



**CH-3003 Berne**

OFSP

---

Aux assureurs LAMal,  
à leurs réassureurs et  
à l'Institution commune LAMal

Référence du document : 721.1-1/33

Notre référence : chr, MUP, PEP, scm, PMC, SIL, bes, GMY, MEM, OSA

**Berne, le 15 décembre 2023**

Mesdames, Messieurs,

Cette année encore, des modifications de lois et d'ordonnances sont intervenues dans des domaines très divers, avec des répercussions sur votre activité. C'est avec plaisir que nous vous informons de ces nouveautés par le présent courrier. Nous souhaitons par la même occasion attirer votre attention sur des changements intervenus sur le plan international.

## **1 Modifications d'ordonnance**

### **1.1 Révision totale de l'ordonnance sur les régions de primes et adaptation de l'annexe 1 suite à des fusions de communes**

Suite à différentes fusions de communes, l'annexe 1 de l'ordonnance du DFI sur les régions de primes (RO 2023 494, [RS 832.106 - Ordonnance du DFI du 15 mars 2022 sur les régions de primes \(admin.ch\)](#)) a été révisée. Elle comprend la mise à jour de la liste des communes figurant en annexe, sur la base du répertoire officiel des communes de Suisse tenu par l'Office fédéral de la statistique. Elle tient compte de toutes les fusions de communes qui ont été acceptées jusqu'à fin juin 2023 et sont entrées en vigueur dans le courant de 2023 ou entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024. Cette année, les communes concernées par les fusions se trouvaient dans la même région de primes. Les adaptations de l'annexe 1 entreront en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Office fédéral de la santé publique OFSP

Schwarzenburgstrasse 157, CH-3003 Berne  
Tél. +41 58 463 70 66, fax +41 58 462 90 20  
Aufsicht-Krankenversicherung@bag.admin.ch  
www.bag.admin.ch

## **1.2 Ordonnance sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR ; RS 832.112.1)**

Le 30 août 2023, le Conseil fédéral a adopté une modification de l'OCoR qui autorise l'Institution commune LAMal à compléter la statistique générale sur la compensation des risques par des informations supplémentaires. Les assureurs pourront ainsi mieux évaluer la compensation des risques et ajuster encore le calcul des primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cette statistique comprendra désormais le nombre de personnes assurées auprès de deux assureurs ou plus dans chaque canton, ce qui facilitera les travaux des cantons en lien avec la reprise d'actes de défaut de biens. Cette modification entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024 ([RO 2023 490](#)).

## **1.3 Ordonnance du DFI sur la mise en œuvre de la compensation des risques dans l'assurance-maladie (OCoR-DFI ; RS 832.112.11)**

Lorsqu'il révisé cette ordonnance, soit chaque année, le DFI adapte les médicaments figurant sur la liste des PCG à la liste des spécialités (LS), prenant ainsi en compte les progrès médicaux. En vue du calcul de la compensation des risques en mai 2023 pour l'année de compensation 2022, il a mis à jour la liste des PCG annexée à l'ordonnance en y inscrivant les médicaments récemment inscrits dans la LS.

Une révision de l'ordonnance en vue du calcul pour l'année de compensation 2023 est en préparation. Cette fois encore, l'adaptation portera uniquement sur les médicaments figurant sur la liste des PCG.

## **1.4 Ordonnance du DFI sur les indices du niveau des prix et sur les primes moyennes 2024 permettant de calculer la réduction de primes dans l'Union européenne, en Islande, en Norvège et au Royaume-Uni**

Comme les années précédentes, le DFI a édicté cette ordonnance (RS 832.112.51) pour 2024 ; elle entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024 et sera publiée sous peu dans le recueil officiel du droit fédéral.

## **1.5 Contribution de LR sur la modification d'ordonnances du 22.9.23 (modification OA-Mal/OPAS : mesures relatives aux médicaments, y compris remboursement dans des cas particuliers)**

Le 22 septembre 2023, le Conseil fédéral a adopté le train d'ordonnances « Mesures relatives aux médicaments, modification de l'OAMal et de l'OPAS ». Les nouvelles dispositions entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

En ce qui concerne la prise en charge dans des cas particuliers, les modifications améliorent l'égalité de traitement entre assurés tout en allégeant la charge administrative des assureurs. Cette amélioration est obtenue par l'obligation d'utiliser un outil uniforme pour évaluer le bénéfice avec des catégories de bénéfices définies. De plus, la possibilité d'une évaluation commune du bénéfice par les assureurs-maladie est prévue. Le recours à des experts lors du développement de l'outil d'évaluation constitue un élément important du projet. Des experts doivent également être consultés lorsqu'un refus de prise en charge est envisagé pour des maladies rares. En outre, la transparence est accrue concernant la prise en charge des cas particuliers. D'une part, les évaluations communes du bénéfice seront publiées à l'intention des assureurs et des sociétés de discipline. D'autre part, en cas de refus de prise en charge, la décision devra être motivée auprès des médecins et des patients au moyen de l'évaluation du bénéfice réalisée. Enfin, l'introduction d'écarts de prix fixes par rapport aux prix pratiqués à l'étranger ou au prix défini dans la liste des spécialités (LS) garantira une évaluation plus uniforme du critère d'économicité. Ce changement devrait aussi rendre l'admission dans la LS plus intéressante.

Un relèvement de la quote-part de 20 à 40 % pour les médicaments trop chers en comparaison des produits contenant le même principe actif a également été décidé. De plus, les dispositions relatives à

la quote-part s'appliqueront désormais aussi aux substances actives biologiques (préparations de référence et biosimilaires). Cette mesure doit servir de frein pour éviter que les patients se procurent des préparations originales onéreuses lorsqu'il existe des génériques moins chers et que ce choix ne se justifie pas médicalement. Dans ce contexte, les modifications accroissent aussi la pression sur les fournisseurs de prestations afin qu'ils ne prescrivent pas des préparations plus chères. Désormais, toute nécessité médicale imposant l'utilisation d'une préparation originale plus chère sans majoration de la participation aux coûts devra être prouvée et documentée dans le dossier de la personne assurée<sup>1</sup>. Les assureurs pourront vérifier le bien-fondé de telles prescriptions par des contrôles aléatoires.

Enfin, la révision comprend d'autres mesures visant notamment à optimiser le processus d'admission des médicaments dans la LS. Ainsi, pour les médicaments importants, les entreprises pharmaceutiques pourront solliciter un entretien préalable (« Early Dialogue ») avec l'OFSP, ce qui devrait accélérer l'admission et, partant, le remboursement de ces médicaments.

## 2 Volet 1b de mesures visant à freiner la hausse des coûts

Les Chambres fédérales ont adopté le 30 septembre 2022 la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) concernant les mesures visant à freiner la hausse des coûts (volet 1b). Le 25 octobre 2023 le Conseil fédéral a fixé l'entrée en vigueur des mesures au 1er janvier 2024. Le volet 1b comprend quatre mesures qui contribuent à limiter la hausse des coûts à ce qui est justifié médicalement:

Les partenaires tarifaires seront tenus **de convenir de mesures visant à surveiller les coûts**. Pour ce faire, ils doivent, dans les domaines dans lesquels ils concluent des contrats tarifaires, convenir d'un monitoring commun de l'évolution des quantités, des volumes et des coûts ainsi que des mesures correctives correspondantes en cas d'évolution non explicable des quantités, des volumes et des coûts.

**Un droit de recours sera introduit pour les fédérations d'assureurs** contre les décisions des gouvernements cantonaux concernant la planification des hôpitaux et d'autres institutions. Ce droit garantit que les cantons tiennent compte de manière équilibrée des demandes émanant non seulement des fournisseurs de prestations, mais aussi des assureurs – qui représentent les intérêts des assurés – dans le cadre de la planification.

La loi sur les produits thérapeutiques (LPTh) sera modifiée de sorte à **simplifier l'étiquetage et l'information sur les médicaments dans le cas des importations parallèles**.

La LAMal précise que les pharmaciens peuvent remettre un médicament meilleur marché lorsque plusieurs produits pharmaceutiques contenant la même substance active figurent dans la liste des spécialités. À l'avenir, ce **droit de substitution** impliquera une « même adéquation du point de vue médical » pour la personne assurée et sera étendu aux biosimilaires.

Outre LAMal et LPTh, les mesures concernent la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) et la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM).

## 3 Conventions de sécurité sociale

### 3.1 Nouvelle convention internationale de sécurité sociale avec l'Albanie

La Convention de sécurité sociale entre la Confédération suisse et la République d'Albanie (RS 0.831.109.123.1) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2023. Elle concerne l'AVS et l'AI et n'a qu'un effet indirect sur l'assurance-maladie. Conformément à l'art. 4, al. 4, OAMal, les travailleurs détachés de Suisse en Albanie et les membres de leur famille sans activité lucrative qui les accompagnent restent soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse, et cela pour toute la durée du détachement (deux ans au

---

<sup>1</sup> Les raisons médicales possibles sont présentées dans le [commentaire](#) des modifications (p. 10 ss.).

maximum). Si ces personnes sont assujetties obligatoirement assurées contre la maladie en Albanie, elles peuvent, sur demande, être exemptées de l'obligation de s'assurer en Suisse (art. 2, al. 2, OAMal). Les travailleurs détachés d'Albanie en Suisse et les membres de leur famille sans activité lucrative qui les accompagnent sont soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse. Ils peuvent être exemptés de cette obligation en vertu de l'art. 2, al. 5, OAMal.

### **3.2 Nouvelle convention internationale de sécurité sociale avec le Royaume-Uni**

La Convention de sécurité sociale entre la Suisse et le Royaume-Uni (RS 0.831.109.367.2) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2023. Ce nouvel accord, qui coordonne les systèmes de sécurité sociale des deux États après le Brexit, est appliqué à titre provisoire depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2021. C'est pourquoi, depuis cette date, les dispositions de la LAMal et de la LSAMal qui concernent les assurés de l'UE s'appliquent également au Royaume-Uni. Les révisions de ces lois doivent par conséquent entrer en vigueur avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> novembre 2021, ce qui relève de la compétence du Conseil fédéral. Les dispositions de l'OAMal ont déjà été adaptées au 1<sup>er</sup> janvier 2023.

La convention reprend dans les grandes lignes les dispositions qui étaient applicables en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP). En ce qui concerne l'obligation de s'assurer, le principe du lieu de travail s'applique. La règle spécifique selon laquelle les membres de la famille d'une personne assurée en Suisse qui résident au Royaume-Uni doivent s'assurer dans le pays de résidence a toutefois été maintenue. Comme la convention avec le Royaume-Uni ne prévoit pas l'exportation des prestations de chômage, l'art. 2, al. 1, let. d, OAMal n'est plus applicable aux ressortissants du Royaume-Uni. Les chômeurs qui quittent leur ancien État de travail pour s'installer dans l'autre État et les frontaliers au chômage doivent s'assurer dans leur pays de résidence.

Les attestations de droit aux prestations médicales dans l'autre État sont les mêmes que dans les relations avec l'UE/AELE (CEAM, attestations S1 et S2). Pour les traitements dont ils ont besoin en Suisse, les assurés du service national de santé (*National Health Service*, NHS) présentent la *UK Global Health Insurance Card* (GHIC), dont un modèle est disponible sur le site Internet de l'Institution commune LAMal : [www.kvg.org/fr](http://www.kvg.org/fr) >> *Fournisseurs de prestations* >> *Attestation de droit*. L'échange de données se fait en principe, comme avec les États de l'UE, via le système EESSI (*Electronic Exchange of Social Security Information*).

Vous trouverez de plus amples informations dans la lettre d'information sur le Brexit du 1<sup>er</sup> novembre 2021 : [www.ofsp.admin.ch](http://www.ofsp.admin.ch) >> *Assurances* >> *Assurance-maladie* >> *Assureurs et surveillance* >> *Circulaires et lettres d'information* >> *Lettres d'information Affaires internationales* : [Assurance-maladie : Lettres d'information Affaires internationales \(admin.ch\)](http://www.ofsp.admin.ch).

## **4 Questions de mise en oeuvre**

### **4.1 Supplément de prime en cas de retard après affiliation d'office**

Les cantons romands nous ont signalé que certains assureurs-maladie n'assurent pas immédiatement les personnes affiliées d'office et ne prélèvent pas le supplément de prime.

Nous attirons ci-après votre attention sur la manière correcte de procéder :

Les cantons affilient d'office à un assureur-maladie (art. 6, al. 2, LAMal en relation avec l'art. 10 OAMal) les personnes qui ne s'assurent pas pour les soins en cas de maladie dans un délai de trois mois (art. 3, al. 1, LAMal), bien qu'elles y soient tenues et que les cantons les en aient informées (art. 6a LAMal). Dans le cas idéal, l'assureur-maladie reçoit aussi la décision d'affiliation, qui vaut à son égard comme annonce d'assurance, ce qui entraîne directement l'affiliation à l'assurance. Ainsi, l'assurance débute dès la notification de la décision d'affiliation d'office (art. 5, al. 2, LAMal).

Certains assureurs-maladie n'assurent pas immédiatement les personnes qui leur sont attribuées. Ils leur recommandent plutôt de faire une demande d'exemption auprès du canton afin d'être libérées de

cette obligation pour la durée du retard. Cette manière de faire ne correspond pas aux dispositions légales. Ces personnes doivent être assurées immédiatement. En vertu de l'art. 5, al. 2, LAMal, l'assureur-maladie est en outre tenu de percevoir un supplément de prime auprès de l'assuré si le retard d'affiliation n'est pas excusable. Dans un tel cas, il doit à chaque fois examiner quelle est la raison du retard, et si celui-ci doit être considéré comme excusable ou non excusable. Si le retard n'est pas excusable, l'assuré doit verser un supplément à sa prime mensuelle.

## **4.2 Sans-papiers**

La circulaire 02/10 du 19 décembre 2002 de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), compétent à l'époque, sur les conditions d'affiliation des sans-papiers à l'assurance-maladie obligatoire est, en partie, devenue obsolète.

Nous attirons ci-après votre attention sur les règles à respecter concernant l'affiliation des sans-papiers :

L'art. 3 LAMal définit l'ensemble des personnes tenues de s'assurer. Toute personne domiciliée en Suisse au sens des art. 23 à 26 du Code civil (CC) est tenue de s'assurer (art. 1, al. 1, OAMal ; art. 13 LPGa). Les personnes en provenance de l'étranger sont tenues de s'assurer dans les trois mois qui suivent leur prise de domicile en Suisse. L'obligation de s'assurer s'applique en principe, avec des exceptions spécifiques définies par le Conseil fédéral dans l'OAMal, à toutes les personnes qui séjournent plus de trois mois en Suisse, indépendamment de leur nationalité ou de leur statut de séjour légal. Les personnes sans permis de séjour sont elles aussi soumises à cette obligation, pour autant qu'elles prennent domicile en Suisse conformément aux art. 23 à 26 CC, et doivent conclure une assurance-maladie. L'obligation de s'assurer s'applique donc aussi aux sans-papiers, de même qu'aux requérants d'asile qui ont l'obligation de quitter le territoire et qui ne s'y conforment pas.

De leur côté, les assureurs-maladie sont tenus d'accepter sans réserve les demandes d'assurance de ces personnes. Dans un arrêt du 24 décembre 2002 (K38/01), le Tribunal fédéral des assurances a confirmé l'obligation d'assurance des sans-papiers. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une personne assurée ne peut pas être exclue de l'assurance-maladie pour non-paiement des primes (ATF 126 V 265). Aux termes de l'art. 5, al. 3, LAMal, la couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer. L'art. 7, al. 3<sup>bis</sup> et 5, OAMal fixe cette échéance – selon le statut de la personne – à la date de l'arrêt de l'activité lucrative en Suisse, du départ effectif de la Suisse ou du décès.

Les assurés de condition économique modeste ont droit, en vertu de l'art. 65, al. 1, LAMal, à la réduction des primes. Cela peut aussi concerner les sans-papiers. La définition des conditions d'octroi et le versement de la réduction des primes relèvent de la compétence des cantons. L'art. 92d OAMal règle les primes des bénéficiaires de l'aide d'urgence.

Les assureurs sont tenus de garder le secret à l'égard des tiers (art. 33 LPGa en relation avec les art. 84 ss LAMal). Ils ne sont pas autorisés à dénoncer des personnes qui séjournent en Suisse sans statut de séjour valable. L'assureur qui viole cette obligation peut, en vertu de l'art. 54, al. 1, let. d, LSA-Mal, être puni d'une amende.

## **4.3 Demandes de modification de l'élément du plan d'exploitation mentionné à l'art. 7, al. 2, let. n, LSAMal**

Nous vous rappelons le délai pour la soumission des demandes de modification de l'élément du plan d'exploitation mentionné à l'art. 7, al. 2, let. n, LSAMal. L'autorité de surveillance doit recevoir les nouvelles dispositions sur les formes particulières d'assurance dans l'AOS et sur l'assurance facultative d'indemnités journalières ainsi que les conditions générales d'assurance cinq mois avant le début de leur validité (art. 7, al. 1, OSAMal). La « validité » et l'« entrée en vigueur » des conditions d'assurance peuvent être décalées dans le temps (et le sont généralement). Les conditions d'assurance doivent déjà

être « valables » lorsque des contrats sont conclus sur leur base (en règle générale à partir de fin septembre). La mise en vigueur intervient ensuite à une date déterminée (d'ordinaire le 1<sup>er</sup> janvier). Autrement dit, les conditions d'assurance doivent être soumises pour approbation cinq mois avant d'être mises sur le marché (mise en œuvre pratique ; cf. Formulaire N relatif au plan d'exploitation, point 2.2 et notes de bas de page afférentes).

Concrètement, pour que des contrats d'assurance puissent être conclus dès la publication des tarifs de primes, fin septembre, les personnes intéressées à s'affilier ou à changer de forme d'assurance ou de modèle doivent pouvoir consulter les nouvelles conditions d'assurance. L'autorité de surveillance doit donc recevoir les demandes de modification de l'élément mentionné à la let. n à fin avril au plus tard. L'OFSP a besoin que cette demande lui soit présentée suffisamment tôt, en particulier dans le cas de nouveaux modèles d'assurance ou de modifications substantielles des conditions d'assurance, car ces dernières peuvent avoir une influence sur les primes et les rabais de primes. Il peut toutefois raccourcir le délai entre la remise de la demande et la validité des conditions d'assurance (art. 7, al. 1 *in fine*, OSAMal). Les assureurs ont donc la possibilité de requérir un report de la date de soumission de la demande.

#### **4.4 Publication des liens d'intérêts (art. 38 OSAMal) : déclaration annuelle**

Certains assureurs ayant publié de manière prématurée ou au contraire tardive les liens d'intérêts des membres de leurs organes d'administration et de direction, nous nous permettons de vous rappeler que l'assureur doit remettre à l'autorité de surveillance le formulaire « Liens d'intérêts », valant « déclaration annuelle », avant la fin janvier de chaque année (avec état au 31 décembre de l'année précédente). Le relevé ISAK à cet effet est ouvert du 1<sup>er</sup> au 31 janvier.

Pour plus d'informations sur la déclaration annuelle des liens d'intérêts des sociétés holding, voir le point 4.5 ci-dessous.

Par ailleurs, nous vous prions de toujours garder à l'esprit la distinction entre la déclaration annuelle et la déclaration des liens d'intérêts d'un nouveau membre des organes d'administration ou de direction.

#### **4.5 Surveillance des sociétés holding (art. 44, al. 4 s., LSAMal)**

Des questions ont parfois été soulevées quant à l'étendue de la surveillance des sociétés holding des assureurs. Afin de clarifier la situation juridique, nous attirons votre attention sur les points suivants :

Sont réputées sociétés holding au sens de l'art. 44, al. 4 s., LSAMal non seulement les sociétés au sens strict, mais aussi les fondations holding. En effet, s'agissant de l'assureur, la forme juridique de ses « sociétés » mère, détenant la société-mère ou similaire est sans importance.

Les dispositions relatives à la garantie d'une activité irréprochable s'appliquent par analogie aux sociétés holding (art. 44, al. 4, en relation avec les art. 20 LSAMal et 36 ss. OSAMal). La surveillance se fonde sur les risques :

- **Publication des liens d'intérêts (art. 38 OSAMal) :**

Tous les trois ans, la société holding doit présenter une déclaration des liens d'intérêts de tous les membres de ses organes d'administration et de direction. La publication n'en est toutefois indispensable que si, à la date de référence, il n'y a pas identité personnelle complète entre les organes mentionnés de la société holding et ceux des assureurs. Pour ce qui est des modalités, les prescriptions relatives à la « déclaration annuelle » de l'assureur (cf. *supra*, ch. 4.4) sont applicables par analogie : la déclaration doit être remise pour la première fois d'ici au 31 janvier 2024 (avec état au 31 décembre 2023 ; au moyen du formulaire « Liens d'intérêts » ; à télécharger [par l'assureur] dans ISAK).

En revanche, un nouveau membre de l'organe d'administration ou de direction de la société holding n'est pas tenu de déclarer ses liens d'intérêts, sauf s'il siège également dans un organe

correspondant de l'assureur.

- Autres contrôles relatifs à la garantie d'une activité irréprochable :

Dans le cadre de son pouvoir d'appréciation, l'autorité de surveillance effectue au besoin des vérifications concernant la composition de l'organe d'administration et/ou de direction, les directives internes relatives à la prévention des conflits d'intérêts, la gestion des risques et/ou le système de contrôle interne (documentation comprise).

Les sociétés holding doivent annoncer sans délai à l'autorité de surveillance les événements ayant une importance essentielle pour la surveillance. Cette obligation se rapporte aux incidents concernant les transactions entre la société holding et d'autres entreprises, ainsi qu'aux incidents en lien avec la gestion des risques et le système de contrôle interne (art. 44, al. 5, en relation avec les al. 1 et 3, LSAMal). Lorsque l'autorité de surveillance l'exige, la société holding a en outre une obligation de renseigner à ce sujet.

L'application par analogie de l'art. 38, al. 2, let. f, LSAMal habilite l'autorité de surveillance à révoquer les personnes chargées de la direction générale, de la surveillance, du contrôle ou de la gestion de la société holding (art. 44, al. 4, LSAMal).

#### **4.6 Droit à l'entraide en matière de prestations en Suisse des personnes assurées de l'UE, de l'AELE et du Royaume-Uni**

Il y a ensuite une communication de l'Institution commune LAMal.

Lors d'un séjour temporaire en Suisse, les personnes assurées de l'UE, de l'AELE et du Royaume-Uni (ci-après UK) ont droit aux prestations en nature qui s'avèrent médicalement nécessaires, compte tenu de la nature de la prestation et de la durée prévue de leur séjour en Suisse (article 19, paragraphe 1, du règlement (CE) n° 883/2004).

Pour faire valoir leur droit à l'entraide en matière de prestations, les personnes assurées présentent au fournisseur de prestations un document attestant leur droit aux prestations en nature [article 25, paragraphe 1, première phrase, du règlement (CE) n° 987/2009]. En règle générale, les personnes assurées resp. les patients portent sur eux une carte européenne d'assurance maladie ou un certificat provisoire de remplacement qu'ils présentent au fournisseur de prestations au début du traitement.

Si les patients ne disposent pas d'une attestation de droit ou si celle-ci n'est plus valable, ils s'adressent à l'Institution commune LAMal (IC LAMal) en sa qualité d'institution d'entraide<sup>2</sup> en Suisse. Ils transmettent les informations nécessaires pour que l'IC LAMal puisse demander une attestation de remplacement à l'assurance-maladie sociale de l'État de l'UE/AELE concerné ou de l'UK [article 25, paragraphe 1, deuxième phrase, du règlement (CE) n° 987/2009]. Jusqu'à présent, les fournisseurs de prestations demandaient souvent eux-mêmes les certificats de remplacement à l'assurance-maladie compétente à l'étranger. Cette procédure pragmatique n'est pas conforme aux dispositions des règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009 relatifs à l'entraide internationale en matière de prestations et ne peut pas être maintenue. C'est la raison pour laquelle les fournisseurs de prestations en Suisse reçoivent de plus en plus de refus de la part de l'assurance-maladie compétente à l'étranger, avec l'indication que seule l'IC LAMal peut demander l'attestation de droit.

L'IC LAMal demande l'attestation de droit à l'assurance-maladie à l'étranger via la plateforme EESSI et transmet en même temps les informations obligatoires. Cette procédure est prédéfinie et doit être respectée. La personne assurée fait la demande de délivrance d'un certificat de remplacement au moyen de l'application « GE KVG Check-In » et transmet ainsi les informations obligatoires à l'IC LAMal. Tant la personne assurée que le fournisseur de prestations sont informés du résultat de la demande auprès

---

<sup>2</sup> institution de l'État de séjour ou de résidence qui prend en charge, à titre d'entraide, les coûts des traitements médicaux des personnes assurées de l'UE/AELE/UK.

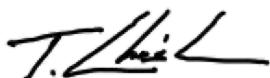
de l'assurance-maladie compétente. Afin de pouvoir satisfaire aux exigences légales ainsi qu'à la transparence, la personne assurée doit impérativement faire la demande via l'application "GE KVG Check-In".

Tant les fournisseurs de prestations que les patients profitent de l'examen direct du droit aux prestations et de la communication immédiate du résultat, à savoir si les coûts de traitement peuvent être réglés en Suisse par l'entraide internationale en matière de prestations ou non. La plateforme est mise gratuitement à la disposition de tous les fournisseurs de prestations. L'application est proposée dans toutes les langues officielles de l'UE/AELE/de l'UK.

Si vous avez d'autres questions, vous pouvez vous adresser directement à l'Institution commune LAMal (Institution commune LAMal, Industriestrasse 78, CH-4600 Olten, [www.kvg.org](http://www.kvg.org)).

En vous remerciant de l'agréable collaboration que nous avons eue avec vous en 2023, nous vous présentons nos meilleurs vœux pour la nouvelle année et vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, nos salutations les meilleures.

Office fédéral de la santé publique



Thomas Christen  
Directeur suppléant de l'OFSP  
Responsable de l'unité de direction  
Assurance-maladie et accidents



Philipp Muri  
Responsable de la division  
Surveillance de l'assurance