

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



Jeter des ponts

Institution commune LAMaI

Industriestrasse 78

CH-4600 Olten

Téléphone + 41 32 625 30 10

Horaires d'ouverture Lu à Je: 8H30 – 12H00 et 13H30 – 17H00
Ve: 8H30 – 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. 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. Office de médiation.....	8
12. Voie de droit	8

Les ressortissants de l'UE/ALE* ou de l'UK et leurs membres de famille 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 lorsqu'elles résident 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.

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. L'attestation de droit S1 valable délivrée par son assureur-maladie est nécessaire pour pouvoir procéder à son inscription.

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, 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, Norvège.

1. Inscription

Veillez tout d'abord nous faire parvenir l'attestation de droit S1 valable. Votre assureur-maladie peut également nous envoyer l'attestation de droit par voie électronique. Nous vous remettons 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

Les membres de famille éligibles sont le conjoint sans activité lucrative et les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Les enfants qui fréquentent une école ou qui font des études peuvent être inscrits jusqu'à l'âge de 25 ans. 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/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 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.

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.

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.

6. Aperçu des prestations

La liste suivante 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. Vous trouverez des informations détaillées sur le site web de [l'Office fédéral de la santé publique](#).

Prestations

Remarques

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 : <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 qui sont 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 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	<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	Prise en charge des examens, des traitements et des soins effectués par des:

un établissement médico-social	<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 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 : <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	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.

	<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.
--	--

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 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 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](http://www.kvg.org/Notre%20entreprise/Corporate%20governance)). 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. 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

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.