'un canton à l'autre, et d'un pays à l'autre si l'assuré réside dans un pays de l'UE, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni. Les caisses-maladie sont autorisées à distinguer au maximum 3 zones (régions de primes) à l'intérieur du même canton, du même pays UE/AELE ou du Royaume-Uni. Tous les assureurs sont tenus de respecter les régions de primes que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a définies uniformément. Si vos ressources sont modestes, la Confédération et les cantons prennent en charge une partie ou l'intégralité de votre prime d'assurance obligatoire (cf. page 20).

→ Quels sont les autres frais à ma charge ?

Une partie des coûts des traitements médicaux reste à votre charge. Votre participation aux coûts est composée de deux éléments :

- La franchise ordinaire d'un montant de 300 francs par an. Les enfants et les adolescents de 0 à 18 ans en sont dispensés.
- La quote-part de 10 % des frais qui dépassent le montant de la franchise, mais au maximum 700 francs par an pour les adultes et 350 francs par an pour les enfants et les adolescents. Exception (médicaments): pour les médicaments, la quote-part est de 20 % lorsqu'il existe un médicament interchangeable et qui est dans une certaine mesure meilleur marché. Les préparations originales et les génériques peuvent être soumis à une quote-part plus élevée. Votre médecin ou votre pharmacien/pharmacienne vous renseignera à ce sujet.

La participation ordinaire ne dépasse donc pas la somme de 1000 francs par an pour une personne adulte et de 350 francs pour un enfant ou un adolescent.

Attention

Cette somme varie en fonction du montant de la franchise choisie.

Exemple

Si vous avez 2000 francs de frais médicaux pour l'année (médecin, hôpital, etc.) vous paierez 300 francs de franchise + 10 % du montant restant au titre de la quote-part, soit 470 francs en tout (300 francs + 10 % de 1700 francs = 470 francs). Votre assureur vous remboursera 1530 francs.

Maternité

La participation aux coûts ne s'applique pas dans le cas des prestations spécifiques en cas de maternité (cf. page 8). En outre, à partir de la treizième semaine de grossesse et jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes ne doivent plus participer aux coûts des prestations médicales générales. Ceci englobe également les coûts de traitement des maladies sans rapport avec la grossesse.

Mammographie

Les mammographies faites dans le cadre d'une campagne cantonale ou régionale de dépistage du cancer du sein (cf. page 8) ne sont pas soumises à la franchise. Renseignez-vous auprès de votre médecin ou de votre caisse-maladie.

Dépistage du cancer du colon

Si l'analyse a lieu dans le cadre des programmes cantonaux de dépistage (cf. page 8) aucune franchise n'est prélevée.

En cas d'hospitalisation

La contribution journalière aux frais de séjour hospitalier se monte à 15 francs. Depuis le 1er février 2022, plus aucune contribution ne doit être payée pour le jour de sortie de l'hôpital et les jours de congé. 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. Il n'y a pas de plafond pour cette contribution journalière.

Attention

Pour les prestations fournies dans un pays de l'UE, en Islande, en Norvège ou au Royaume-Uni, se référer à la réglementation applicable dans le pays en question.

Comment puis-je économiser sur les primes?

→ comparez les offres

Les prestations de l'assurance obligatoire sont les mêmes pour tous les assureurs: changer de caisse n'a donc aucune incidence sur votre couverture d'assurance obligatoire. Mais il peut y avoir des différences de qualité du « service » offert. De plus, certaines caisses demandent à leurs assurés de payer eux-mêmes les coûts des médicaments avant de se faire rembourser. Mais aucun assureur ne peut refuser de vous assurer.

Aperçu des primes

L'OFSP publie chaque année, en octobre, un aperçu des primes de l'assurance maladie de base pour l'année suivante. Cet aperçu recense les primes de tous les cantons, des pays de l'UE, de l'Islande et de la Norvège. Vous pouvez l'obtenir gratuitement auprès de l'OFSP ou le télécharger depuis le site Internet (cf. page 27).

Délais de résiliation

- Si votre assurance-maladie de base est assortie de la franchise ordinaire (300 francs) **vous pouvez résilier** votre assurance à deux échéances; soit au 30 juin ou au 31 décembre avec un préavis de trois mois. Cela signifie que votre assureur doit avoir reçu votre résiliation au plus tard le 31 mars ou le 30 septembre (cf. lettre-type, bloc n°1, page 26).
- Si votre assurance-maladie de base est assortie d'une franchise plus élevée ou qu'elle implique un choix limité de fournisseurs de prestations (réseau de santé, HMO, médecin de famille), vous pouvez la résilier uniquement pour la fin de l'année civile, avec un préavis de trois mois, ce qui implique que votre assureur soit en possession de la résiliation le 30 septembre (cf. lettre-type, bloc n°1, p. 26).
- Si votre assureur vous informe d'une nouvelle prime, vous pouvez résilier votre contrat et changer d'assureur pour la fin du mois précédent l'entrée en vigueur de la nouvelle prime. Ce choix ne dépend pas du fait que la prime approuvée par l'OFSP soit plus chère que la précédente, ou que vous ayez contracté un modèle d'assurance de type HMO, médecin de famille, avec consultation préalable par téléphone ou assortie d'une franchise à option. L'assureur doit communiquer la nouvelle prime au moins deux mois avant qu'elle ne soit applicable. Sa lettre doit de plus signaler à l'assuré qu'il a le droit de résilier son contrat (cf. lettre-type, bloc n°1, p. 26).
- Le changement de franchise ou de forme d'assurance (assurance de type HMO, médecin de famille, avec consultation préalable par téléphone) ne peut se faire que pour le début de l'année civile (cf. lettre-type, bloc n°2, p. 26).

Exemple

Si vous souhaitez changer d'assureur au 1^{er} janvier, ce dernier doit avoir reçu votre résiliation au plus tard le 30 novembre ; cela ne joue aucun rôle que la prime ait augmenté ou que vous ayez opté pour une forme particulière d'assurance (p. ex. réseau de santé, HMO, modèle du médecin de famille, consultation téléphonique au préalable, franchise à option, assurance avec bonus). L'élément déterminant est que l'assureur-maladie vous a communiqué la nouvelle prime, approuvée par l'OFSP, avant le 31 octobre.

Attention

La résiliation doit parvenir à l'assureur avant l'échéance du délai de résiliation (voir lettre-type n°1, page 26). Ce n'est pas le cachet de la poste qui fait foi mais le jour où la résiliation parvient à l'assureur. Nous conseillons d'envoyer la résiliation jusqu'à la mi-mars ou la mi-novembre par lettre recommandée. Ensuite, poursuivez les démarches par étapes jusqu'au passage chez le nouvel assureur. Le changement ne sera effectif qu'au moment où le nouvel assureur aura communiqué à l'ancien qu'il prend le relais. Le changement ne se produit qu'à partir de cette information, ceci pour éviter un trou dans la couverture d'assurance.

→ **examinez vos assurances complémentaires**

L'assurance obligatoire garantit à tous des soins de qualité et un large éventail de prestations. Examinez donc les prestations offertes par votre assurance complémentaire en les comparant avec ce que couvre l'assurance obligatoire.

Important

Ne résiliez jamais une assurance complémentaire sans avoir obtenu d'autres assureurs des informations précises sur les conditions auxquelles ils vous accepteraient dans leur assurance complémentaire. Dans ce domaine, les assureurs peuvent refuser des personnes, fixer la prime selon l'âge, le sexe et imposer des réserves selon l'état de santé. Comparez le catalogue de prestations ; des différences notables existent entre les assureurs en matière d'assurances complémentaires.

Délai de résiliation

Voir absolument les conditions d'assurances de votre assureur. Normalement le délai de résiliation de l'assurance complémentaire diffère de celui de l'assurance obligatoire.

→ **choisissez une forme particulière d'assurance**

Si vous choisissez l'un des modèles suivants, vous bénéficierez d'une prime plus avantageuse (voir p. 27, « Aperçu des primes », OFSP).

Choix limité du médecin et de l'hôpital

Un rabais de prime est consenti si vous acceptez de vous faire soigner dans un collectif médical appelé « HMO - Health Maintenance Organization » ou de consulter en premier lieu un « médecin de famille » qui décidera de vous adresser ou non à un spécialiste ou de vous faire hospitaliser en cas de nécessité. Cela signifie qu'en contrepartie, vous renoncez à la liberté du choix du médecin (sauf en cas d'urgence). Consultez attentivement les conditions d'assurance (voir page 24, « Aperçu des primes », OFSP/liste des assureurs-maladie admis). Ces rabais se rapportent aux primes de l'assurance ordinaire avec couverture accidents. En cas de combinaison avec une franchise à option, vous ne pouvez pas profiter de ces rabais en raison des prescriptions relatives à la prime minimale (cf. ci-dessous).

Franchise à option

L'assureur vous accorde un rabais sur la prime si vous vous engagez à prendre en charge une franchise plus élevée que les 300 francs de la franchise ordinaire – possible uniquement pour le début de l'année civile et pour une durée d'un an minimum. Le rabais obtenu dépend du montant de la franchise, mais il est limité par la loi. Pour les adultes, les franchises à option s'élèveront à 500, 1000, 1500, 2000 et 2500 francs, et pour les enfants à 100, 200, 300, 400, 500 et 600 francs. Les caisses ne sont pas obligées de proposer tous les paliers. Elles peuvent offrir, pour les jeunes adultes (de 19 ans à 25 ans révolus), des franchises différentes de celles des adultes.

Rabais pour les franchises à option

- L'assureur doit prélever une prime minimale s'élevant à 50 % de la prime de l'assurance ordinaire avec couverture des accidents du groupe d'âge et de la région de prime de l'assuré. Même pour une assurance sans couverture accidents ou en cas de combinaison d'assurances qui limitent le choix des fournisseurs de prestations, cette prime ne devra pas atteindre un niveau inférieur à la prime minimale.
- Enfin, une réduction de primes pourra atteindre un rabais maximum de 70 % du risque supplémentaire pris en charge. Le montant correspondant (en francs) est indiqué dans le tableau ci-dessous : Le rabais n'est accordé que si la prime minimale est atteinte.

	Adultes					Enfants					
franchises:	500	1000	1500	2000	2500	100	200	300	400	500	600
rabais annuel max:	140	490	840	1190	1540	70	140	210	280	350	420

Assurance avec bonus

La prime est réduite progressivement pour chaque année où vous ne demandez aucun remboursement de prestations. La prime de départ est supérieure de 10 % à la prime ordinaire. Le rabais peut atteindre 50 % de la prime de départ au bout de 5 ans.

Autres modèles d'assurance

Plusieurs assureurs offrent d'autres modèles (par exemple modèles avec consultation préalable par téléphone ou modèles d'assurance combinés). Pour obtenir des informations plus détaillées, veuillez vous adresser aux assureurs qui offrent de tels modèles.

Attention

Les formes particulières d'assurance ne sont pas accessibles aux assurés qui résident dans un pays de l'UE, en Islande ou en Norvège ou au Royaume-Uni.

—> **demandez la suspension de votre couverture accidents**

Si vous travaillez au moins 8 heures par semaine et que vous êtes assuré par votre employeur contre les accidents professionnels et non professionnels selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA), vous pouvez demander la suspension de votre couverture accidents (*voir lettre-type, bloc n°3, page 26*).

—> **demandez le remboursement de vos primes d'assurance-maladie en cas de service militaire prolongé**

Si vous accomplissez un service de plus de 60 jours consécutifs dans l'armée, dans le service civil ou dans la protection civile, l'assurance-maladie peut être suspendue durant cette période, car l'assurance militaire couvre le risque de maladie et accidents pour la durée du service.

Que faire si je ne suis pas d'accord avec mon assureur ?

—> **demandez des explications**

Les assureurs sont légalement tenus de vous renseigner si vous avez des questions. Si vous n'êtes pas d'accord...

—> **adressez-vous au Médiateur (Ombudsman)**

L'Ombudsman de l'assurance-maladie sociale ou une autre organisation peut vous aider (*voir adresses, page 24*). Et si vous n'êtes toujours pas d'accord...

—> **demandez une décision formelle**

Vous pouvez demander à votre assureur qu'il rende une décision formelle et qu'il vous l'envoie. Cette décision doit être motivée et indiquer comment vous pouvez faire opposition (*voir lettre-type, bloc n°4, p. 26*). Et si vous n'êtes toujours pas d'accord...

—> **considérez la possibilité de faire opposition**

Vous pouvez faire opposition contre la décision formelle dans les 30 jours (*de préférence par écrit: voir lettre-type, bloc n°5, page 26*) auprès de votre assureur. Celui-ci vous adressera une «décision sur opposition» qui doit être motivée et qui indique comment vous pouvez faire recours. Et si vous n'êtes toujours pas d'accord...

—> **considérez la possibilité de faire recours**

Vous pouvez faire recours contre la décision sur opposition auprès du tribunal cantonal des assurances, par écrit, dans les 30 jours. Vous pouvez également faire recours si l'assureur ne rend pas la décision formelle ou la décision sur opposition que vous lui avez demandée.

Important

Pour les litiges en matière de prestations, la procédure est gratuite. Vous ne pouvez pas recourir au tribunal cantonal si vous n'avez pas fait opposition (oralement ou par écrit) auparavant auprès de votre assureur.

—> **Enfin...**

Si le jugement du tribunal cantonal des assurances ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez faire recours, par écrit et dans les 30 jours, à la Cour de droit social du Tribunal fédéral à Lucerne. Celui-ci rend un jugement qui ne peut plus être contesté.

Adresses

Institutions compétentes pour la réduction des primes

1. Institutions cantonales

canton	adresse	contact
AG Argovie	SVA Aargau Kyburgstrasse 15 5001 Aarau	T 062 836 81 81 F 062 836 81 99 ipv@sva-ag.ch www.sva-ag.ch/pv
AI Appenzell Rhodes-Intérieures	Gesundheitsamt Hoferbad 2 9050 Appenzell	T 071 788 92 50 info@gdsd.ai.ch www.ai.ch
AR Appenzell Rhodes-Extérieures	Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden Neue Steig 15 9100 Herisau	T 071 354 51 51 info@sovar.ch www.sovar.ch
BE Berne	Office des assurances sociales Service de la réduction des primes et de l'application du régime obligatoire Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	T 031 636 45 00 asv.pvo@be.ch www.be.ch/pvo
BL Bâle Campagne	SVA Basel-Landschaft Hauptstrasse 109 4102 Binningen	T 061 425 25 25 F 061 425 25 00 info@sva-bl.ch www.sva-bl.ch
BS Bâle Ville	Kanton Basel-Stadt Amt für Sozialbeiträge Prämienvverbilligung Grenzacherstrasse 62 4005 Basel	T 061 267 87 11 F 061 267 86 44 asb-pv@bs.ch www.asb.bs.ch
FR Fribourg	Caisse de compensation du canton de Fribourg Impasse de la Colline 1 Case postale 176 1762 Givisiez	T 026 426 77 00 rpi@ecasfr.ch www.caisseavsfr.ch
GE Genève	Service de l'assurance maladie Route de Frontenex 62 1207 Genève	T 022 546 19 00 sam@etat.ge.ch www.ge.ch
GL Glarus Glaris	Kantonale Steuerverwaltung Abteilung IPV Hauptstrasse 11 8750 Glarus	T 055 646 61 50 steuerverwaltung@gl.ch www.gl.ch
GR Grisons	SVA Graubünden Ottostrasse 24 7000 Chur	T 081 257 41 11 F 081 257 42 22 info@sva.gr.ch www.sva.gr.ch
JU Jura	Caisse de compensation du canton du Jura Rue Bel-Air 3 Case postale 368 2350 Saignelégier	T 032 952 11 11 F 032 952 11 01 mail@ccju.ch www.caisseavsjura.ch
LU Lucerne	WAS Wirtschaft Arbeit Soziales Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	T 041 375 05 05 ipv@was-luzern.ch www.was-luzern.ch/ak
NE Neuchâtel	Service de l'action sociale Espace de l'Europe 2 Case postale 752 2002 Neuchâtel	T 032 889 85 02 F 032 889 60 89 Service.ActionSociale@ne.ch www.ne.ch
NW Nidwald	Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 88 Postfach 6371 Stans	T 041 618 51 00 F 041 618 51 01 info@aknw.ch www.aknw.ch

OW Obwalden Obwald	Gesundheitsamt St. Antonistrasse 4 Postfach 1243 6061 Sarnen	T 041 666 63 05 praemienverbilligung@ow.ch www.ow.ch
SG St-Gall	SVA St. Gallen Brauerstrasse 54 9016 St. Gallen	T 071 282 61 91 www.svasg.ch/kontakt-ipv www.svasg.ch/ipv
SH Schaffhouse	SVA Schaffhausen Oberstadt 9 8200 Schaffhausen	T 052 632 61 11 info@svash.ch www.svash.ch
SO Soleure	Ausgleichskasse des Kantons Solothurn Allmendweg 6 4528 Zuchwil	T 032 686 22 00 www.akso.ch
SZ Schwyz	Ausgleichskasse Schwyz Abteilung Leistungen (KVG) Postfach 53 6431 Schwyz	T 041 819 04 25 ipv@aksz.ch www.aksz.ch
TG Thurgovie	Contrôle de l'assurance-maladie de la commune du lieu de domicile ou Amt für Gesundheit Promenadenstrasse 16 8510 Frauenfeld	T 058 345 68 49 gesundheit@tg.ch www.gesundheit.tg.ch
TI Tessin	Ufficio delle prestazioni Servizio sussidi assicurazione malattia Viale Stazione 28a 6500 Bellinzona	T 091 821 93 11 F 091 821 92 99 sussidi@ias.ti.ch www.ti.ch
UR Uri	Amt für Gesundheit Klausenstrasse 4 6460 Altdorf	T 041 875 22 42 praemienverbilligung@ur.ch www.ur.ch/praemienverbilligung
VD Vaud	Office vaudois de l'assurance-maladie Ch. de Mornex 40 1014 Lausanne	T 021 557 47 47 www.vd.ch
VS Valais	Caisse de compensation du canton du Valais / Service des Allocations Av. Pratifori 22 1950 Sion	T 027 324 91 11 subvention@avs.vs.ch www.avs.vs.ch
ZG Zoug	Ausgleichskasse Zug Baarerstrasse 11 Postfach 6302 Zug	T 041 560 47 00 info@akzug.ch www.akzug.ch
ZH Zurich	SVA Zürich Röntgenstrasse 17 Postfach 8087 Zürich	T 044 448 53 75 info-ipv@svazurich.ch www.svazurich.ch/ipv

2. Institution commune

L'Institution commune LAMal s'occupe de la réduction des primes accordée aux assurés qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse, ainsi qu'aux membres de leur famille (art. 66a LAMal).

institution	adresse	contact
Institution commune LAMal	Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 F 032 625 30 90 info@kvg.org www.kvg.org

Offices cantonaux compétents pour les demandes d'exemption de l'assurance obligatoire

canton	adresse	contact
AG Argovie	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 F 032 625 30 90 info@kvg.org www.kvg.org
AI Appenzell Rhodes-Intérieures	Gesundheits- und Sozialdepartement Hoferbad 2 9050 Appenzell	T 071 788 94 51 info@gsd.ai.ch www.ai.ch
AR Appenzell Rhodes-Extérieures	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 F 032 625 30 90 info@kvg.org www.kvg.org
BE Berne	Office des assurances sociales Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	T 031 633 76 55 info.asv@be.ch www.jgk.be.ch
BL Bâle Campagne	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 F 032 625 30 90 info@kvg.org www.kvg.org
BS Bâle Ville	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 F 032 625 30 90 info@kvg.org www.kvg.org
FR Fribourg	Commune du lieu de domicile, de résidence ou de travail Frontalier/ières : Service de la Santé publique Route des Cliniques 17 1700 Fribourg	T 026 305 29 13 F www.fr.ch/ssp
GE Genève	Service de l'assurance maladie Route de Frontenex 62 1207 Genève	T 022 546 19 13 F 022 546 19 19 sam@etat.ge.ch www.ge.ch
GL Glaris	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 F 032 625 30 90 info@kvg.org www.kvg.org
GR Grisons	Commune du lieu de domicile, de résidence ou de travail (frontalier/ière)	
JU Jura	Caisse de compensation du Jura Rue Bel-Air 3 Case postale 368 2350 Saignelégier	T 032 952 11 11 F 032 952 11 01 mail@ccju.ch www.caisseavsjura.ch
LU Lucerne	WAS Wirtschaft Arbeit Soziales Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	T 041 375 05 05 ipv@was-luzern.ch www.was-luzern.ch/ak
NE Neuchâtel	Office cantonal de l'assurance maladie Espace de l'Europe 2 Case postale 716 2002 Neuchâtel	T 032 889 66 30 F 032 889 60 92 Office.AssuranceMaladie@ne.ch www.ne.ch
NW Nidwald	Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 88 Postfach 6371 Stans	T 041 618 51 00 F 041 618 51 01 info@aknw.ch www.aknw.ch
OW Obwald	Gesundheitsamt St. Antonistrasse 4 Postfach 1243 6061 Sarnen	T 041 666 64 58 gesundheitsamt@ow.ch www.ow.ch
SG St-Gall	Commune du lieu de domicile, de résidence ou de travail (frontalier/ière)	

SH Schaffhouse	SVA Schaffhausen Oberstadt 9 8200 Schaffhausen	T 052 632 61 11 info@svash.ch www.svash.ch
SO Soleure	Amt für soziale Sicherheit Ambassadorsenhof Riedholzplatz 3 4509 Solothurn	T 032 627 23 11 aso@ddi.so.ch www.so.ch
SZ Schwyz	Ausgleichskasse Schwyz Abteilung Leistungen (KVG) Postfach 53 6431 Schwyz	T 041 819 04 25 info@aksz.ch www.aksz.ch
TG Thurgovie	Commune du lieu de domicile, de résidence ou du travail (frontalier/ière) Amt für Gesundheit Promenadenstrasse 16 8510 Frauenfeld	T 058 345 68 40 gesundheit@tg.ch www.gesundheit.tg.ch
TI Tessin	Ufficio dei contributi Settore obbligo assicurativo Via Ghiringhelli 15a 6500 Bellinzona	T 091 821 91 11 F 091 821 92 99 obbligo@ias.ti.ch www.ti.ch
UR Uri	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 F 032 625 30 90 info@kvg.org www.kvg.org
VD Vaud	Office vaudois de l'assurance-maladie Ch. de Mornex 40 1014 Lausanne	T 021 557 47 47 www.vd.ch
VS Valais	Commune du lieu de domicile, de résidence ou de travail (frontalier/ière)	
ZG Zoug	Gemeinsame Einrichtung KVG Industriestrasse 78 4609 Olten	T 032 625 30 30 F 032 625 30 90 info@kvg.org www.kvg.org
ZH Zürich	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich Prämienverbilligung / Versicherungspflicht Stampfenbachstrasse 30 8090 Zürich	T 043 259 24 38 F 043 259 52 10 kvg@gd.zh.ch www.gd.zh.ch

Liste des assureurs-maladie

Vous trouverez la liste des assureurs-maladie admis dans le document « Aperçu des primes » publié par l'Office fédéral de la santé publique (voir page 27) et à l'adresse Internet suivante: www.priminfo.ch (rubrique chiffres et faits)

Liste des lieux où l'on trouve des HMO et rayon d'activité des modèles « médecin de famille »

Vous trouverez la liste des assureurs-maladie admis qui offrent des lieux HMO et modèles « médecin de famille » dans le document « Aperçu des primes » publié par l'Office fédéral de la santé publique (voir page 27).

Autres adresses

- **Office de médiation de l'assurance-maladie**, Morgartenstrasse 9, case postale 3565, 6002 Lucerne, téléphone 041 226 10 11, Conseils et médiation en cas de litige; pas de conseils en assurance en général), internet: www.omkv.ch
- **Organisation suisse des patients OPS**, Häringstrasse 20, 8001 Zurich, téléphone 044 252 54 22, internet: www.spo.ch
- **Fédération romande des consommateurs**, rue de Genève 17, 1002 Lausanne, téléphone 021 331 00 90, internet: www.frc.ch
- **Assuas**, Association Suisse des assurés, avenue Vibert 19, 1227 Carouge, téléphone 022 301 00 31, internet: www.assuas.ch

Modèles de lettres

- 1 Jeanne Dupont
rue de l'Hôpital 6
1200 Genève
- 2 Numéro d'assuré/e 12.3456789.0

Recommandé

- 3 Sanissima
Case postale
1200 Genève

Genève, le 5 octobre (année)

Demande de suspension de la couverture des accidents (article 8 de la LAMal).

- 4 Madame, Monsieur,
Par la présente, je vous demande de suspendre la couverture des accidents dans l'assurance de base. A cette fin, vous voudrez bien trouver ci-joint une attestation de mon employeur selon laquelle je suis assuré/e à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA).

Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, mes salutations distinguées

Jeanne Dupont

Annexe: Attestation de l'employeur

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1 Prénom, Nom et adresse | 3 Nom/adresse de votre assureur |
| 2 Votre numéro d'assuré(e)
(selon votre contrat d'assurance) | 4 Texte à choix de 1 à 5 |

Blocs 1 à 5 à choix, selon la situation

1 Assurance obligatoire des soins selon la LAMal:

Changement d'assureur

Par la présente, je vous informe que je résilie mon assurance obligatoire des soins avec effet au (*date*), ayant décidé de continuer cette assurance chez un autre assureur LAMal.

2 Assurance obligatoire des soins selon la LAMal:

Changement de franchise

Je vous serais reconnaissant/e de bien vouloir faire le nécessaire pour qu'à partir du 1^{er} janvier (*année*), ma franchise s'élève à (montant) francs dans l'assurance obligatoire des soins.

3 Demande de suspension de la couverture des accidents (article 8 de la LAMal)

Par la présente, je vous demande de suspendre la couverture des accidents dans l'assurance obligatoire des soins. A cette fin, vous voudrez bien trouver cjoint une attestation de mon employeur selon laquelle je suis assuré/e à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA).

Annexe : Attestation de l'employeur.

4 Demande de décision formelle

Suite à votre prise de position du (*date*), je vous prie de me faire parvenir une décision formelle au sens de l'article 51 alinéa 2 LPGA.

Annexe (*pas obligatoire*) : Photocopie de votre prise de position.

5 Opposition

Par la présente, je fais opposition contre votre décision formelle du (*date*) au sens de l'article 52 alinéa 1 LPGA. Mes arguments sont les suivants :

Annexes :

- (*pas obligatoire*) Photocopie de votre décision formelle
- (*si possible*) Document(s) à l'appui de vos arguments

Informations complémentaires

Aperçu des primes

L'OFSP publie chaque année, en octobre, un « Aperçu des primes » qui donne, pour l'année suivante, une vue d'ensemble des primes de tous les assureurs par canton. Vous pouvez obtenir cet aperçu gratuitement, en nous faisant parvenir une étiquette autocollante (pas d'enveloppe s.v.p.) munie de vos nom et adresse à :

Office fédéral de la santé publique
« Aperçu des primes »
3003 Berne

Cet « Aperçu des primes » est disponible à l'adresse Internet : www.priminfo.ch

Loi fédérale sur l'assurance-maladie

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ainsi que les ordonnances d'application peuvent être consultées sur Internet: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-versicherungen/gesetzgebung-krankenversicherung/kvg.html> ou commandées auprès de l'OFCL (Numéro de commande 832.10.F) : OFCL, Vente des publications fédérales, 3003 Berne, Adresse Internet : www.bundespublikationen.admin.ch/fr

Liste des spécialités avec liste des génériques et liste des médicaments avec tarif

Les listes des médicaments pris en charge par les assureurs (« liste des spécialités » avec liste des génériques et « liste des médicaments avec tarif ») peuvent être consultées sur le site internet (www.listedesspecialites.ch, respectivement <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html>)

Liste des moyens et appareils (LiMA)

La liste des moyens et appareils peut être consultée sur le site internet (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Mittel-und-Gegens-taendeliste.html>)

Index / Mots clé

Accident 10, 11, 18

Couverture d'accident 17, 18, 26

Assurance avec bonus 18

Assurance complémentaire 6, 12, 16

Assurance de base 15, 16

Assurance-maladie obligatoire 12

Chiropraticien 9

Conseil en allaitement 9

Consultation diététique 5

Consultation pour diabétiques 5

Cures balnéaires 10

Décision formelle 19, 26

Délais de résiliation 15

EMS (établissement médico-social) 5, 11

Ergothérapie 5

Etranger 4, 7, 12

Franchise 13, 14, 15, 17

Générique 7, 27

HMO 15, 16, 24

Hôpital 6, 9, 17

Lentilles de contact 9

Liste des spécialités 6, 7, 27

Logopédie 5

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) 27

Lunettes 9

Mammographie 7, 14

Maternité 8, 9, 14

Médecin 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 17

Médicament 6, 7, 10, 11, 13, 15

Modèle du médecin de famille 15, 17, 24

Moyens et appareils 10, 27

Nouveau-né 9

Obligation de s'assurer 4, 5

Opposition 19, 26

Participation aux coûts 9, 13

Physiothérapie 5, 9, 10

Préparation à l'accouchement 8

Prévention 7

Prime 5, 13, 16, 18

Aperçu des primes 15, 17, 24, 27

Rabais sur la prime 17, 18

Réduction de prime 17, 20

Remboursement 5, 10, 11, 18

Psychothérapeute 5

Quote-part 13

Recours 19

Sauvetages 11

Soins à domicile 5, 11

Soins dentaires 10

SPITEX 5

Transports 11

UE/AELE 4, 5, 11, 12, 13

Urgences 12

Vaccination 7

Impressum

Éditeur

Office fédéral de la santé publique OFSP
Division Surveillance de l'assurance

Contact

Office fédéral de la santé publique OFSP
Case postale
CH-3003 Berne
KV@bag.admin.ch

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung.html>

Date de publication

février 2022

Adresse de commande

OFCL, Diffusion publications, CH-3003 Berne
www.publicationsfederales.admin.ch
Numéro de commande : 316.950.f

Versions linguistiques

Cette publication paraît en allemand, anglais, français et en italien.

Version digitale

Toutes les versions linguistiques de cette publication sont disponibles en format PDF à l'adresse suivante : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-das-wichtigste-in-kuerze.html>.

