

Informations pour personnes qui séjournent temporairement en Suisse et qui sont assurées légalement dans l'UE/AELE ou à l'UK



Jeter des ponts

Institution commune LAMal

Industriestrasse 78

CH-4600 Olten

Téléphone + 41 32 625 30 10

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

E-Mail customers@kvg.org

Site internet www.kvg.org

Vous trouverez cette fiche d'information sur notre site internet (www.kvg.org/Particuliers/Assistance).

Table de matières

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

1. Séjour temporaire

Les ressortissants de l'UE/ALE* ou de l'UK, leurs membres de famille, les apatrides et réfugiés qui sont affiliés au système d'assurance-maladie légal dans l'UE/AELE ou à l'UK 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 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. La durée du séjour est connue également 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
- Études
- Détachements
- Voyages d'affaires
- Rendre visite aux membres de la famille, aux amis, etc.
- Activités lucratives 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, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, 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 ainsi qu'une pièce d'identité (p. ex., carte d'identité, passeport) 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 un soin médical.

2. Voyages réalisés dans le but de recourir à un soin médical

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. En cas d'une prise en charge, votre assureur-maladie établit l'attestation S2 (droit aux soins programmés).

Attention : Les frais médicaux pourront uniquement être réglés par l'intermédiaire de l'Institution commune LAMal que si l'attestation S2 est valable et actuelle.

3. Droit aux prestations

Les prestations légales servies par les fournisseurs de prestations aux personnes en provenance de l'UE/AELE ou de l'UK 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 la raison pour laquelle, le droit aux prestations, les tarifs applicables et la participation aux coûts de soins sont conformes au droit suisse sur l'assurance-maladie.

La loi suisse sur l'assurance-maladie LAMal permet aux assurés de choisir librement parmi les fournisseurs de prestations agréés, celui qui convient pour traitement médical.

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

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.

5. Aperçu des prestations

La liste suivante vous donne un aperçu des prestations qui sont 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. Vous trouverez des informations détaillées sur le site web de [l'Office fédéral de la santé publique](#).

Prestations	Remarques
Traitement ambulatoire	Prise en charge des coûts lorsqu'il s'agit de médecins, de chiropraticiens, de sages-femmes agréées 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, podologie de même que de conseils aux diabétiques et nutritionnels.
Méthodes alternatives (médecine complémentaire)	Lorsqu'il s'agit de médecins agréés avec formation continue reconnus dans la discipline de soins concernée : • 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 et qui sont utilisés pour un examen ou un 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	• 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 de 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 frais en cas de psychothérapie médicale ou de psychothérapie pratiquée par des psychologues sur prescription médicale.
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 soit 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 : • 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 de médecin, des médicaments ainsi que des physiothérapies.
Maternité	• Sept examens de contrôle par la sage-femme ou le médecin avant la naissance et un examen de contrôle par le médecin 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 150 de contribution pour un cours de préparation à l'accouchement dispensé par des sages-femmes • Prise en charge de max. 10 consultations à domicile par une sage-femme dans les 56 jours suivant la naissance
Mesures de prévention	Prise en charge des coûts des mesures de prévention médicale suivantes : • 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	Les deux premières années: un examen par année, y compris les prélèvements de dépistage cytologiques et ensuite un examen tous les trois ans.
Contributions aux frais de transport	Prise en charge 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. • 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 est un forfait qui se compose de la franchise et de la quote-part. En cas d'hospitalisation, les assurés contribuent, en outre, aux frais du séjour.

- Le forfait est de CHF 92 pour 30 jours de traitement* pour les adultes et de CHF 33 pour les enfants jusqu'à 18 ans révolus.
- La contribution aux frais de séjour hospitalier s'élève à CHF 15 par jour, à l'exception du jour de sortie, pour les personnes âgées de 25 ans et plus.
- Aucune participation aux coûts de traitements n'est prélevée pour les prestations de maternité.

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

Lorsque le montant de la facture est payé directement par l'Institution commune LAMal au fournisseur de prestations (tiers payant), la participation aux coûts de traitements 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 des 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 ainsi qu'une pièce d'identité (p. ex., carte d'identité, passeport), tout comme vos coordonnées bancaires complètes :

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

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. Celui-ci 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 soit 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. Si vous souhaitez obtenir des renseignements sur vos données personnelles qui sont traitées par l'Institution commune LAMal, nous vous prions d'adresser votre courrier, auquel vous aurez joint une pièce d'identité, à notre service juridique.

9. Office de médiation

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

Office de médiation de l'assurance-maladie, Morgartenstr. 9, case postale 519, 6002 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

Site internet : www.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, une indemnisation ne peut être allouée.

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie d'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.