

Accords bilatéraux

Assurance-maladie obligatoire

Soins médicaux en Suisse et à l'étranger



TABLE DES MATIERES

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX	3
1.1. ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE	3
1.2. CONTRÔLE DE L'OBLIGATION D'ASSURANCE	3
1.3. AFFILIATION D'OFFICE	3
1.4. CONTRÔLE PAR L'INSTITUTION COMMUNE LAMAL	3
2. PERSONNES TENUES DE S'ASSURER	4
2.1. PERSONNES DOMICILIÉES EN SUISSE	4
2.2. OBLIGATION DE S'ASSURER EN CAS DE SÉJOUR TEMPORAIRE À L'ÉTRANGER	4
2.3. PERSONNES DOMICILIÉES DANS UN ÉTAT DE L'UE/AELE : ASSURANCE AU LIEU D'EMPLOI	4
2.4. MEMBRES DE FAMILLE SANS ACTIVITÉ LUCRATIVE, DOMICILIÉS DANS UN ÉTAT DE L'UE/AELE	4
2.5. TRAVAILLEURS DÉTACHÉS À L'ÉTRANGER	5
3. DROIT D'OPTION	5
3.1. TITULAIRE DE PERMIS L-CE QUI RÉSIDENT EN ALLEMAGNE, AUTRICHE, FRANCE ET ITALIE	5
3.2. TITULAIRE DE PERMIS G QUI RÉSIDENT EN ALLEMAGNE, AUTRICHE, FRANCE ET ITALIE	6
3.3. MEMBRES DE LA FAMILLE, SANS ACTIVITÉ LUCRATIVE, QUI RÉSIDENT EN ALLEMAGNE, AUTRICHE, FRANCE, ITALIE OU FINLANDE	6
3.4. PROCÉDURE SPÉCIALE POUR LES PERSONNES DOMICILIÉES EN FRANCE	6
3.5. MODALITÉS RELATIVES AU DROIT D'OPTION	7
3.5.1 MODALITÉS SPÉCIFIQUES AU DROIT D'OPTION AVEC LA FRANCE	7
3.5.2 JURISPRUDENCE RÉCENTE DU TRIBUNAL FÉDÉRAL RELATIVE AU DROIT D'OPTION	8
4. AUTRES SITUATIONS POUVANT DONNER LIEU À DES EXEMPTIONS	8
4.1. BÉNÉFICIAIRES DE RENTE DE L'UE /AELE INSTALLÉS EN SUISSE (ART. 2 AL. 1, LET E OAMAL)	8
4.2. NETTE DÉGRADATION DE LA PROTECTION D'ASSURANCE (ART. 2 AL. 8 OAMAL)	8
4.3. DOUBLE CHARGE (ART. 2 AL. 2 OAMAL)	9
4.4. FORMATION OU PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL : ÉTUDIANTS, ÉCOLIERS, STAGIAIRES (ART. 2 AL. 4 OAMAL)	9
4.4.1 BÉNÉFICIAIRES D'UNE CARTE EUROPÉENNE D'ASSURANCE-MALADIE (CEAM)	9
4.4.2 ASSURÉS PRIVÉS	10
4.4.3 CONTRATS « COLLECTIFS »	10
4.5. JEUNES FILLES AU PAIR	10
4.6. TRAVAILLEURS DÉTACHÉS (ART. 2 AL. 5 OAMAL)	11
4.7. RESSORTISSANTS DE L'UE/AELE SANS ACTIVITÉ LUCRATIVE (ART. 2 AL. 7 OAMAL)	11
4.8. ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DANS DEUX ÉTATS (UE)	12
4.9. TRAVAILLEURS DE MOINS DE 90 JOURS (3 MOIS)	12
4.10. PERSONNES JOUISSANT DE PRIVILÈGES EN VERTU DU DROIT INTERNATIONAL (ART. 6 OAMAL)	12
5. COUVERTURE D'ASSURANCE ÉQUIVALENTE	13
6. ACCÈS AUX SOINS EN SUISSE	13
6.1. PERSONNES DOMICILIÉES EN SUISSE ET ASSURÉES DANS UN ÉTAT DE L'UE/AELE	13
6.2. PERSONNES SÉJOURNANT TEMPORAIREMENT EN SUISSE ET ASSURÉES DANS UN ÉTAT DE L'UE/AELE	14
7. ACCÈS AUX SOINS DANS UN ÉTAT DE L'UE/AELE	14
8. ACCÈS AUX SOINS À L'ÉTRANGER (HORS UE/AELE)	14
	2

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

1.1. ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1996, a introduit pour toute personne domiciliée en Suisse une obligation générale de s'assurer. En 2002, l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne (ALCP) a introduit l'obligation d'assurance pour les ressortissants de l'Union européenne (UE) qui travaillent en Suisse (**principe du lieu d'emploi**). Une convention similaire a été conclue avec les pays membres de l'Association européenne de libre-échange (AELE).

1.2. CONTRÔLE DE L'OBLIGATION D'ASSURANCE

Les autorités cantonales, respectivement communales, sont chargées de veiller au respect de l'obligation d'assurance.

Conformément à l'article 4, al. 1 de la loi cantonale sur l'assurance-maladie du 22 juin 1995 : « *Les communes veillent au respect de l'obligation de s'assurer. Les assurés fournissent aux communes les attestations d'affiliation nécessaires* ».

Les communes doivent donc contrôler que toutes les personnes qui résident ou travaillent sur leur territoire soient affiliées auprès d'une assurance-maladie reconnue. Ce contrôle doit être effectué lorsque de nouveaux résidents s'installent dans la commune (dépôt des papiers, obtention d'un permis de travail). De manière générale (sauf exceptions sous ch. 3 et 4), l'assujettissement à l'assurance-maladie dépend de l'obligation de s'assurer à l'AVS.

Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus (dans l'intervalle de trois mois), l'assurance déploie ses effets rétroactivement à la date prise de domicile ou d'emploi (art. 5 al. 1 LAMal).

En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. La caisse-maladie réclame un supplément de prime si le retard n'est pas excusable (art. 5 al. 2 LAMal).

Par la suite, si la personne résilie son assurance ou change de caisse-maladie, il n'est pas prévu que la commune soit informée. En effet, les assureurs-maladie ont également un rôle essentiel à jouer dans la continuité de l'obligation d'assurance. Ils ne peuvent pas accepter une résiliation sans avoir la preuve que la personne est affiliée auprès d'un autre assureur reconnu au sens de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Celle-ci prévoit à son article 7, al. 5 que : « *L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. ... Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus* ».

Cette pratique assure ainsi la continuité de l'obligation d'assurance des assurés et les communes seront ainsi déchargées de toute responsabilité financière si un assureur ne respecte pas cette disposition légale.

1.3. AFFILIATION D'OFFICE

Toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile doit être affiliée d'office à une caisse-maladie.

Lorsqu'une personne soumise à l'obligation de s'assurer ne s'affilie pas dans le délai fixé par la LAMal (au maximum 3 mois depuis son arrivée en Suisse), la commune l'affilie d'office en tenant compte, le cas échéant, de l'affiliation des autres membres du ménage ainsi que du montant de la prime. L'affiliation d'office est annulée si elle se révèle injustifiée.

1.4. CONTRÔLE PAR L'INSTITUTION COMMUNE LAMAL

La Confédération a confié à l'Institution commune LAMal (IC LAMal) le contrôle de l'obligation d'assurance ainsi que les demandes d'exemption des rentiers suisses et des membres de leur famille qui résident dans un Etat membre de l'UE/AELE.

L'article 18, al. 2 *sexies* LAMal permet à l'IC LAMal d'assumer, contre indemnisation, d'autres tâches d'exécution confiées par les cantons. Sur la base de cette disposition, les cantons d'Argovie, Appenzell Rhodes-Extérieures, Bâle-Ville et Glaris ont confié à cette institution les

tâches liées au contrôle de l'obligation d'assurance. Le canton de Saint-Gall a conclu avec l'IC LAMal un accord permettant aux communes de se renseigner au cas par cas sur des questions d'assujettissement à l'assurance-maladie.

Les communes intéressées par une collaboration peuvent contacter l'IC LAMal à Soleure.

2. PERSONNES TENUES DE S'ASSURER

2.1. PERSONNES DOMICILIÉES EN SUISSE

Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou d'emploi en Suisse. Les titulaires d'un permis de séjour (permis B) ou d'un permis d'établissement (permis C) doivent en principe également s'assurer en Suisse.

2.2. OBLIGATION DE S'ASSURER EN CAS DE SÉJOUR TEMPORAIRE À L'ÉTRANGER

Les personnes qui séjournent temporairement à l'étranger (p. ex. étudiants, voyageurs), restent soumises à l'assurance-maladie obligatoire en Suisse, aussi longtemps qu'elles conservent leur domicile en Suisse (cf. art. 3 LAMal). Il en va de même pour les stagiaires, filles au pair, etc. pour autant que ces personnes n'aient pas l'obligation légale de s'assurer à l'étranger, p. ex. en raison de leur activité lucrative (voir sous ch. 4.3).

Ceci permet notamment de garantir que ces personnes soient assurées lors de leur retour en Suisse.

2.3. PERSONNES DOMICILIÉES DANS UN ETAT DE L'UE/AELE : ASSURANCE AU LIEU D'EMPLOI

Conformément à la coordination des systèmes de sécurité sociale, introduite lors de l'entrée en vigueur de l'ALCP entre la Suisse et l'Union européenne en 2002, l'obligation d'assurance dépend du **principe du lieu d'emploi**. Toute personne qui travaille en Suisse y est soumise à l'assurance-maladie obligatoire (ainsi que les membres de sa famille sans activité lucrative). Il s'agit notamment des titulaires d'une autorisation de courte durée (permis L) et des travailleurs frontaliers (permis G).

Les **bénéficiaires d'une rente** de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), de l'assurance-invalidité (AI), de la prévoyance professionnelle (PP) ou de l'assurance-accidents (AA) et les membres de leur famille sans activité lucrative, domiciliés dans un Etat de l'UE/AELE doivent s'assurer en Suisse, s'ils ne bénéficient pas d'une rente de leur pays de domicile.

2.4. MEMBRES DE FAMILLE SANS ACTIVITÉ LUCRATIVE, DOMICILIÉS DANS UN ETAT DE L'UE/AELE

Doivent s'assurer en Suisse :

Les membres de la famille sans activité lucrative (conjoint, enfants) d'un travailleur en Suisse ou d'un chômeur au bénéfice d'allocations suisses, qui résident dans un des pays ci-après : Belgique, Bulgarie, Chypre, Estonie, Grèce, Irlande, Islande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Malte, Pays-Bas, Pologne, République Tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie.

Doivent s'assurer dans leur pays de résidence :

Les membres de la famille sans activité lucrative (conjoint, enfants) d'un travailleur en Suisse ou d'un chômeur au bénéfice d'allocations suisses, qui résident dans un des pays ci-après : Danemark, Espagne, Royaume-Uni, Hongrie, Liechtenstein, Portugal, Suède.

Peuvent faire usage du droit d'option (voir ch. 3 ci-dessous) :

Les membres de la famille sans activité lucrative (conjoint, enfants) d'un travailleur en Suisse ou d'un chômeur au bénéfice d'allocations suisses, qui résident dans un des pays ci-après : Allemagne, Autriche, Finlande, France, Italie.

L'Institution commune LAMal a élaboré un document de synthèse concernant l'obligation d'assurance des personnes domiciliées dans un Etat de l'UE/AELE et des membres de leur famille, sans activité lucrative : « Aperçu de l'affiliation et du droit d'option » (annexe 9)

2.5. TRAVAILLEURS DÉTACHÉS À L'ÉTRANGER

Les travailleurs détachés (voir définition sous ch. 4.6) à l'étranger par une entreprise ayant son siège en Suisse - ainsi que les membres de leur famille sans activité lucrative - demeurent soumis à l'assurance-maladie obligatoire pour la durée du détachement. En cas de détachement dans un pays avec lequel la Suisse a conclu une convention de sécurité sociale, la durée du détachement est prévue par la convention (voir annexe 6). En l'absence de convention, l'assurance obligatoire est prolongée de deux ans. Sur requête, l'assureur la prolonge jusqu'à six ans en tout.

En cas de détachement dans un pays avec lequel la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale ou lorsque la convention de sécurité sociale n'est pas applicable à l'assurance-maladie (voir annexe 6), les personnes assurées obligatoirement pour les cas de maladie en vertu du droit étranger peuvent demander à être libérées de l'obligation d'assurance en Suisse, lorsque leur affiliation signifierait pour elles une double charge et qu'elles disposent d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse (art. 2 al. 2 OAMal, voir aussi ch. 4.3 ci-dessous).

Aperçu des conventions internationales de sécurité sociale conclues par la Suisse / effets sur l'assurance-maladie et l'assujettissement des travailleurs détachés (annexe 6)

3. DROIT D'OPTION

La Suisse a conclu avec les pays limitrophes (Allemagne, Autriche, France, Italie) des accords particuliers permettant aux personnes qui y sont domiciliées de s'assurer dans leur pays de domicile (droit d'option).

De plus, un droit d'option limité à certaines catégories de personnes a été convenu avec quelques pays :

- Espagne : seulement pour les rentiers et les membres de leur famille sans activité lucrative
- Portugal : seulement pour les rentiers
- Finlande : seulement pour les membres de la famille sans activité lucrative des personnes assurées en Suisse

Les intéressés qui **ne souhaitent pas s'assurer en Suisse doivent présenter à la commune une demande d'exemption de l'obligation de s'assurer, dans les trois mois** qui suivent le début du contrat de travail ou le déménagement dans l'Etat de l'UE.

Les **bénéficiaires d'une rente suisse** doivent déposer cette demande auprès de l'IC LAMal à Soleure dans les trois mois qui suivent l'octroi de la première rente ou le déménagement dans l'Etat de l'UE.

L'exercice du droit d'option vaut également pour les membres de la famille sans activité lucrative (sauf pour les membres de la famille qui résident en Allemagne et en Finlande, voir ci-dessous ch. 3.3).

Les personnes qui ne retournent pas le formulaire d'exemption doivent être affiliées d'office à une caisse-maladie suisse.

3.1. TITULAIRE DE PERMIS L-CE QUI RÉSIDENT EN ALLEMAGNE, AUTRICHE, FRANCE ET ITALIE

Les titulaires d'autorisations de courte durée (permis L-CE), provenant de pays avec lesquels la Suisse a convenu d'un droit d'option (Allemagne, France, Italie et Autriche), peuvent demander à être exemptés de l'obligation de s'assurer en Suisse, s'ils disposent d'une couverture en cas de maladie et qu'ils conservent un domicile dans leur pays d'origine (droit d'option).

Formulaire à faire signer par le ressortissant pour l'exemption à la LAMal (à conserver par la commune) :

- **Pour les travailleurs de l'Union européenne, titulaires d'un permis L, domiciliés en Allemagne, Italie ou Autriche, remplir le formulaire « Couverture d'assurance-**

maladie des travailleurs titulaires d'une autorisation de courte durée (permis L-CE) ressortissants d'un Etat de l'UE et domiciliés en Allemagne, Italie, Autriche » (annexe 1)

- **Pour les travailleurs de l'Union européenne, titulaires d'un permis L, domiciliés en France, remplir le formulaire "Choix du système d'assurance maladie applicable" (annexe 4)**

Les personnes qui ne retournent pas le formulaire d'exemption doivent être affiliées d'office à une caisse-maladie suisse.

3.2. TITULAIRE DE PERMIS G QUI RÉSIDENT EN ALLEMAGNE, AUTRICHE, FRANCE ET ITALIE

Les travailleurs frontaliers, ressortissants de l'Union européenne, et domiciliés en Allemagne, en Autriche, en Italie ou en France ont la possibilité de se faire exempter de l'obligation d'assurance en Suisse en faveur de l'assurance-maladie au sein de leur Etat de résidence (droit d'option).

Formulaire à faire signer par le ressortissant pour l'exemption à la LAMal (à conserver par la commune) :

- **Pour les travailleurs de l'Union européenne, titulaires d'un permis G, domiciliés en Allemagne, Italie ou Autriche, remplir le formulaire « Couverture d'assurance-maladie des travailleurs frontaliers (permis G), ressortissants d'un Etat de l'UE et domiciliés en Allemagne, Italie, Autriche » (annexe 2)**
- **Pour les travailleurs de l'Union européenne, titulaires d'un permis G, domiciliés en France, remplir le formulaire "Choix du système d'assurance maladie applicable" (annexe 4)**

Les travailleurs frontaliers qui ne retournent pas le formulaire d'exemption doivent être affiliés d'office à une caisse-maladie suisse.

3.3. MEMBRES DE LA FAMILLE, SANS ACTIVITÉ LUCRATIVE, QUI RÉSIDENT EN ALLEMAGNE, AUTRICHE, FRANCE, ITALIE OU FINLANDE

Les membres de la famille sans activité lucrative (conjoint, enfants) d'un travailleur assuré en Suisse, d'un bénéficiaire d'une rente suisse ou d'un chômeur au bénéfice d'un droit suisse, qui résident dans un des pays ci-après : Allemagne, Autriche, Finlande, France, Italie bénéficient également d'un droit d'option, de même que les membres de la famille d'un bénéficiaire de rente suisse domiciliés en Espagne.

L'exercice du droit d'option vaut également pour les membres de la famille sans activité lucrative. Par contre, les membres de la famille sans activité lucrative qui résident en Allemagne peuvent choisir d'exercer ou non leur droit d'option, indépendamment du choix du ressortissant. En ce qui concerne la Finlande, le travailleur a l'obligation de s'assurer en Suisse ; seuls les membres de la famille sans activité lucrative bénéficient d'un droit d'option.

Formulaire à faire signer par le ressortissant pour l'exemption à la LAMal des membres de famille sans activité lucrative (à conserver par la commune) :

- **Pour les membres de la famille sans activité lucrative domiciliés en Allemagne, Italie, Autriche ou Finlande, remplir le formulaire « Couverture d'assurance-maladie des membres de la famille sans activité lucrative d'un ressortissant de l'UE/AELE qui résident à l'étranger (sauf en France) » (annexe 3)**
- **Pour les membres de la famille sans activité lucrative domiciliés en France, remplir la rubrique 4 du formulaire "Choix du système d'assurance maladie applicable" (annexe 4)**

3.4. PROCÉDURE SPÉCIALE POUR LES PERSONNES DOMICILIÉES EN FRANCE

Pour les frontaliers français, depuis le 1^{er} juin 2014, la possibilité de choisir entre l'affiliation auprès de l'assurance-maladie suisse (LAMal) ou française (l'Assurance Maladie) est maintenue, mais la possibilité de s'affilier en France auprès d'une assurance-maladie privée a

été abolie. Après une période de transition, les contrats d'assurance privée existants ont été résiliés au 31 mai 2015 au plus tard. Désormais, l'affiliation en France se fait uniquement auprès de l'Assurance Maladie sociale.

- Pour les frontaliers français qui ont choisi le système de l'assurance-maladie suisse (LAMal) avant le 1^{er} juin 2014, il n'y a aucun changement.
- Pour les frontaliers français qui ont choisi l'Assurance Maladie sociale française avant le 1^{er} juin 2014, leur situation a été mise à jour.
- Pour les frontaliers français qui ont choisi une couverture maladie en France auprès d'une assurance privée avant le 1^{er} juin 2014, ils ont progressivement été transférés dans le système du régime général de sécurité sociale (Couverture maladie Universelle, CMU).

Dès 2014, les nouveaux travailleurs frontaliers qui résident en France ont uniquement le choix entre les 2 régimes suivants (annexe 4) :

- régime suisse d'assurance maladie obligatoire = LAMal,
- régime général de sécurité sociale = CMU.

La fin de la possibilité de choisir une assurance-maladie privée en France au 1^{er} juin 2014, ne rouvre pas le droit d'option entre l'assurance-maladie suisse LAMal et l'Assurance Maladie sociale française. Le choix initialement exercé est irrévocable. Par conséquent, un frontalier qui a choisi de s'assurer en France auprès d'un assureur privé ne pourra pas s'affilier à la LAMal (sauf s'il n'a pas exercé formellement son droit d'option, selon le nouvel arrêt du Tribunal fédéral du 10 mars 2015, voir ci-dessous ch. 3.5.2).

Formulaire à faire signer par le ressortissant pour l'exemption à la LAMal (à conserver par la commune) :

Pour les travailleurs de l'Union européenne, titulaires d'un permis G, domiciliés en France, remplir le formulaire "Choix du système d'assurance maladie applicable" (annexe 4)

Les travailleurs frontaliers qui ne retournent pas le formulaire "Choix du système d'assurance maladie applicable" doivent être affiliés d'office à une caisse-maladie suisse.

3.5. MODALITÉS RELATIVES AU DROIT D'OPTION

Les personnes au bénéfice d'un droit d'option et souhaitant le faire valoir doivent procéder à une demande d'exemption auprès de l'autorité compétente qui fournira les formulaires y relatifs. Les membres de la famille sans activité lucrative faisant valoir un droit d'option doivent le faire tous ensemble (exception pour l'Allemagne, voir ci-dessus ch. 3.3). Le droit d'option ne peut être exercé qu'une seule fois. Il est définitif et irrévocable.

Il n'existe pas de possibilité de revenir sur le droit d'option pour les événements suivants :

- modification des rapports économiques,
- modification du montant des primes d'assurance-maladie,
- changement d'employeur,
- changement du canton au sein duquel est exercée l'activité lucrative.

Les personnes domiciliées en Allemagne, en Autriche et en Italie qui n'ont pas exercé leur droit d'option (et se sont donc assurées en Suisse) bénéficient d'un nouveau droit d'option lorsque survient un changement dans les rapports personnels (mariage, naissance d'un enfant, divorce, veuvage). Le nouveau droit d'option peut être exercé dans les trois mois suivant la date de survenue de l'événement. Par contre, il n'existe pas de nouveau droit d'option avec la France lors de la modification d'un rapport personnel.

3.5.1 MODALITÉS SPÉCIFIQUES AU DROIT D'OPTION AVEC LA FRANCE

Pour les personnes domiciliées en France, seuls les événements suivants permettent d'exercer le droit d'option :

- lors d'une première prise d'activité en Suisse,
- lors de la reprise d'une activité en Suisse après une période de chômage à l'étranger,
- lors du passage du statut de travailleur à celui de pensionné,
- lors d'un changement de pays de résidence.

3.5.2 JURISPRUDENCE RÉCENTE DU TRIBUNAL FÉDÉRAL RELATIVE AU DROIT D'OPTION

Le Tribunal fédéral a rendu un nouvel arrêt (du 10 mars 2015) relatif à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie. Selon cet arrêt, l'exercice tacite du droit d'option n'est juridiquement pas valable. Ainsi, les personnes soumises à l'assurance obligatoire en Suisse qui, au lieu de s'assurer en Suisse, auraient conclu une assurance équivalente dans leur Etat de domicile, sans avoir déposé une demande formelle d'exemption, peuvent s'assurer en Suisse.

Lorsque la commune procède au contrôle de l'assurance-maladie obligatoire des frontaliers qui souhaitent s'assurer en Suisse, elle doit déterminer si ceux-ci ont déjà exercé valablement leur droit d'option. Si tel n'est pas le cas, ces personnes peuvent s'assurer en Suisse, (mais elles n'y sont pas obligées).

4. AUTRES SITUATIONS POUVANT DONNER LIEU À DES EXEMPTIONS

4.1. BÉNÉFICIAIRES DE RENTE DE L'UE /AELE INSTALLÉS EN SUISSE (ART. 2 AL. 1, LET e OAMAL)

Les bénéficiaires de rente (p. ex. assurance-vieillesse ou invalidité) de l'UE/AELE installés en Suisse (p. ex. pour leur retraite) doivent garder l'assurance-maladie de leur pays de provenance, étant entendu que leur revenu provient uniquement d'une rente étrangère. Ces personnes doivent s'annoncer à l'IC LAMal de Soleure qui leur remettra une carte d'assuré pour les soins en Suisse (voir ci-dessous, ch. 6.1).

Documents à transmettre à Institution commune LAMal, Gibelinstrasse 25, 4503 Soleure :

- Copie du permis de séjour
- Formulaire E 121 ou S1 délivré par l'assurance-maladie du pays de provenance

Les rentiers de l'UE/AELE bénéficiant d'une rente suisse, même minime, doivent en principe s'assurer en Suisse, ainsi que les membres de leur famille sans activité lucrative.

Toutefois, certaines exemptions sont possibles conformément à l'art. 2 al. 8 OAMal (voir conditions ci-dessous, ch. 4.2). Dans le cas d'une telle exemption, si le conjoint sans activité lucrative n'a pas encore atteint l'âge de la retraite, il ne peut être exempté que s'il remplit les mêmes conditions d'exemption (p.ex. si en raison de son état de santé et/ou de son âge - en principe plus de 55 ans - il ne pourrait pas conclure une assurance complémentaire en Suisse couvrant les mêmes prestations).

Documents requis pour l'exemption (à conserver par la commune) :

- Copie du permis de séjour
- « Formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie » (annexe 5)

4.2. NETTE DÉGRADATION DE LA PROTECTION D'ASSURANCE (ART. 2 AL. 8 OAMAL)

Les personnes qui disposent d'une assurance étrangère privée couvrant des prestations supérieures à celles de l'assurance de base suisse, et qui en raison de leur âge et/ou de leur état de santé ne pourraient pas conclure une assurance complémentaire en Suisse couvrant les mêmes prestations ou ne pourraient le faire qu'à des conditions difficilement acceptables peuvent, sur demande, être exemptée de l'obligation de s'assurer en Suisse.

Le fait que les assureurs-maladie suisses n'assument pas les frais de soins dentaires ne représente pas une raison suffisante pour une exemption. Il s'agit là simplement d'une différence au niveau des systèmes. La requête doit être accompagnée du formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie (annexe 5) signé par l'assurance privée étrangère. L'intéressé ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception sans raisons particulières.

La couverture d'assurance doit non seulement être équivalente à la LAMal, mais elle doit encore inclure des prestations qui dépassent largement l'étendue des prestations au sens de la LAMal. En ce qui concerne l'âge, le critère est rempli lorsque la personne est âgée de plus de 55 ans. Pour ce qui est de l'état de santé, c'est le diagnostic qui est déterminant de même

que les soins futurs qui s'y rapportent. C'est à partir de ces données, qu'il sera possible de juger si une assurance complémentaire peut être conclue en Suisse ou non.

Les exemptions sur la base de cet article doivent être très restrictives.

Documents requis pour l'exemption (à conserver par la commune) :

- Copie du permis de séjour
- Attestation d'assurance actuelle délivrée par l'organisme étranger compétent relative à la couverture d'assurance en cas de traitements en Suisse ou « Formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie » (annexe 5)
- Certificat médical attestant les soins futurs ou refus de conclusion d'une assurance complémentaire par un assureur suisse (si l'âge se situe en-dessous de 55 ans)

4.3. DOUBLE CHARGE (ART. 2 AL. 2 OAMAL)

Sur demande, les personnes qui sont obligatoirement assurées contre la maladie en vertu du droit d'un Etat où l'assujettissement à l'assurance suisse signifierait une double charge (pour autant qu'elles bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse) sont exceptées de l'obligation de s'assurer.

Documents requis pour l'exemption (à conserver par la commune) :

- Copie du permis de séjour
- Attestation d'assurance actuelle délivrée par l'organisme étranger compétent relative à la couverture d'assurance en cas de traitements en Suisse ou « Formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie » (annexe 5).
- Attestation qui certifie la soumission à l'assurance obligatoire délivrée par l'organisme étranger compétent

4.4. FORMATION OU PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL : ÉTUDIANTS, ÉCOLIERS, STAGIAIRES (ART. 2 AL. 4 OAMAL)

Les personnes qui séjournent en Suisse dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement, telles que les étudiants, les écoliers et les stagiaires sont exceptées de l'obligation de s'assurer pour autant qu'elles bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente. Il convient de faire la distinction entre les ressortissants de l'UE/AELE, qui possèdent une carte européenne d'assurance-maladie et les autres, qui ont conclu une assurance privée.

4.4.1 BÉNÉFICIAIRES D'UNE CARTE EUROPÉENNE D'ASSURANCE-MALADIE (CEAM)

Les étudiants, les écoliers et les stagiaires ressortissants d'un Etat de l'UE/AELE qui séjournent en Suisse dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement ne sont pas soumis à l'obligation de s'assurer en Suisse, s'ils restent assurés au système de sécurité sociale de leur pays de domicile et disposent d'une CEAM valable. Conformément à l'ALCP, ils peuvent se faire soigner en Suisse sur présentation de la CEAM (voir ci-dessous ch. 6.2 et annexe 8). Il n'est donc pas nécessaire de contrôler s'ils disposent d'une couverture d'assurance équivalente pour les soins en Suisse.

Documents à fournir par l'intéressé pour prouver qu'il ne doit pas s'assurer en Suisse (à conserver par la commune) :

- Copie du permis de séjour
- Document qui atteste la formation ou le perfectionnement professionnel.
- Carte européenne d'assurance-maladie

Dans le cas où l'étudiant, l'écolier et/ou le stagiaire exercerait également une activité lucrative en Suisse, il devra s'assurer en Suisse (principe de l'assurance au lieu d'emploi).

4.4.2 ASSURÉS PRIVÉS

Les étudiants, écoliers et stagiaires (sans CEAM) qui séjournent en Suisse dans le cadre d'une formation ou d'un perfectionnement peuvent demander à être exceptés de l'obligation de s'assurer pour autant qu'ils bénéficient d'une assurance privée étrangère dont la couverture est équivalente à LAMal.

Une exemption peut être délivrée pour trois ans. Elle peut être prolongée de trois ans au plus sur requête. La personne est ensuite automatiquement soumise à l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse.

Documents requis pour l'exemption (à conserver par la commune) :

- Copie du permis de séjour
- Document qui atteste la formation ou le perfectionnement professionnel.
- Attestation d'assurance actuelle délivrée par l'organisme étranger compétent relative à la couverture d'assurance en cas de traitements en Suisse ou « Formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie » (annexe 5)

4.4.3 CONTRATS « COLLECTIFS »

Certaines écoles valaisannes ont signés des contrats « collectifs » avec des assureurs privés qui proposent aux étudiants étrangers des prestations identiques à celles de la LAMal.

Le canton peut reconnaître certains de ces produits d'assurance lorsque les garanties suivantes sont données :

- prestations équivalentes à celles de la LAMal,
- contrat préalablement signé entre l'assureur privé et l'école,
- tous les étudiants étrangers de l'école peuvent adhérer au produit d'assurance, sans examen et sans réserves, quel que soit leur état de santé,
- la couverture d'assurance débute dès l'arrivée en Suisse de l'étudiant,
- en cas de résiliation du contrat d'assurance, la commune de domicile de l'étudiant (ou de l'école si la commune de résidence de l'étudiant n'est pas connue) sera informée.

Notamment afin d'éviter une sélection des risques, le canton du Valais n'autorise pas les assureurs à proposer un contrat individuel de ce type aux étudiants étrangers. Enfin, ce genre de produit d'assurance ne peut en aucun cas être proposé à des étudiants préalablement domiciliés en Suisse et assurés LAMal.

Documents requis pour l'exemption (à conserver par la commune) :

- Copie du permis de séjour
- Confirmation de l'école que la personne fait partie du contrat collectif

4.5. JEUNES FILLES AU PAIR

Les personnes qui viennent en Suisse en tant que « fille au pair » peuvent être considérées comme étudiantes. En effet, elles ont souvent un salaire mensuel d'environ 600 francs et fréquentent une école. Elles peuvent demander à être exemptées de l'obligation de s'assurer pour autant qu'elles bénéficient d'une assurance privée dont la couverture est équivalente à LAMal.

Documents requis pour l'exemption (à conserver par la commune) :

- Copie du permis de séjour
- Copie du contrat de l'activité de « fille au pair »
- Attestation d'assurance du pays de provenance ou « Formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie » (annexe 5)

4.6. TRAVAILLEURS DÉTACHÉS (ART. 2 AL. 5 OAMAL)

La notion de détachement implique qu'un travailleur salarié remplisse temporairement dans un autre pays un mandat pour le compte de son employeur ou qu'un travailleur indépendant se rende temporairement dans un autre pays y exercer une activité similaire. Durant cette période, la législation du pays d'origine reste applicable au travailleur pour toutes les assurances sociales.

Les ressortissants suisses ou d'un Etat membre de l'UE qui sont détachés en Suisse pour une période allant jusqu'à 24 mois par une entreprise ayant son siège dans l'UE **restent soumis à la législation de l'Etat de détachement**. Sur présentation du certificat adéquat (attestation A1, émise par l'institution d'assurance compétente de l'Etat de détachement), ils sont exemptés de l'assujettissement aux assurances sociales suisses, y. c. l'assurance-maladie.

Les travailleurs détachés d'un Etat contractant (non membre de l'UE/AELE, voir annexe 6) en Suisse restent également soumis pendant toute la durée du détachement à la **législation de l'Etat où leur employeur a son siège**. Il leur suffit de présenter une **copie de l'attestation de détachement** ou de l'attestation d'accord particulier pour être exemptés de l'obligation de s'affilier à l'assurance-maladie suisse.

Lorsque la convention ne concerne pas l'assurance-maladie, un travailleur détaché en Suisse peut être exempté de l'obligation de s'assurer en Suisse à condition que son employeur s'engage à ce que, pendant toute la durée de validité de l'exemption, au moins les prestations prévues par la LAMal soient assurées pour les traitements en Suisse (art. 2 al. 5 OAMal).

Les travailleurs détachés depuis un Etat avec lequel la Suisse n'a pas conclu de convention de sécurité sociale (Etat non-contractant) doivent en principe s'assurer en Suisse. En effet, dès qu'une personne cotise aux assurances sociales telles que l'AVS/l'AI etc. en Suisse, elle n'est pas considérée comme personne détachée. Les personnes assurées obligatoirement pour les cas de maladie en vertu du droit étranger peuvent demander à être libérées de l'obligation d'assurance en Suisse, lorsque leur affiliation signifierait pour elles une double charge et qu'elles disposent d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse (art. 2 al. 2 OAMal, voir ch. 4.3 ci-dessus).

Aperçu des conventions internationales de sécurité sociale conclues par la Suisse / effets sur l'assurance-maladie et l'assujettissement des travailleurs détachés (annexe 6)

Documents requis pour l'exemption (à conserver par la commune), en fonction des situations décrites ci-dessus :

- Copie du permis de séjour et
- Attestation A1 (détermination de la législation applicable = ancien formulaire E101) et/ou S1 (= ancien formulaire E106)
- ou copie de l'attestation de détachement
- ou déclaration de garantie de l'employeur
- ou attestation d'assurance actuelle délivrée par l'organisme étranger compétent relative à la couverture d'assurance en cas de traitements en Suisse ou « Formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie » (annexe 5)

4.7. RESSORTISSANTS DE L'UE/AELE SANS ACTIVITÉ LUCRATIVE (ART. 2 AL. 7 OAMAL)

Les ressortissants de l'UE/AELE qui n'exercent aucune activité lucrative en Suisse (au forfait par exemple) peuvent être exemptés de l'obligation d'assurance en Suisse selon l'article 2 al. 7 OAMal pour autant que, pendant toute la durée de validité de l'exception, ils bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. L'épouse peut également être exemptée dans la mesure où elle n'exerce pas d'activité lucrative.

Bien que les enfants ne soient pas mentionnés à l'article 2 al. 7 OAMal, ils peuvent également être exemptés tant qu'ils n'exercent aucune activité lucrative (Annexe I de l'ALCP, Titre V Personnes n'exerçant pas une activité économique, Art. 24 Réglementation du séjour).

Documents requis pour l'exemption (à conserver par la commune) :

- Copie du permis de séjour

- **Attestation d'assurance actuelle délivrée par l'organisme étranger compétent relative à la couverture d'assurance en cas de traitements en Suisse ou « Formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie » (annexe 5)**

4.8. ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DANS DEUX ETATS (UE)

Une personne qui exerce simultanément **une activité salariée et une activité indépendante** dans deux Etats (UE) différents doit s'assurer dans l'Etat où elle effectue son activité salariée. Une personne qui exerce **habituellement une activité salariée dans plusieurs Etats** doit, en fonction des circonstances, être assujettie soit à la législation de l'Etat où l'employeur a son siège, soit à celle de l'Etat de résidence (cf. art. 13 al. 1 let. b du Règlement (CE) n° 883/04).

S'il présente l'attestation A1 (prouvant qu'il est assujetti à la sécurité sociale dans un Etat UE), le travailleur n'est pas soumis à l'assurance-maladie obligatoire.

Documents requis pour l'exemption (à conserver par la commune) :

- **Copie du permis de séjour**
- **Attestation A1 (détermination de la législation applicable)**

4.9. TRAVAILLEURS DE MOINS DE 90 JOURS (3 MOIS)

Les personnes exerçant une activité lucrative en Suisse pendant trois mois au plus doivent être affiliées en Suisse lorsqu'elles ne bénéficient pas d'une couverture d'assurance privée équivalente pour les traitements en Suisse.

Cependant, compte tenu du délai relativement restreint pour identifier ces personnes et du fait qu'elles n'ont souvent pas d'autorisation de séjour, les communes ne sont pas tenues de faire un contrôle individuel exhaustif. Néanmoins si elles apprennent que des personnes ne se conforment pas à leur obligation de s'assurer, elles doivent les assurer d'office.

Document requis pour l'exemption (à conserver par la commune) :

- **Attestation d'assurance actuelle délivrée par l'assurance privée étrangère relative à la couverture d'assurance en cas de traitements en Suisse ou « Formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie » (annexe 5)**

4.10. PERSONNES JOUISSANT DE PRIVILÈGES EN VERTU DU DROIT INTERNATIONAL (ART. 6 OAMAL)

Les personnes bénéficiaires de privilèges et d'immunités (p. ex. en raison de leur fonction diplomatique ou de leur activité auprès d'une organisation intergouvernementale, d'une institution internationale, d'un secrétariat ou autre organe créé par un traité international, d'une commission indépendante, d'un tribunal international, d'un tribunal arbitral ou d'un autre organisme international) ne sont pas tenues de s'assurer. Sur demande, elles peuvent être soumises à l'assurance suisse dans un délai de six mois à partir de leur entrée en fonction.

Les personnes bénéficiaires de privilèges et d'immunités qui ont cessé leurs fonctions sont, à leur demande, exemptées de l'assurance obligatoire si elles bénéficient d'une couverture d'assurance analogue pour les traitements en Suisse auprès du système d'assurance-maladie de leur ancienne organisation. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme compétent de leur ancienne organisation donnant tous les renseignements nécessaires.

Documents requis pour l'exemption (à conserver par la commune) :

- **Copie de la carte de légitimation du Département fédéral des affaires étrangères et attestation d'assurance actuelle délivrée par l'assurance internationale ou « Formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie » (annexe 5).**
- **ou attestation écrite de leur ancienne organisation confirmant que la personne faisait bien partie d'une organisation intergouvernementale, avec attestation d'assurance actuelle délivrée par l'assurance internationale ou « Formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie » (annexe 5)**

5. COUVERTURE D'ASSURANCE ÉQUIVALENTE

En Suisse, les prestations médicales prises en charge par l'assurance de base sont clairement définies dans la LAMal et tous les assurés y ont droit. Si des personnes bénéficiant exceptionnellement d'une exemption sont assurées auprès d'une assurance-maladie privée (suisse ou étrangère), cette dernière devra au moins inclure ces mêmes prestations. Ceci représente une garantie pour les patients, pour les fournisseurs de prestations et enfin pour les autorités suisses d'aide sociale.

L'assurance privée doit au moins couvrir les coûts au sens de la LAMal (y compris les prestations en cas de maternité, prestations de soins en Suisse et à l'étranger, etc.). En principe l'exclusion d'une prestation du catalogue de la LAMal signifie que l'assurance privée n'est pas équivalente (sauf s'il s'agit de différences minimales pour des prestations de faible montant, p. ex. les frais de cure).

Les documents suivants peuvent être acceptés pour confirmer l'existence d'une couverture d'assurance équivalente :

- « Formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie » élaboré par les cantons romands (annexe 5)
- Attestation S1 (= ancien formulaire E106, E109 E120 ou E121) ou CEAM resp. certificat provisoire de remplacement : ces attestations de droit sont délivrées par l'assurance-maladie légale des Etats membres de l'UE. Les anciens formulaires E restent en vigueur dans les relations avec les Etats de l'AELE.
- Attestation de la compagnie d'assurance privée confirmant que les coûts sont intégralement pris en charge au sens de la LAMal et des règlements y relatifs.

6. ACCÈS AUX SOINS EN SUISSE

L'ALCP prévoit le principe de l'accès aux soins dans le pays de domicile et ce, quel que soit le pays où la personne est assurée. Toutefois, les personnes domiciliées dans un Etat de l'UE/AELE et assurées en Suisse selon la LAMal (p. ex. frontaliers) ont la liberté de choix du lieu de traitement et peuvent se faire soigner en Suisse et dans leur pays de résidence.

6.1. PERSONNES DOMICILIÉES EN SUISSE ET ASSURÉES DANS UN ÉTAT DE L'UE/AELE

Certaines personnes restent soumises à l'obligation de s'assurer dans leur pays de provenance ou peuvent être exemptées de l'assurance-maladie obligatoire en Suisse, même si elles y sont domiciliées (voir ch. 4 ci-dessus). Les personnes qui restent affiliées au système d'assurance-maladie légal d'un Etat de l'UE/AELE ont droit aux soins médicaux en Suisse en cas de maladie, d'accident non professionnel ou de maternité, comme si elles y étaient assurées.

L'intéressé doit transmettre à l'IC commune LAMal à Soleure une attestation de droit valable délivrée par son assureur-maladie (attestation S1 ou ancien formulaire E106, E 109, E 120 et E121 : voir ch. 10 ci-dessous). L'IC LAMal vérifie le droit aux prestations pour l'ensemble de la Suisse. Elle procède à l'inscription de la personne qui transfère son domicile en Suisse et qui reste soumise à l'obligation de s'assurer dans un Etat de l'UE/AELE. La personne inscrite pourra bénéficier de l'entraide en prestations et recevra une carte d'assuré. Cette dernière lui permettra de faire valoir son droit auprès des fournisseurs de prestations (établissements hospitaliers, médecins, physiothérapeutes, etc.) en Suisse.

Les assurés UE/AELE domiciliés en Suisse participent aux coûts des prestations comme les personnes assurées en Suisse.

- La franchise s'élève à CHF 300 par année civile. Aucune franchise n'est prélevée lorsqu'il s'agit d'enfants.
- Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus.
- La contribution journalière aux frais de séjour hospitalier se monte à CHF 15 (à l'exception des enfants et des jeunes adultes en formation jusqu'à l'âge de 25 ans).
- Aucune participation aux coûts n'est prélevée pour les prestations de maternité.

L'IC LAMal prend en charge les frais médicaux de même que la facturation qui s'ensuit à l'attention de l'assureur-maladie compétent à l'étranger. Lorsque le montant de la facture est versé directement par l'IC LAMal au fournisseur de prestations (tiers payant), la participation aux coûts sera ensuite facturée séparément à la personne assurée. Dans le système du tiers garant, elle sera directement déduite du montant à rembourser à la personne assurée.

L'Institution commune LAMal a élaboré le document ci-dessous concernant les assurés UE/AELE domiciliés en Suisse :

Informations destinées aux personnes qui résident en Suisse et qui sont assurées légalement au sein d'un Etat de l'UE ou de l'AELE (annexe 7)

6.2. PERSONNES SÉJOURNANT TEMPORAIREMENT EN SUISSE ET ASSURÉES DANS UN ÉTAT DE L'UE/AELE

En cas de séjour temporaire en Suisse (vacances, voyage d'affaires, études, etc...), les ressortissants de l'UE/AELE peuvent se faire soigner en Suisse sur présentation de leur CEAM. Ils ont droit aux soins médicaux nécessaires pendant la durée prévue de leur séjour. La prise en charge des coûts par la caisse-maladie étrangère s'effectue dans le cadre de l'entraide internationale, par l'intermédiaire de l'IC LAMal. La participation aux coûts consiste en un forfait pour la franchise et la quote-part pour une durée de 30 jours (CHF 92 pour les adultes et CHF 33 pour les enfants). En cas d'hospitalisation, les patients doivent s'acquitter d'une contribution aux frais de séjour, comme les assurés domiciliés en Suisse.

L'Institution commune LAMal a élaboré le document ci-dessous concernant les assurés UE/AELE séjournant en Suisse :

Informations destinées aux personnes qui séjournent temporairement en Suisse et qui sont assurées légalement au sein d'un Etat de l'UE ou de l'AELE (annexe 8)

7. ACCÈS AUX SOINS DANS UN ETAT DE L'UE/AELE

Sur présentation de la carte européenne d'assurance-maladie, qui se trouve au verso de la carte d'assuré délivrée par la caisse-maladie suisse (assurance de base), les assurés ont droit aux soins médicaux en cas de maladie, d'accident ou de maternité, survenus de façon imprévue durant leur séjour temporaire dans un Etat de l'UE/AELE. Ils ont droit aux prestations en nature qui s'avèrent nécessaires sur le plan médical pendant la durée prévue de leur séjour. Le droit aux prestations médicales ainsi que la participation aux coûts sont régis par le système d'assurance-maladie légal du pays où le traitement a lieu (aux mêmes conditions que les assurés du pays concerné). Comme la participation aux coûts dans certains pays est plus élevée qu'en Suisse, il est recommandé de conclure une assurance complémentaire privée pour couvrir la participation aux coûts.

De plus amples renseignements sur l'accès aux soins dans les différents Etats de l'UE/AELE sont disponibles sur le site Internet de l'IC LAMal <http://www.kvg.org> > Particuliers > Séjour au sein de l'UE/AELE.

8. ACCÈS AUX SOINS À L'ÉTRANGER (HORS UE/AELE)

En cas de traitement d'urgence à l'étranger (maladie ou accident ne permettant pas, pour des raisons médicales, un retour en Suisse), les frais sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant que le même traitement aurait coûté à l'assurance-maladie en Suisse. Les autres prestations médicales fournies à l'étranger ne sont en principe pas couvertes par l'assurance obligatoire des soins.

Comme les frais médicaux sont très élevés dans certains pays (p. ex. USA), il est recommandé de conclure une assurance complémentaire privée pour couvrir les traitements médicaux à l'étranger.

9. LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Couverture d'assurance-maladie des travailleurs titulaires d'une autorisation de courte durée (permis L-CE), ressortissants d'un Etat de l'UE et domiciliés en Allemagne, Italie, Autriche
- Annexe 2 : Couverture d'assurance-maladie des travailleurs frontaliers (permis G), ressortissants d'un Etat de l'UE et domiciliés en Allemagne, Italie, Autriche
- Annexe 3 : Couverture d'assurance-maladie des membres de la famille sans activité lucrative d'un ressortissant de l'UE/AELE, qui résident à l'étranger (sauf en France)
- Annexe 4 : Choix du système d'assurance-maladie applicable (formulaire pour les personnes domiciliées en France)
- Annexe 5 : Formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie
- Annexe 6 : Aperçu des conventions internationales de sécurité sociale conclues par la Suisse : effets sur l'assurance-maladie et l'assujettissement des travailleurs détachés
- Annexe 7 : Informations destinées aux personnes qui résident en Suisse et qui sont assurées légalement au sein d'un Etat de l'UE ou de l'AELE
- Annexe 8 : Informations destinées aux personnes qui séjournent temporairement en Suisse et qui sont assurées légalement au sein d'un Etat de l'UE ou de l'AELE
- Annexe 9 : Aperçu de l'affiliation et du droit d'option

10. ABRÉVIATIONS

AELE	Association européenne de libre-échange (Islande, Liechtenstein, Norvège, Suisse)
ALCP	Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et les Etats membres de l'Union européenne (entré en vigueur le 1 ^{er} juin 2002)
CEAM	Carte européenne d'assurance-maladie
CMU	Couverture mutuelle universelle (régime général de l'assurance-maladie en France)
IC LAMal	Institution commune LAMal, à Soleure
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie
OAMal	Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie
UE	Union européenne : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, (Croatie pas encore valable), Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal,

11. FORMULAIRES E - ATTESTATIONS A1 ET S1

- Formulaire E 101 attestation concernant la législation applicable
- Formulaire E 106 attestation de droit aux prestations pour travailleurs
- Formulaire E 109 attestation de droit aux prestations pour membres de famille sans activité lucrative domiciliés dans un Etat de l'UE/AELE
- Formulaire E 120 attestation de droit aux prestations pour demandeurs de rente
- Formulaire E 121 attestation de droit aux prestations pour bénéficiaires de rente

Attestation A1 = ancien formulaire E101

Attestation S1 = anciens formulaires E106, E 109, E 120 et E121

ANNEXE 1

Couverture d'assurance-maladie des travailleurs titulaires d'une autorisation de courte durée (permis L-CE), ressortissants d'un Etat de l'UE et domiciliés en Allemagne, Italie*, Autriche

Couverture d'assurance-maladie des travailleurs titulaires d'une autorisation de courte durée (permis L-CE), ressortissants d'un Etat de l'UE et domiciliés en Allemagne, Italie*, Autriche

1. Données personnelles concernant le ou la travailleur/se :

Nom

Prénom No AVS

Date de naissance ----- Nationalité Sexe M F

Etat civil Célibataire Marié/e Séparé/e Divorcé/e Veuf / Veuve

Adresse

Employeur

Adresse de l'employeur

2. Membres de ma famille qui n'exercent pas d'activité lucrative

	Nom	Prénom(s)	Naissance	Sexe (m/f)	Nationalité
Conjoint / e	-----
Enfants	-----
	-----
	-----
	-----
Adresse				

3. Attestation de la couverture d'assurance-maladie

En tant que ressortissant de l'Union européenne, titulaire d'une autorisation de courte durée (permis L-CE), domicilié en Allemagne, Italie* ou Autriche, je choisis :

 Assurance en Suisse
 **Assurance dans le pays de résidence
(exercice du droit d'option)**

J'apporte ici la preuve que je suis assuré en Suisse et je joins une **copie du(des) certificat(s) d'assurance.**

J'affirme par la présente avoir gardé mon domicile à l'étranger et y retourner régulièrement.

J'apporte ici la preuve que je suis assuré dans mon pays de résidence (carte européenne d'assurance-maladie). A défaut de carte européenne, j'apporte le formulaire d'équivalence dûment complété.

* Les personnes résidant en **Italie** étant soumises automatiquement, elles ne doivent par conséquent pas joindre de copie de certificat

Si les membres de famille, qui résident dans mon pays d'origine, n'exercent pas d'activité lucrative, je joins également la preuve de leur affiliation.

Le choix du travailleur est également valable pour les membres de sa famille sans activité lucrative.

Exception : les membres de famille sans activité lucrative des ressortissants allemands, domiciliés en Allemagne, peuvent choisir d'exercer ou non leur droit d'option, indépendamment du choix du titulaire du permis L-CE.

4. Date et signature

Date

Signature

A renvoyer à Office communal

Téléphone

Fax

E-Mail :

Ce formulaire doit être impérativement renvoyé dans les 60 jours

Informations complémentaires importantes

Des déclarations incomplètes ou inexactes peuvent entraîner des lacunes dans la couverture d'assurance des membres de votre famille qui n'exercent pas d'activité lucrative.

En ce qui concerne les copies des certificats d'assurance, veuillez prendre note que :

1. Les copies des certificats d'assurance des personnes concernées doivent être obligatoirement jointes à votre envoi;
2. Si ces pièces justificatives manquent, les membres de votre famille concernés seront affiliés d'office. Des émoluments administratifs seront perçus en cas de demande d'annulation.

ANNEXE 2

Couverture d'assurance-maladie des travailleurs frontaliers (permis G), ressortissants d'un Etat de l'UE et domiciliés en Allemagne, Italie, Autriche

**Couverture d'assurance-maladie des travailleurs frontaliers (permis G),
ressortissants d'un Etat de l'UE
et domiciliés en Allemagne, Italie*, Autriche**

1. Données personnelles concernant le ou la travailleur/se frontalier/ère:

Nom

Prénom

No AVS

Date de naissance

Nationalité

Sexe

 M F

Etat civil

 Célibataire Marié/e Séparé/e Divorcé/e Veuf / Veuve

Adresse

Employeur

Adresse de l'employeur

2. Données concernant les membres de ma famille qui n'exercent pas d'activité lucrative résidant en Allemagne, Italie*, Autriche

	Nom	Prénom(s)	Naissance	Sexe (m/f)	Nationalité
Conjoint / e
Enfants

Adresse				

3. Attestation de la couverture d'assurance-maladie

En tant que frontalier ressortissant de l'Union européenne, titulaire d'un permis G, domicilié en Allemagne, Italie* ou Autriche, je choisis :

 Assurance en Suisse **Assurance dans le pays de résidence
(Exercice du droit d'option)**

J'apporte ici la preuve que je suis assuré en Suisse et je joins une **copie du(des) certificat(s) d'assurance**.

J'apporte ici la preuve que je suis assuré dans mon pays de résidence (carte européenne d'assurance-maladie). A défaut de carte européenne, j'apporte le formulaire d'équivalence dûment complété.

* Les personnes résidant en **Italie** étant soumises automatiquement, elles ne doivent par conséquent pas joindre de copie de certificat.

Si les membres de famille, qui résident dans mon pays d'origine, n'exercent pas d'activité lucrative, je joins également la preuve de leur affiliation.

Le choix du travailleur est également valable pour les membres de sa famille sans activité lucrative.

Exception : les membres de famille sans activité lucrative des ressortissants allemands, domiciliés en Allemagne, peuvent choisir d'exercer ou non leur droit d'option, indépendamment du choix du travailleur titulaire d'un permis G.

4. Date et signature

Attention: avant de signer, veuillez prendre connaissance des informations figurant au verso.

Date

Signature

A renvoyer à Office communal

Téléphone

Fax

E-Mail :

Ce formulaire doit être impérativement renvoyé dans les 60 jours

Informations complémentaires importantes

Des déclarations incomplètes ou inexactes peuvent entraîner des lacunes dans la couverture d'assurance des membres de votre famille qui n'exercent pas d'activité lucrative.

En ce qui concerne les copies des certificats d'assurance, veuillez prendre note que :

1. Les copies des certificats d'assurance des personnes concernées doivent être obligatoirement jointes à votre envoi;
2. Si ces pièces justificatives manquent, les membres de votre famille concernés seront affiliés d'office. Des émoluments administratifs seront perçus en cas de demande d'annulation.

ANNEXE 3

Couverture d'assurance-maladie des membres de la famille sans activité lucrative d'un ressortissant de l'UE/AELE, qui résident à l'étranger (sauf en France)

Couverture d'assurance-maladie des membres de la famille sans activité lucrative d'un ressortissant de l'UE/AELE, qui résident à l'étranger (sauf en France)

1. Données personnelles concernant la personne travaillant et habitant en Suisse:

Nom

Prénom No AVS

Date de naissance Nationalité Sexe M F

Etat civil Célibataire Marié/e Séparé/e Divorcé/e Veuf / Veuve

Type de permis Permis C Permis B Permis L Permis G Valable dès

Adresse

Nom de l'assureur en Suisse

2. Des membres de votre famille (conjoint, enfant(s) **qui n'exercent pas d'activité lucrative** résident-ils dans un pays de l'UE ou de l'AELE (sauf CH et France) ? Pour la France, utiliser le formulaire spécial (annexe 4)

Non ⇒ Point No 8 Oui ⇒ Points No 3 et 4

3. Membres de ma famille qui n'exercent pas d'activité lucrative

	Nom	Prénom(s)	Naissance	Sexe (m/f)	Nationalité
Conjoint/e
Enfants

Adresse

4. Dans quel pays réside votre famille ?

Ne remplissez que les

Allemagne Autriche Finlande* Italie* ⇒ Points No 5 et 8

Belgique Grèce Luxembourg Irlande Islande Norvège Pays-Bas Chypre
 Rep.Tchèque Estonie Lituanie Lettonie Malte Pologne Slovaquie ⇒ Points No 6 et 8
 Slovénie Roumanie Bulgarie

Royaume-Uni Danemark Suède Portugal Liechtenstein Espagne Hongrie ⇒ Points No 7 et 8

5. Assurance en Suisse

Droit d'option

Assurance dans le pays de résidence

Ma famille choisi d'être assurée en Suisse. J'apporte ici la preuve qu'elle est assurée auprès d'un assureur-maladie reconnu au sens de la LAMal et je joins une **copie des certificats d'assurance.**

Ma famille a opté pour l'assurance dans son pays de résidence. J'apporte ici la preuve qu'elle est assurée et je joins une **copie des certificats d'assurance.**

* Si le pays de résidence est la Finlande ou l'Italie, une **copie des certificats d'assurance n'est pas nécessaire.**

6. Obligation d'assurance en Suisse

Ma famille est obligatoirement soumise à l'assurance en Suisse. J'apporte ici la preuve qu'elle est assurée en Suisse et je joins une **copie des certificats d'assurance.**

7. Soumission au système du pays de résidence

Ma famille est soumise automatiquement au système du **pays de résidence** et je ne dois par conséquent pas prouver son affiliation à une caisse maladie.

8. Date et signature

Attention: avant de signer, veuillez prendre connaissance des informations figurant au verso.

Date Signature

A renvoyer à Office communal

Téléphone
fax
E-Mail :

Ce formulaire doit être impérativement renvoyé dans les 60 jours

Membres de la famille

Informations complémentaires importantes

Des déclarations incomplètes ou inexactes peuvent entraîner des lacunes dans la couverture d'assurance des membres de votre famille habitant à l'étranger et qui n'exercent aucune activité lucrative.

Pour les personnes devant produire des moyens de preuve, c'est-à-dire les personnes concernées par **les points 5 et 6** :

1. Les copies des certificats d'assurance des personnes concernées doivent être obligatoirement jointes à votre envoi;
2. Si ces pièces justificatives manquent, les membres de votre famille concernés seront affiliés d'office. Des émoluments administratifs seront perçus en cas de demande d'annulation.

ANNEXE 4

Choix du système d'assurance-maladie applicable



Choix du système d'assurance-maladie applicable

Formulaire de déclaration du choix du système d'assurance-maladie applicable et de demande d'exception de l'obligation de s'assurer pour les soins en cas de maladie en Suisse à l'intention de ressortissants suisses ou communautaires résidant en France et exerçant une activité lucrative en Suisse ou bénéficiant exclusivement d'une rente du régime suisse de sécurité sociale - en application de l'Annexe XI du règlement (CE) n° 883/2004, ch. 3, let. b sous « Suisse », de l'art. 2, al. 6 OAMal et de l'Art. L 380-3-1 du Code de la sécurité sociale français.

La présente formule doit être déposée auprès de l'autorité compétente suisse dans un délai de 3 mois à compter de la soumission au régime suisse de sécurité sociale ou de la domiciliation en France.

Elle vaut également pour les membres de la famille non-actifs.

L'exercice du droit d'option est un acte volontaire, il est irrévocable.

Procédure

Pour le/la travailleur/euse frontalier/ière (veuillez lire attentivement les points 1 à 4)

1. Compléter les parties 1, 2 et 4
2. Selon le choix du système d'assurance : compléter la partie 5 **ou** la partie 6
3. Vous devez **dans tous les cas** faire compléter la partie 7 de ce formulaire par la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) de votre lieu de résidence, quel que soit votre choix de système d'assurance (français ou suisse)
4. Le formulaire doit ensuite être transmis à l'autorité compétente suisse dans le délai susmentionné, à savoir :
l'institution compétente pour l'exemption de l'obligation de s'assurer dans l'assurance-maladie obligatoire du canton de travail (liste disponible sous www.bag.admin.ch <Thèmes <Assurance maladie <Obligation de s'assurer <Suisse <Exemption)

Pour la personne titulaire d'une rente du régime suisse de sécurité sociale

(veuillez lire attentivement les points 1 à 4)

1. Compléter les parties 1, 3 et 4. Une copie de la décision d'octroi de la rente suisse ou une attestation de rente émise par l'institution suisse débitrice doit être jointe au présent formulaire
2. Selon le choix du système d'assurance : compléter la partie 5 **ou** la partie 6
3. Vous devez **dans tous les cas** faire compléter la partie 7 de ce formulaire par la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) de votre lieu de résidence, quel que soit votre choix de système d'assurance (français ou suisse)
4. Le formulaire doit ensuite être transmis à l'autorité compétente suisse dans le délai susmentionné, à savoir :
Institution commune LAMal, Gibelinstrasse 25, 4503 Soleure, www.kvg.org

1. Données personnelles

Nom(s) : Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)

Prénom(s) : Nationalité :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

Etat-civil : Célibataire Marié/e Séparé/e Divorcé/e Veuf/veuve Autre :

Numéro AVS : 756 Numéro d'immatriculation (NIR) :

2. À compléter par le/la travailleur/euse frontalier/ière

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Date de la prise d'activité : (JJ/MM/AAAA) Lieu de travail :

Date de prise de domicile en France : (JJ/MM/AAAA)

3. À compléter par les personnes bénéficiaires d'une rente du régime suisse de sécurité sociale

Type : Assurance vieillesse et survivants AVS Assurance-invalidité AI
 Assurance-accidents AA Prévoyance professionnelle PP
 Assurance militaire AM

Date d'octroi : (JJ/MM/AAAA) Date de domiciliation en France : (JJ/MM/AAAA)

**Joindre une copie de la décision d'octroi de rente
ou une attestation de rente de l'institution suisse débitrice**

4. Membres de la famille (conjoint / enfants) n'exerçant pas d'activité lucrative

Nom(s)	Prénom(s)	Date de naissance	N° AVS / NIR	Nationalité	Pays de résidence

5. Affiliation auprès de l'assurance-maladie suisse (LAMal)

Je choisis de m'assurer dans le système d'assurance-maladie suisse. Par ma signature, je déclare que toutes les informations sont conformes à la réalité et **je joins au présent document l'attestation (LAMal) de mon assureur suisse, ou une copie du formulaire S1 émis par l'assureur suisse, ainsi que celles des membres de ma famille non-actifs obligatoirement assurés auprès du même assureur que moi.**

Lieu, date : Signature :

En cas d'affiliation à la LAMal, je restitue à la CPAM de mon lieu de résidence ma carte Vitale et celles de mes ayants-droit.

6. Affiliation à l'Assurance maladie en France

Je choisis de m'affilier pour les soins en cas de maladie à l'Assurance maladie française sur critère de résidence et demande à être exempté/e de l'obligation de m'assurer en Suisse (exercice du droit d'option). Par ma signature, je déclare que toutes les informations sont conformes à la réalité

Lieu, date : Signature :

7. CETTE PARTIE DOIT OBLIGATOIREMENT ET DANS TOUS LES CAS ETRE COMPLÉTÉE PAR LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE (CPAM) DE VOTRE LIEU DE RESIDENCE AVANT D'ETRE RETOURNÉE A L'AUTORITE COMPETENTE SUISSE

Adresse:

Lieu, date : Cachet et signature :

Il est recommandé d'effectuer une copie de ce formulaire avant de le retourner à l'autorité compétente suisse

ANNEXE 5

Formulaire de contrôle de l'équivalence de l'assurance-maladie

FORMULAIRE DE CONTROLE DE L'EQUIVALENCE DE L'ASSURANCE-MALADIE

(Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994)
(Art. 2 OAMal du 27.06.1995)

ATTESTATION DE L'ASSUREUR ETRANGER EN VUE DE LA DELIVRANCE D'UNE DISPENSE DE L'OBLIGATION D'ASSURANCE EN SUISSE

1. IDENTITE DE L'ASSURE

Nom		nationalité		sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Prénom (s)		Etat civil <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié / e <input type="checkbox"/> séparé / e <input type="checkbox"/> divorcé / e <input type="checkbox"/> veuf / veuve			
Date de naissance		nationalité		sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Etat civil		Pour les étrangers type de permis <input type="checkbox"/> permis C <input type="checkbox"/> permis B <input type="checkbox"/> permis L <input type="checkbox"/> permis G		valable dès le	
Statut <input type="checkbox"/> étudiant / e <input type="checkbox"/> travailleur / se <input type="checkbox"/> expatrié / e <input type="checkbox"/> stagiaire		Ecole / employeur		Date de la fin du séjour en Suisse	
Rue & no		No postal & localité *			
(*si possible en Suisse)					

2. MEMBRES DE LA FAMILLE POUR LESQUELS LA DISPENSE D'ASSURANCE EST SOLLICITEE

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe M ou F	Degré de parenté

Lieu et date : _____ signature de l'assuré * : _____

L'assureur soussigné atteste que la ou les personnes susmentionnées bénéficient, durant leur séjour en Suisse, d'une couverture d'assurance-maladie et accident équivalente à l'assurance obligatoire des soins (voir au recto), notamment pour :

- la prise en charge totale des frais d'hospitalisation en division commune des hôpitaux publics du canton du Valais, aux tarifs prévus pour les personnes ne pouvant pas bénéficier des accords conventionnels, (à titre indicatif pour 2015, fr. 1'081.- par jour pour l'hôtellerie et les soins + la taxe d'admission de fr. 796.- + les suppléments pour prestations médicales).
- la prise en charge totale des frais liés à la grossesse et à la maternité, notamment les frais d'accouchement en division commune des hôpitaux publics du canton du Valais, aux tarifs prévus pour les personnes ne pouvant pas bénéficier des accords conventionnels, (à titre indicatif pour 2015, fr. 1'081.- par jour pour l'hôtellerie et les soins + la taxe d'admission de fr. 796.- + les suppléments pour prestations médicales).
- la prise en charge totale des frais de traitement dans un établissement médico social (à titre indicatif pour 2015, fr. 108.- par jour + médicaments et honoraires médicaux).
- la prise en charge des frais des traitements ambulatoires tels que définis dans les articles 25 à 31 LAMal cités au dos de la présente (à titre indicatif pour 2015, la valeur de point TARMED est de fr. 1.90).

Par la présente attestation, l'assureur soussigné s'engage à verser ses prestations lorsque l'une ou l'autre des éventualités susmentionnées est réalisée. Le recours à l'aide sociale communale ou cantonale est exclu.

Date de l'échéance de la couverture : _____ Timbre et signature de l'assureur * : _____

Lieu et date : _____

FORMULAIRE A RENVOYER A L'ADMINISTRATION COMMUNALE DE

* L'assuré et l'assureur s'engagent à communiquer à l'autorité compétente la résiliation du contrat, ainsi que toute réduction de la couverture d'assurance qui ne garantirait plus l'équivalence avec l'assurance obligatoire suisse de soins.

EXTRAIT DE LA LOI FEDERALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE (LAMAL) DU 18 MARS 1994

Art. 25 Prestations générales en cas de maladie

1. L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.
2. Ces prestations comprennent :
 - a. les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par :
 1. des médecins
 2. des chiropraticiens
 3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical
 - b. les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien ;
 - c. une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin ;
 - d. les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin ;
 - e. le séjour en division commune d'un hôpital ;
 - f. le séjour dans une institution prodiguant des soins semi-hospitalier ;
 - g. une contribution aux frais de transport médicalement nécessaire ainsi qu'aux frais de sauvetage ;
 - h. les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la lettre b.

Art. 26 Mesures de prévention

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives en faveur d'assurés particulièrement menacés. Ces examens ou mesures préventives sont effectués ou prescrits par un médecin.

Art. 27 Infirmité congénitale

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

Art. 28 Accident

En cas d'accident au sens de l'article premier, 2^{ème} alinéa, lettre b, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

Art. 29 Maternité

1. L'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité.
2. Ces prestations comprennent :
 - a. les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse ;
 - b. l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme ;
 - c. les conseils nécessaires en cas d'allaitement ;
 - d. les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère.

Art. 30 Interruption non punissable de la grossesse

En cas d'interruption non punissable de la grossesse au sens de l'article 120 du code pénal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations que pour la maladie.

Art. 31 Soins dentaires

1. L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires :
 - a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou
 - b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou
 - c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.
2. Elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'article 1^{er}, 2^e alinéa, lettre b.

ANNEXE 6

**Aperçu des conventions internationales de sécurité sociale
conclues par la Suisse**

Aperçu des conventions internationales de sécurité sociale conclues par la Suisse : effets sur l'assurance-maladie et l'assujettissement des travailleurs détachés

Pays	Numéro RS Entrée en vigueur	Applicable à l'assurance- maladie	Assujettissement à l'assurance- maladie obligatoire	Effets du détachement (durée de l'assujettisse- ment dans l'Etat où l'employeur a son siège)
Australie (AU)	0.831.109.158.1 01.01.2008	non : seulement effet indirect en cas de détachement	Pas prévu dans la convention (en CH LAMal applicable)	jusqu'à 5 ans Possibilité d'exemption selon art. 2 al. 5 OAMal
Canada (CA) + Québec (QUE)	0.831.109.232.1 + .2 01.10.1995	non : seulement effet indirect en cas de détachement	Pas prévu dans la convention (en CH LAMal applicable)	jusqu'à 5 ans (prolongation possible) Possibilité d'exemption selon art. 2 al. 5 OAMal
Chili (CL)	0.831.109.245.1 01.03.1998	non : soins pour rentiers effet indirect détachement	Pas prévu dans la convention (en CH LAMal applicable)	jusqu'à 3 ans (prolongation possible) Possibilité d'exemption selon art. 2 al. 5 OAMal
Chypre Nord	-	ALCP impossible à mettre en œuvre au nord (Rép. Turquie)	En CH LAMal applicable	-
Croatie (HR) ALCP pas applicable	0.831.109.291.1 01.01.1998	oui + libre passage / indem- nités journalières LAMal	Pas prévu dans la convention (en CH LAMal applicable)	jusqu'à 2 ans (prolongation possible) Pas de contrôle d'équivalence par le canton
Etats-Unis (US) nouveau 01.08.2014	0.831.109.336.1 01.11.1980	non : seulement effet indirect en cas de détachement	Pas prévu dans la convention (en CH LAMal applicable)	jusqu'à 5 ans (prolongation possible) * Possibilité d'exemption selon art. 2 al. 5 OAMal
Ex-YU (Bosnie-Herzégovine, Serbie, Monténégro)	0.831.109.818.1 01.03.1964	non, libre passage/ind. journ. effet indirect détachement	Pas prévu dans la convention (en CH LAMal applicable)	jusqu'à 3 ans (prolongation possible)
Inde (IN)	0.831.109.423.1 29.01.2011	oui , règles d'assujettissement	En principe au lieu d'emploi (sauf règles spéciales)	jusqu'à 6 ans (maximum) Pas de contrôle d'équivalence par le canton
Israël (IL)	0.831.109.449.1 01.10.1985	non : seulement effet indirect en cas de détachement	Pas prévu dans la convention (en CH LAMal applicable)	jusqu'à 2 ans (prolongation possible) Possibilité d'exemption selon art. 2 al. 5 OAMal
Japon (JP)	0.831.109.463.1 01.03.2012	oui , règles d'assujettissement	En principe au lieu d'emploi (sauf règles spéciales)	jusqu'à 5 ans (prolongation possible) Détachement possible depuis un Etat tiers Pas de contrôle d'équivalence par le canton
Kosovo	Annulée 01.04.2010	-	En CH LAMal applicable	-
Macédoine (MK)	0.831.109.520.1 01.01.2002	oui + libre passage / indem- nités journalières LAMal	Pas prévu dans la convention (en CH LAMal applicable)	jusqu'à 2 ans (prolongation possible) Pas de contrôle d'équivalence par le canton
Philippines (PH)	0.831.109.645.1 01.03.2004	non : seulement effet indirect en cas de détachement	Pas prévu dans la convention (en CH LAMal applicable)	jusqu'à 2 ans (prolongation possible) Possibilité d'exemption selon art. 2 al. 5 OAMal
Accord rhénan (RH) BE, DE, FR, LU, NL	0.831.107 01.12.1987	oui, pour les bateliers rhénans	Etat dans lequel l'employeur a son siège	-
Saint-Marin (SM) ALCP pas applicable	0.831.109.672.1 01.03.1983	non, libre passage/ind. journ. effet indirect détachement	Pas prévu dans la convention (en CH LAMal applicable)	jusqu'à 1 an (prolongation possible) Possibilité d'exemption selon art. 2 al. 5 OAMal
Turquie (TR)	0.831.109.763.1 01.01.1972 (E 1969)	non, libre passage/ind. journ. effet indirect détachement	Pas prévu dans la convention (en CH LAMal applicable)	jusqu'à 2 ans (prolongation possible) Possibilité d'exemption selon art. 2 al. 5 OAMal

* USA : reconnaissance de l'équivalence de la LAMal. Pas d'obligation d'assurance à Obamacare pour les personnes qui restent assujetties à la LAMal

ANNEXE 7

Informations destinées aux personnes qui résident en Suisse et qui sont assurées légalement au sein d'un État de l'UE ou de l'AELE

Informations destinées aux personnes qui résident en Suisse et qui sont assurées légalement au sein d'un Etat de l'UE ou de l'AELE



Jeter des ponts

Institution commune LAMal

Gibelinstrasse 25

Case postale

CH-4503 Soleure

Téléphone +41 32 625 30 30

Horaires d'ouverture Lu à Je: 8H00 – 12H00 et 13H30 – 17H00
Ve: 8H00 – 12H00 et 13H30 – 16H00

E-Mail info@kvg.org

Website www.kvg.org

Table de matières

1. Inscription	3
2. Membres de famille qui ont droit à l'entraide en prestations.....	3
3. Informations complémentaires pour les titulaires de rente.....	3
4. Droit aux prestations.....	3
5. Contrôle des factures	4
6. Aperçu des prestations.....	4
7. Participation aux coûts	7
8. Remboursement de prestations	7
9. Obligation de collaboration, demandes de renseignements, secret professionnel, protection des données	7
10. Obligation d'information.....	8
11. Ombudsman	8
12. Voie de droit	8

Les personnes affiliées au système d'assurance-maladie légal au sein d'un Etat de l'UE ou de l'AELE* ont droit aux soins médicaux en cas de maladie, d'accident non professionnel ou de maternité lorsqu'elles résident en Suisse. L'Institution commune LAMal à Soleure vérifie le droit aux prestations pour l'ensemble de la Suisse et coordonne le règlement des frais médicaux de même que la facturation qui s'ensuit à l'attention de l'assureur-maladie compétent à l'étranger.

L'Institution commune LAMal procédera à l'inscription de celui ou celle qui élit son lieu de résidence en Suisse et qui reste soumis(e) à l'obligation de s'assurer pour les soins au sein de son Etat d'origine. Une attestation de droit valable délivrée par son assureur-maladie est nécessaire pour pouvoir procéder à son inscription.

Sont considérées comme attestations de droit :

- Attestation S1
- Formulaire E 106 (employés)
- Formulaire E 109 (membres de famille d'une personne qui travaille, qui réside et qui est assurée à l'étranger)
- Formulaire E 120 (demandeurs de rente(s))
- Formulaire E 121 (rentiers)

Le droit s'applique à toutes les prestations prévues par le système d'assurance-maladie suisse qui se révèlent être nécessaires sur le plan médical - à l'exception des prestations en argent (indemnités journalières). Ceci s'applique également pour les membres de famille sans activité lucrative qui y ont droit.

*UE : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hongrie, Italie, Irlande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Slovaquie, Roumanie, Slovénie, Suède. AELE: Islande, Norvège.

1. Inscription

Veillez tout d'abord nous faire parvenir l'attestation de droit valable. Nous vous remettrons ensuite un questionnaire. Les indications contenues dans le questionnaire servent à vérifier s'il est possible ou non de procéder à l'inscription ou si vous êtes soumis(e) à l'obligation de vous assurer pour les soins en Suisse. Ceci est le cas p. ex. si vous exercez une activité lucrative en Suisse ou si vous êtes bénéficiaire d'une rente ou d'indemnités de chômage provenant de la Suisse. Les enfants doivent être assurés en Suisse lorsqu'au moins l'un des parents est dans l'obligation d'y être assuré en raison de l'exercice d'une activité lucrative. Dans ce cas, l'inscription est exclue (v. point 10).

Le questionnaire est également disponible sur notre site d'internet (www.kvg.org/Particuliers/Assistance) d'où il peut être téléchargé.

Attention : Les frais médicaux pourront uniquement être réglés par l'Institution commune LAMal si l'attestation de droit est valable et actuelle.

Celui ou celle qui sera finalement inscrit(e) pour bénéficier de l'entraide en prestations recevra une carte d'assuré(e). Cette dernière lui permettra de faire valoir son droit auprès des fournisseurs de prestations en Suisse. Sont considérés comme fournisseurs de prestations, les établissements hospitaliers, les médecins, les physiothérapeutes, etc.

Si l'inscription dans le but de pouvoir bénéficier de l'entraide en prestations devait être refusée pour l'une des raisons susmentionnées, l'autorité cantonale compétente en sera informée. Il revient aux cantons de veiller au respect de l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse (art. 6 LAMal). Votre assureur-maladie sera informé de l'inscription ou de la non-inscription.

2. Membres de famille qui ont droit à l'entraide en prestations

Parmi les membres de famille qui ont droit à l'entraide en prestations figurent également le conjoint sans activité lucrative et les enfants jusqu'à 18 ans révolus. Les enfants qui fréquentent une école ou qui font des études peuvent être inscrits jusqu'à 25 ans révolus. Au-delà de cet âge, il sera vérifié si les enfants dépendent encore toujours des parents sur le plan financier. Les enfants en formation professionnelle sont dans l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse.

3. Informations complémentaires pour les titulaires de rente

Les personnes sans activité lucrative qui élisent domicile en Suisse avant d'avoir atteint l'âge requis de la retraite en Suisse (64 ans révolus pour les femmes et 65 ans révolus pour les hommes) sont tenues de payer des cotisations à l'AVS (assurance vieillesse et survivants). Le paiement des cotisations donne droit à l'obtention d'une rente. Le montant de la rente dépend de la durée du paiement des cotisations. La caisse de compensation de votre lieu de résidence vous donnera de plus amples renseignements à ce propos. Comme décrit sous point 3, le paiement d'une rente mène à une obligation de s'assurer pour les soins en Suisse. Le montant de la rente n'exerce aucune influence sur la survenue de l'obligation d'assurance.

4. Droit aux prestations

Les prestations légales servies par les fournisseurs de prestations aux personnes en provenance de l'UE resp. de l'AELE qui y ont droit doivent être identiques et être octroyées aux mêmes conditions qu'elles le seraient pour les personnes assurées en Suisse. C'est pourquoi, dans pareil cas de traitement, le droit aux

prestations, les tarifs applicables et la participation aux coûts sont conformes au droit suisse sur l'assurance-maladie.

La Loi suisse sur l'assurance-maladie LAMal permet aux assurés de choisir librement le fournisseur de prestations, lequel convient pour le cas de traitement, parmi ceux autorisés à facturer à charge de l'assurance-maladie.

5. Contrôle des factures

L'Institution commune LAMal coordonne la vérification du droit aux prestations pour l'ensemble de la Suisse, contrôle que les factures soient en accord avec les dispositions légales de même qu'avec les conventions contractuelles et tarifaires, procède au règlement des frais de traitement puis facture ces derniers à l'assurance-maladie compétente à l'étranger.

Les prestations en argent (indemnités journalières) ne sont pas versées par le biais de l'Institution commune LAMal mais directement par l'assurance-maladie compétente à l'étranger.

6. Aperçu des prestations

La liste ci-après vous donne un aperçu des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal. Cette liste n'est pas exhaustive.

Prestations	Remarques
Traitement ambulatoire selon les méthodes de la médecine officielle	Prise en charge des coûts lorsqu'il s'agit de médecins, de chiropraticiens, de sages-femmes agréés de même que sur ordonnance médicale lorsqu'il s'agit de logopédistes, de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes, d'infirmiers et d'infirmières resp. d'organisations de soins à domicile de même que de diététiciens.
Traitement ambulatoire selon les méthodes alternatives (médecine complémentaire)	Lorsqu'il s'agit de médecins agréés avec formation continue reconnus dans la discipline de soins concernée : <ul style="list-style-type: none"> • Acupuncture • Médecine anthroposophique • Pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise (MTC) • Homéopathie uniciste (classique) pratiquée par un médecin • Phytothérapie.
Médicaments	Les médicaments délivrés ou ordonnés par le médecin pour autant qu'ils figurent dans la liste des médicaments ou dans la liste des spécialités pour l'indication donnée (aucune prise en charge totale ou partielle pour les autres médicaments).

Moyens et appareils	Les moyens et appareils ordonnés par le médecin utilisés pour examen ou traitement, tels que les bandages, les accessoires de marche, les orthèses, le matériel de pansement, les aides pour l'incontinence, etc. selon la liste des moyens et appareils (LiMA).
Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des coûts lors d'accident dentaire pour autant qu'aucune assurance-accidents n'en assume les coûts • Lors d'une maladie grave du système de mastication ou lorsqu'il résulte des séquelles suite à une autre maladie grave conformément aux cas définis dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)
Infirmités congénitales	Les prestations prises en charge sont identiques à celles octroyées en cas de maladie pour autant qu'il ne revient pas à l'assurance-invalidité suisse d'en assumer les coûts.
Psychothérapie	Prise en charge des coûts de la psychothérapie effectuée par un médecin agréé ou par délégation à un psychologue (non formé comme médecin) ou psychothérapeute (cependant uniquement sous surveillance et dans le cabinet du médecin qui délègue).
Analyses de laboratoire	Analyses ordonnées par un médecin selon la liste des analyses.
Séjour hospitalier	<p>Les coûts d'hospitalisation et traitement réalisé en division commune lorsque la nécessité du séjour hospitalier est indiquée. Les hôpitaux sont agréés lorsqu'ils figurent sur la liste des hôpitaux cantonaux avec contrat de prestations correspondant.</p> <p>Pour les personnes qui résident en Suisse, la prise en charge des coûts se fait tout au plus conformément au tarif du canton de résidence pour autant qu'il ne s'agisse pas d'une hospitalisation hors canton nécessaire sur le plan médical. Sont réputées raisons médicales, le cas d'urgence ou lorsque les prestations nécessaires ne peuvent être proposées au sein du canton de résidence.</p>
Réadaptation médicale	<p>Prise en charge des coûts uniquement sur garantie particulière préalablement délivrée par l'assureur et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil.</p> <p>En cas de réadaptation en milieu hospitalier, les coûts d'hospitalisation et le traitement réalisé en division commune pour autant que la nécessité de l'hospitalisation est indiquée. Les hôpitaux sont agréés lorsqu'ils figurent sur la liste des hôpitaux cantonaux avec contrat de prestations correspondant.</p>

Soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social	<p>Prise en charge des examens, des traitements et des soins effectués par des:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infirmiers et infirmières • Organisations de soins et d'aide à domicile • Etablissements médico-sociaux.
Cures balnéaires	<p>Une participation de CHF 10 par jour de cure balnéaire prescrite par un médecin dans des bains thermaux agréés et ce au maximum pendant 21 jours par année civile de même que prise en charge des coûts du médecin, des médicaments ainsi que des physiothérapies.</p>
Cures de repos	<p>Prise en charge des coûts du médecin, des médicaments ainsi que des physiothérapies.</p>
Maternité	<ul style="list-style-type: none"> • Sept examens de contrôle avant et un examen de contrôle après la naissance • Deux contrôles ultrasonographiques • Prise en charge des coûts pour l'accouchement à domicile, à l'hôpital (division commune) ou dans une maison de naissance • Trois séances de conseils en cas d'allaitement prodiguées par des sages-femmes ou par des infirmiers et infirmières ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine • Max. CHF 100 de contribution pour un cours de préparation à l'accouchement dispensé par des sages-femmes
Mesures de prévention	<p>Prise en charge des coûts des mesures de prévention médicale suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccinations prophylactiques • Mesures visant la prophylaxie de maladies • Examens concernant l'état de santé général • Mesures en vue de dépistage précoce de maladies chez certains groupes à risques • Mesures de dépistage précoce de maladies dans toute la population ou dans un groupe d'âge précis.
Examens gynécologiques	<p>Les deux premières années: un examen par année, y compris les prélèvements de dépistage cytologiques et ensuite un examen tous les trois ans.</p>
Contributions aux frais de transport	<p>Prise en charge des coûts de 50 % des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • max. CHF 500 par année civile pour les frais de transport

- | | |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none">• max. CHF 5'000 par année civile pour les frais de sauvetage. |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

7. Participation aux coûts

Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Cette participation aux coûts comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part). En cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour.

- La franchise s'élève à CHF 300 par année civile. Aucune franchise n'est prélevée lorsqu'il s'agit d'enfants.
- Le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus.
- La contribution journalière aux frais de séjour hospitalier se monte à CHF 15 pour les personnes à partir de 25 ans.
- Aucune participation aux coûts n'est prélevée pour les prestations de maternité.

Lorsque le montant de la facture est versé directement par l'Institution commune LAMal au fournisseur de prestations (tiers payant), la participation aux coûts sera ensuite facturée séparément à la personne assurée ou alors elle sera directement déduite du montant à rembourser à la personne assurée (tiers garant).

8. Remboursement de prestations

Le fournisseur de prestations facture les frais conformément aux divers contrats et tarifs cantonaux soit à l'att. de l'Institution commune LAMal (tiers payant) ou soit à l'att. de la personne assurée (tiers garant).

Afin que nous puissions garantir la rapidité et la gratuité du remboursement, nous nécessitons de votre part la version originale de la facture de même que vos coordonnées bancaires complètes :

- IBAN (International Bank Account Number)
- BIC (Bank Identifier Code)
- Nom et adresse de la banque
- Titulaire du compte et adresse

9. Obligation de collaboration, demandes de renseignements, secret professionnel, protection des données

L'IC LAMal est soumise aux dispositions de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en ce qui concerne le secret professionnel et la protection des données. Elle est habilitée à traiter les données personnelles, y compris les données particulièrement sensibles et les profils de la personnalité, qui lui sont nécessaires pour accomplir les tâches qui lui ont été confiées au sens de la LAMal (art. 84 LAMal). Le traitement des données est réglementé dans le règlement sur le traitement des données lequel figure sur notre site internet (www.kvg.org/Notre-entreprise/Corporate-governance). Les collaborateurs et collaboratrices de l'IC LAMal sont soumis au secret professionnel. Pour autant qu'il est nécessaire de procéder à des clarifications concernant vos droits, vous êtes tenu(e) de fournir les renseignements exigés de façon conforme à la vérité. A ce propos, l'IC LAMal est en droit d'exiger un diagnostic exact de même que des renseignements médicaux complémentaires auprès de vos médecins traitants à l'attention de son médecin conseil. Souhaitez-vous obtenir des renseignements sur

vos données personnelles lesquelles sont traitées par l'Institution commune LAMal ? Dans ce cas, veuillez s.v.p. adresser votre courrier, auquel vous aurez joint une pièce d'identité, à notre service juridique.

10. Obligation d'information

Sur la base des indications notées sur le questionnaire, nous décidons de votre droit à l'entraide ou de l'obligation d'assurance-maladie en Suisse (v. point 1). Une affiliation rétroactive à l'assurance-maladie en Suisse n'est possible que dans un délai de trois mois. De ce fait, il est très important de nous annoncer sans délai tout changement. Si nous ne sommes pas informés dans les délais, il en résultera une lacune dans votre couverture d'assurance entre la fin des droits à l'étranger et le début de l'assurance en Suisse. Par conséquent, les frais de vos traitements médicaux pendant ce laps de temps seront à votre charge. Même sans traitements médicaux durant cette période, une interruption de votre couverture d'assurance pourrait avoir des conséquences importantes lors de futures exigences de prestations ou de couverture d'assurance.

11. Ombudsman

Lorsque les assurés rencontrent des problèmes avec leur assureur-maladie, ils ont la possibilité de s'adresser à l'Ombudsman de l'assurance-maladie. L'Ombudsman répond aux questions et s'occupe des problèmes qui résultent entre l'assuré et son assureur-maladie.

Ombudsman de l'assurance-maladie
Morgartenstr. 9, CH - 6003 Lucerne

Téléphone allemand : +41 (0)41 226 10 10
Téléphone français : +41 (0)41 226 10 11
Téléphone italien : +41 (0)41 226 10 12
Fax : +41 (0)41 226 10 13
E-mail : info@om-kv.ch
Internet : <https://secure.om-kv.ch/>

12. Voie de droit

L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les décisions indiquent les voies de droit. Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues. Les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié. Elles sont motivées et indiquent les voies de recours. La procédure d'opposition est gratuite. En règle générale, il ne peut être alloué de dépens. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales. Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours.

Remarques:

Les indications contenues dans cette fiche d'information ne justifient aucun droit. Les actes législatifs déterminants (tels que la loi fédérale suisse sur l'assurance-maladie, ses règlements d'exécution de même que la jurisprudence qui s'y rapporte) représentent un engagement juridique. Vous trouverez cette fiche d'information sur notre site internet (www.kvg.org/Particuliers/Assistance).

ANNEXE 8

Informations destinées aux personnes qui séjournent temporairement en Suisse et qui sont assurées légalement au sein d'un Etat de l'UE ou de l'AELE

Informations destinées aux personnes qui séjournent temporairement en Suisse et qui sont assurées légalement au sein d'un Etat de l'UE ou de l'AELE



Jeter des ponts

Institution commune LAMal

Gibelinstrasse 25

Case postale

CH-4503 Soleure

Téléphone +41 32 625 30 30

Horaires d'ouverture Lu à Je: 8H00 – 12H00 et 13H30 – 17H00
Ve: 8H00 – 12H00 et 13H30 – 16H00

E-Mail info@kvg.org

Website www.kvg.org

Table de matières

1. Séjour temporaire	2
2. Voyages réalisés dans le but de recourir aux soins médicaux	3
3. Droit aux prestations	3
4. Contrôle des factures	3
5. Aperçu des prestations	4
6. Participation aux coûts	6
7. Remboursement de prestations	7
8. Obligation de collaboration, demandes de renseignements, secret professionnel, protection des données	7
9. Ombudsman	8
10. Voie de droit	8

1. Séjour temporaire

Les personnes affiliées au système d'assurance-maladie légal au sein d'un Etat de l'UE ou de l'AELE* ont droit aux soins médicaux en cas de maladie, d'accident non professionnel ou de maternité qui résultent de façon imprévue lors d'un séjour temporaire en Suisse. L'Institution commune LAMal à Soleure vérifie le droit aux prestations pour l'ensemble de la Suisse et coordonne le règlement des frais médicaux de même que la facturation qui s'ensuit à l'attention de l'assureur-maladie compétent à l'étranger.

Le terme de séjour temporaire est employé lorsque la personne envisage de séjourner en Suisse uniquement pour une durée limitée et pour une raison précise avant de rejoindre à nouveau son Etat d'origine. Aussi, la durée du séjour est connue par avance. La date exacte du retour ne doit pas nécessairement être connue; il suffit que la personne indique une période approximative (p. ex. « j'envisage un séjour d'une année et demie en Suisse dans le but d'y effectuer des études »). Il est de condition que l'Etat d'origine reste le centre d'intérêt pour la durée du séjour temporaire.

Les séjours peuvent être réalisés dans les buts suivants :

- Vacances / Congés
- Etudes
- Détachement
- Voyage d'affaires
- Rendre visite aux membres de famille, aux amis, etc.
- Activité lucrative lorsqu'il s'agit de travailleurs frontaliers provenant de France, de l'Italie ou de l'Autriche, lesquels ont opté pour le système d'assurance-maladie légal au sein de leur Etat de résidence (droit d'option)
- etc.

*UE : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grande-Bretagne, Grèce, Hongrie, Italie, Irlande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Tchèque, Slovaquie, Roumanie, Slovénie, Suède. AELE: Islande, Liechtenstein, Norvège.

Celui ou celle qui nécessite des soins médicaux pendant son séjour temporaire en Suisse remet directement l'attestation de droit valable, délivrée par son assureur-maladie, au fournisseur de prestations en Suisse.

Sont considérées comme attestations de droit:

- Carte européenne d'assurance-maladie
- Certificat provisoire de remplacement de la carte européenne d'assurance-maladie.

Important : La carte européenne d'assurance-maladie ne couvre pas vos frais si vous vous rendez en Suisse dans le but d'y recevoir des soins médicaux.

2. Voyages réalisés dans le but de recourir aux soins médicaux

Si vous envisagez un voyage en Suisse pour y recevoir des soins médicaux, il est impératif de demander préalablement à votre assureur-maladie si ce dernier en assume la prise en charge des coûts. Ceci s'applique aussi bien pour les traitements ambulatoires que pour les traitements en milieu hospitalier.

Sont considérées comme attestations de droit:

- Formulaire E112
- Attestation S2.

Attention : Les frais médicaux pourront uniquement être réglés par l'Institution commune LAMal si l'attestation de droit est valable et actuelle.

3. Droit aux prestations

Les prestations légales servies par les fournisseurs de prestations aux personnes en provenance de l'UE resp. de l'AELE qui y ont droit doivent être identiques et être octroyées aux mêmes conditions qu'elles le seraient pour les personnes assurées en Suisse. C'est pourquoi, dans pareil cas de traitement, le droit aux prestations, les tarifs applicables et la participation aux coûts sont conformes au droit suisse sur l'assurance-maladie.

La Loi suisse sur l'assurance-maladie LAMal permet aux assurés de choisir librement le fournisseur de prestations, lequel convient pour le cas de traitement, parmi ceux autorisés à facturer à charge de l'assurance-maladie.

4. Contrôle des factures

L'Institution commune LAMal coordonne la vérification du droit aux prestations pour l'ensemble de la Suisse, contrôle que les factures soient en accord avec les dispositions légales de même qu'avec les conventions contractuelles et tarifaires, procède au règlement des frais de traitement puis facture ces derniers à l'assurance-maladie compétente à l'étranger.

Les prestations en argent (indemnités journalières) ne sont pas versées par le biais de l'Institution commune LAMal mais directement par l'assurance-maladie compétente à l'étranger.

5. Aperçu des prestations

La liste ci-après vous donne un aperçu des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie LAMal. Cette liste n'est pas exhaustive.

Prestations	Remarques
Traitement ambulatoire selon les méthodes de la médecine officielle	Prise en charge des coûts lorsqu'il s'agit de médecins, de chiropraticiens, de sages-femmes agréés de même que sur ordonnance médicale lorsqu'il s'agit de logopédistes, de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes, d'infirmiers et d'infirmières resp. d'organisations de soins à domicile de même que de diététiciens.
Traitement ambulatoire selon les méthodes alternatives (médecine complémentaire)	Lorsqu'il s'agit de médecins agréés avec formation continue reconnus dans la discipline de soins concernée : <ul style="list-style-type: none"> • Acupuncture • Médecine anthroposophique • Pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise (MTC) • Homéopathie uniciste (classique) pratiquée par un médecin • Phytothérapie.
Médicaments	Les médicaments délivrés ou ordonnés par le médecin pour autant qu'ils figurent dans la liste des médicaments ou dans la liste des spécialités pour l'indication donnée (aucune prise en charge totale ou partielle pour les autres médicaments).
Moyens et appareils	Les moyens et appareils ordonnés par le médecin utilisés pour examen ou traitement, tels que les bandages, les accessoires de marche, les orthèses, le matériel de pansement, les aides pour l'incontinence, etc. selon la liste des moyens et appareils (LiMA).
Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des coûts lors d'accident dentaire pour autant qu'aucune assurance-accidents n'en assume les coûts • Lors d'une maladie grave du système de mastication ou lorsqu'il résulte des séquelles suite à une autre maladie grave conformément aux cas définis dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

Infirmités congénitales	Les prestations prises en charge sont identiques à celles octroyées en cas de maladie pour autant qu'il ne revient pas à l'assurance-invalidité suisse d'en assumer les coûts.
Psychothérapie	Prise en charge des coûts de la psychothérapie effectuée par un médecin agréé ou par délégation à un psychologue (non formé comme médecin) ou psychothérapeute (cependant uniquement sous surveillance et dans le cabinet du médecin qui délègue).
Analyses de laboratoire	Analyses ordonnées par un médecin selon la liste des analyses.
Séjour hospitalier	Les coûts d'hospitalisation et traitement réalisé en division commune lorsque la nécessité du séjour hospitalier est indiquée. Les hôpitaux sont agréés lorsqu'ils figurent sur la liste des hôpitaux cantonaux avec contrat de prestations correspondant.
Réadaptation médicale	Prise en charge des coûts uniquement sur garantie particulière préalablement délivrée par l'assureur et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. En cas de réadaptation en milieu hospitalier, les coûts d'hospitalisation et le traitement réalisé en division commune pour autant que la nécessité de l'hospitalisation est indiquée. Les hôpitaux sont agréés lorsqu'ils figurent sur la liste des hôpitaux cantonaux avec contrat de prestations correspondant.
Soins ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social	Prise en charge des examens, des traitements et des soins effectués par des : <ul style="list-style-type: none"> • Infirmiers et infirmières • Organisations de soins et d'aide à domicile • Etablissements médico-sociaux.
Cures balnéaires	Une participation de CHF 10 par jour de cure balnéaire prescrite par un médecin dans des bains thermaux agréés et ce au maximum pendant 21 jours par année civile de même que prise en charge des coûts du médecin, des médicaments ainsi que des physiothérapies.
Cures de repos	Prise en charge des coûts du médecin, des médicaments ainsi que des physiothérapies.
Maternité	<ul style="list-style-type: none"> • Sept examens de contrôle avant et un examen de contrôle après la naissance • Deux contrôles ultrasonographiques

	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des coûts pour l'accouchement à domicile, à l'hôpital (division commune) ou dans une maison de naissance • Trois séances de conseils en cas d'allaitement prodiguées par des sages-femmes ou par des infirmiers et infirmières ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine • Max. CHF 100 de contribution pour un cours de préparation à l'accouchement dispensé par des sages-femmes
Mesures de prévention	<p>Prise en charge des coûts des mesures de prévention médicale suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccinations prophylactiques • Mesures visant la prophylaxie de maladies • Examens concernant l'état de santé général • Mesures en vue de dépistage précoce de maladies chez certains groupes à risques • Mesures de dépistage précoce de maladies dans toute la population ou dans un groupe d'âge précis.
Examens gynécologiques	<p>Les deux premières années: un examen par année, y compris les prélèvements de dépistage cytologiques et ensuite un examen tous les trois ans.</p>
Contributions aux frais de transport	<p>Prise en charge des coûts de 50 % des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • max. CHF 500 par année civile pour les frais de transport • max. CHF 5'000 par année civile pour les frais de sauvetage.

6. Participation aux coûts

Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Lorsqu'il s'agit de personnes qui ne séjournent que temporairement en Suisse (p. ex. les touristes), cette participation aux coûts consiste en un forfait pour la franchise et la quote-part. En cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour.

- Le forfait se monte à CHF 92 par 30 jours de traitement pour les adultes et à CHF 33 pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus.
- La participation quotidienne aux coûts de l'hospitalisation s'élève à CHF 15 pour les personnes à partir de 25 ans.
- Aucune participation aux coûts n'est prélevée pour les prestations de maternité.

La période de 30 jours destinée au calcul de la participation aux coûts débute avec le premier jour de traitement.

Lorsque le montant de la facture est versé directement par l'Institution commune LAMal au fournisseur de prestations (tiers payant), la participation aux coûts sera ensuite facturée séparément à la personne assurée ou alors elle sera directement déduite du montant à rembourser à la personne assurée (tiers garant).

7. Remboursement de prestations

Le fournisseur de prestations facture les frais conformément aux divers contrats et tarifs cantonaux soit à l'att. de l'Institution commune LAMal (tiers payant) ou soit à l'att. de la personne assurée (tiers garant).

Afin que nous puissions garantir la rapidité et la gratuité du remboursement, nous nécessitons de votre part la version originale de la facture, une copie de votre attestation de droit de même que vos coordonnées bancaires complètes :

- IBAN (International Bank Account Number)
- BIC (Bank Identifier Code)
- Nom et adresse de la banque
- Titulaire du compte et adresse

8. Obligation de collaboration, demandes de renseignements, secret professionnel, protection des données

L'IC LAMal est soumise aux dispositions de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en ce qui concerne le secret professionnel et la protection des données. Elle est habilitée à traiter les données personnelles, y compris les données particulièrement sensibles et les profils de la personnalité, qui lui sont nécessaires pour accomplir les tâches qui lui ont été confiées au sens de la LAMal (art. 84 LAMal). Le traitement des données est réglementé dans le règlement sur le traitement des données lequel figure sur notre site internet ([www.kvg.org/Notre entreprise/Corporate governance](http://www.kvg.org/Notre_entreprise/Corporate_governance)). Les collaborateurs et collaboratrices de l'IC LAMal sont soumis au secret professionnel. Pour autant qu'il est nécessaire de procéder à des clarifications concernant vos droits, vous êtes tenu(e) de fournir les renseignements exigés de façon conforme à la vérité. A ce propos, l'IC LAMal est en droit d'exiger un diagnostic exact de même que des renseignements médicaux complémentaires auprès de vos médecins traitants à l'attention de son médecin conseil. Souhaitez-vous obtenir des renseignements sur vos données personnelles lesquelles sont traitées par l'Institution commune LAMal ? Dans ce cas, veuillez s.v.p. adresser votre courrier, auquel vous aurez joint une pièce d'identité, à notre service juridique.

9. Ombudsman

Lorsque les assurés rencontrent des problèmes avec leur assureur-maladie, ils ont la possibilité de s'adresser à l'Ombudsman de l'assurance-maladie. L'Ombudsman répond aux questions et s'occupe des problèmes qui résultent entre l'assuré et son assureur-maladie.

Ombudsman de l'assurance-maladie
Morgartenstr. 9
CH - 6003 Lucerne

Téléphone allemand : +41 (0)41 226 10 10
Téléphone français : +41 (0)41 226 10 11
Téléphone italien : +41 (0)41 226 10 12
Fax : +41 (0)41 226 10 13
E-mail : info@om-kv.ch
Internet : <https://secure.om-kv.ch/>

10. Voie de droit

L'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les décisions indiquent les voies de droit. Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues.

Les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié. Elles sont motivées et indiquent les voies de recours. La procédure d'opposition est gratuite. En règle générale, il ne peut être alloué de dépens.

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. Chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales.

Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours.

Remarques:

Les indications contenues dans cette fiche d'information ne justifient aucun droit. Les actes législatifs déterminants (tels que la loi fédérale suisse sur l'assurance-maladie, ses règlements d'exécution de même que la jurisprudence qui s'y rapporte) représentent un engagement juridique. Vous trouverez cette fiche d'information sur notre site internet (www.kvg.org/Particuliers/Assistance).

ANNEXE 9

Aperçu de l'affiliation et du droit d'option

Aperçu de l'affiliation et du droit d'option

L'aperçu suivant montre, qui doit souscrire une assurance en Suisse, qui peut choisir l'assurance en Suisse ou en pays de résidence (droit d'option Suisse/Etat UE) et qui ne peut pas souscrire une assurance en Suisse:

Catégorie de personnes / Pays de résidence	Code	Frontaliers		Titulaires de rente		Chômeurs		Membres de famille d'un travailleur salarié ou indépendant Suisse sans activité lucrative
		Membres de famille des frontaliers sans activité lucrative	Membres de famille des frontaliers sans activité lucrative	Membres de famille des titulaires de rente sans activité lucrative	Membres de famille des titulaires de rente sans activité lucrative	Membres de famille des chômeurs sans activité lucrative	Membres de famille des chômeurs sans activité lucrative	
UE								
Allemagne	DE	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH
Autriche	AT	AT/CH	AT/CH ²	AT/CH	AT/CH ²	AT/CH	AT/CH ²	AT/CH
Belgique	BE	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Bulgarie	BG	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Chypre	CY	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Croatie ¹	HR	--	--	--	--	--	--	--
Danemark	DK	CH	DK	CH	DK	CH	DK	DK
Espagne	ES	CH	ES	ES/CH	ES/CH ²	CH	ES	ES
Estonie	EE	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Finlande	FI	CH	FI/CH	CH	FI/CH	CH	FI/CH	FI/CH
France	FR	FR/CH	FR/CH ²	FR/CH	FR/CH ²	FR/CH	FR/CH ²	FR/CH
Grèce	EL	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Grande-Bretagne	UK	CH	UK	CH	UK	CH	UK	UK
Hongrie	HU	CH	HU	CH	CH	CH	HU	HU
Irlande	IE	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Italie	IT	IT/CH	IT/CH ²	IT/CH	IT/CH ²	IT/CH	IT/CH ²	IT/CH
Lettonie	LV	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Lituanie	LT	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Luxembourg	LU	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Malte	MT	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Pays-Bas	NL	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Pologne	PL	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Portugal	PT	CH	PT	PT/CH	PT	CH	PT	PT
République tchèque	CZ	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Roumanie	RO	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Slovaquie	SK	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Slovénie	SI	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Suède	SE	CH	SE	CH	SE	CH	SE	SE
AELE								
Islande	IS	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Liechtenstein	LI	LI	LI	LI	LI	LI	LI	LI
Norvège	NO	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH

¹ accord sur la libre circulation des personnes n'est pas encore élargit sur Croatie

² assurance dans le même état que le travailleur frontalier, le titulaire de rente, le chômeur