



Gemeinsame Einrichtung KVG
Institution commune LAMal
Istituzione comune LAMal

Feuille informative

Informations pour fournisseurs de prestations relatives à l'entraide en matière de prestations en Suisse



Table des matières

1	Qu'est-ce que l'Institution commune LAMal?	4
2	Principes et définitions du droit de coordination	5
2.1	Relation Suisse – UE	5
2.2	Relation Suisse – AELE (Islande, Liechtenstein, Norvège)	5
2.3	Principe de non-discrimination	5
2.4	Lieux où le droit de coordination est applicable (champ d'application territorial) 5	
2.5	Personnes auxquelles le droit de coordination s'applique (champ d'application personnel)	6
3	Législation applicable sur la sécurité sociale	7
3.1	Lieu de résidence / domicile	7
3.2	Subordination dans un seul État	8
3.3	Activité lucrative et principe de l'affiliation au lieu de travail	8
4	Obligation d'assurance – principes	9
4.1	Domicile au sein de l'UE, en Islande ou au Norvège	9
4.2	Domicile en Suisse	9
4.2.1	Obligation d'assurance en Suisse	9
4.2.2	Obligation d'assurance dans l'UE/AELE	9
5	Prestations dans l'État de résidence et de séjour	10
5.1	Protection tarifaire	10
5.2	Prestations en cas de séjour temporaire	10
5.2.1	Première consultation chez le médecin généraliste	11
5.2.2	Consultations ultérieures	11
5.2.3	Portée du droit aux prestations	11
5.2.4	Exercice du droit	11
5.2.5	Particularités pour les hôpitaux situés à proximité de la frontière	11
5.2.6	Droit en cas de grossesse / d'accouchement	12
5.2.7	Maladie chronique ou actuelle	13
5.3	Particularité: accidents non professionnels	14
5.3.1	Accidents de travail	14
5.4	Remboursement des frais pour les prestations avancées	14
5.5	Cas soumis à autorisation dans un État de l'UE/AELE	15
5.6	Le patient a souscrit à une assurance-maladie privée	15
6	Procédure administrative	16
6.1	Délivrance des attestations de droit	16
6.1.1	Traitements hospitaliers ambulatoires ou stationnaires	16
6.1.2	Tarifs hospitaliers (stationnaires)	17
	19
6.1.3	Procédure administrative pour les hôpitaux	19
6.2	Participation aux coûts	20
7	Attestation de droit	21
7.1	Carte européenne d'assurance-maladie (CEAM)	21
7.1.1	Finalité de la CEAM	21

7.1.2	Utilisation de la CEAM	21
7.1.3	Prestations couvertes par la CEAM.....	21
7.1.4	La CEAM comme garantie de paiement.....	21
7.2	Certificat provisoire de remplacement	23
7.3	S2 – droit à un traitement prévu	24
7.3.1	Finalité de l’attestation S2.....	24
7.3.2	Utilisation de l’attestation S2.....	24
7.3.3	Prestations couvertes par l’attestation S2	24
7.4	Distinction du droit aux prestations entre CEAM, CPR et S2.....	25
7.5	Distinction du droit aux prestations entre séjour temporaire et résidence	25
8	Divers.....	26
8.1	Aperçu du processus d’aide en matière de prestations	26
9	Glossaire.....	27
10	Mentions légales.....	28
11	Remarque, clause de non-responsabilité et reproduction.....	28

Informations relatives à la feuille informative

La présente feuille informative se fonde sur les dispositions actuelles du droit de coordination. Par «droit de coordination», on entend les dispositions du règlement général (CE) n° 883/2004 et du règlement d'exécution (CE) n° 987/2009 ainsi que les décisions et recommandations de la Commission administrative.

Afin que vous puissiez vous reporter plus facilement à la législation, vous trouverez à de multiples reprises des indications entre parenthèses portant sur les fondements juridiques. Il s'agit soit d'un article extrait du règlement général ou d'exécution, soit de décisions de la Commission administrative ou encore de fondements du droit suisse. Dans la suite du texte, le nom complet des règlements général et d'exécution est abrégé par règlement 883/2004 ou règlement 987/2009.

Nous souhaitons vous familiariser à cette thématique parfois très complexe à l'aide d'exemples pratiques et de manière parlante. Nous attirons votre attention sur le fait que, en raison de la multitude de cas, nous ne pouvons pas reproduire chaque situation individuelle.

Vous trouverez sur le côté droit extérieur une colonne que nous avons prévue pour vos notes personnelles.

Les termes revêtant une importance particulière sont **marqués en gras**.

Vous verrez à certains endroits des symboles avec une signification spécifique:



Le texte derrière ce symbole représente la situation (actuelle) en Suisse.



Attention: ce symbole signale un problème éventuel qui se pose.



Conseil pratique: les conseils pratiques vous donnent de précieuses indications auxquelles vous devez particulièrement faire attention et des recommandations vous indiquant comment vous pouvez résoudre facilement la situation dans la pratique.

Si un point n'est toutefois pas clair, n'hésitez pas à nous contacter. Nous vous assisterons volontiers. Vous trouverez nos coordonnées dans les mentions légales.

Nous vous prions de lire attentivement les informations contenues dans la section «Remarque, clause de non-responsabilité et reproduction».

Il reste pour finir une remarque pour vous mettre à jour. Il n'est pas exclu que le droit de coordination fasse l'objet d'amendements après la publication d'une édition de la feuille informative. Ces amendements seront intégrés et publiés dans le cadre d'une révision constante de la feuille informative. Cette révision a lieu à intervalles réguliers.

Nous restons ouverts à toutes suggestions, demandes ou propositions d'améliorations. Vous contribuerez ainsi considérablement à la qualité de la présente feuille informative. Nous vous en remercions!

1 Qu'est-ce que l'Institution commune LAMal?

L'Institution commune LAMal est une fondation conformément à l'article 18 de la LAMal qui a été fondée par les assurances-maladies à l'entrée en vigueur de la LAMal le 1^{er} janvier 1996. Son siège social se situe à Soleure. Ses missions lui sont attribuées par le Parlement (dans la LAMal), par le Conseil fédéral, par les assurances et par chaque canton.

La coordination internationale de l'assurance-maladie constitue la mission principale de l'Institution commune LAMal. Lors de l'application de l'accord sur la libre circulation des personnes ou de l'accord AELE révisé, elle assume aussi bien des missions en tant qu'organisme de liaison que des missions en tant qu'institution d'entraide dans les domaines de la santé, de la maternité et des accidents non professionnels.

L'objectif de l'entraide interétatique en matière de prestations est de faciliter la libre circulation transfrontalière des personnes dans l'espace UE/AELE. Les règlements UE n° 883/2004 (règlement général) et UE n° 987/2009 (règlement d'exécution) en constituent les fondements juridiques.

Pour l'entraide en matière de prestations, les personnes qui sont couvertes légalement par une assurance-maladie dans un État de l'UE/AELE bénéficient de prestations pour des traitements en Suisse conformément aux dispositions de la LAMal. Une attestation de droit de votre assurance-maladie est nécessaire (par exemple: une carte européenne d'assurance-maladie). Les fournisseurs de prestations sont tenus de garantir au ressortissant de l'UE ou de l'AELE habilité à recevoir cette entraide les mêmes prestations légales et aux mêmes conditions qu'à une personne assurée en Suisse. Le droit aux prestations, les tarifs applicables et la participation aux frais sont par conséquent conformes au droit de l'assurance-maladie suisse pour le cas de traitement.

Le droit aux prestations de personnes qui ne séjournent en Suisse que temporairement est un peu moins étendu que pour les personnes qui habitent en Suisse. L'Institution commune LAMal réclame aux assurances-maladie étrangères le remboursement des frais de traitement dont elle s'est acquittée.

2 Principes et définitions du droit de coordination

Depuis l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) le 1^{er} juin 2002, les règlements (CEE) n° 1408/71 et 574/72 s'appliquent également à la Suisse.

2.1 Relation Suisse – UE

Le règlement général (CE) n° 883/2004 et le règlement d'exécution (CE) n° 987/2009 sont applicables depuis le 1^{er} mai 2010 dans les relations entre États membres de l'UE: À cette date, les anciens règlements (CEE) n° 1408/71 et 574/72 étaient encore applicables à la Suisse. L'application à la Suisse des nouveaux règlements nécessitait une révision de l'annexe II de l'accord sur la libre circulation. L'annexe révisée est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2012 après approbation de la commission mixte. Depuis cette date, le droit de coordination révisé est également applicable à la Suisse.

2.2 Relation Suisse – AELE (Islande, Liechtenstein, Norvège)

Depuis la mise à jour de l'accord AELE (appendice 2 de l'annexe K) du 1^{er} janvier 2016, les règlements (CE) n° 883/2004 et 987/2009 sont également applicables dans les relations entre la Suisse et les États de l'AELE, soit l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège. Les mêmes dispositions du droit de coordination sont applicables que pour les relations entre les États de l'UE.

Le règlement (CE) n° 883/2004 (règlement général) réglemente les revendications des personnes assurées ainsi que leurs droits et leurs devoirs. Il inclut les règles déterminantes pour la coordination comme l'application des dispositions de la législation. Le règlement (CE) n° 987/2009 (règlement d'exécution) réglemente l'application administrative du règlement général, soit la manière de procéder, et s'adresse par conséquent principalement aux institutions ou organismes.

2.3 Principe de non-discrimination

Conformément à l'article 18 du TFUE (traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne), est interdite toute discrimination exercée en raison de la nationalité. Le même principe d'égalité de traitement se trouve également dans l'article 2 de l'ALCP: «Les ressortissants d'une partie contractante qui séjournent légalement sur le territoire d'une autre partie contractante ne sont pas, dans l'application [...] de cet accord, discriminés en raison de leur nationalité.» Il apparaît donc clairement que les ressortissants d'un État auquel le droit de coordination est applicable ont les **mêmes droits et devoirs** que les ressortissants de la Suisse.

2.4 Lieux où le droit de coordination est applicable (champ d'application territorial)

Comme susmentionné, les règlements (CE) n° 883/2004 et 987/2009 sont également applicables à la Suisse depuis le 1^{er} avril 2012. Le terme «**État membre**» utilisé dans les règlements doit être également appliqué à la Suisse (*article 1 point 2 de l'annexe II de l'ALCP*).

La liste suivante vous montre à quels États s'applique le droit de coordination du point de vue suisse :

Depuis le 1^{er} juin 2002 : Belgique (BE), Danemark (DK), Allemagne (DE), Finlande (FI), France (FR), Grèce (EL), Irlande (IE), Italie (IT), Luxembourg (LU), Pays-Bas (NL), Autriche (AT), Portugal (PT), Suède (SE), Espagne (ES), États de l'AELE : Islande (IS), Liechtenstein (LI), Norvège (NO)

Depuis le 1er avril 2006 : Estonie (EE), Lettonie (LV), Lituanie (LT), Malte (MT), Pologne (PL), Slovaquie (SK), Slovénie (SI), République tchèque (CZ), Hongrie (HU), Chypre (CY), Lettonie (LV)

Depuis le 1er juin 2009 : Bulgarie (BG), Roumanie (RO)

Depuis le 1er janvier 2017 : Croatie (HR)

Application provisoire* de la Convention de sécurité sociale entre le Royaume-Uni (RU) et la Suisse à partir du 1^{er} novembre 2021

Les relations entre la Suisse et le RU à partir du 1^{er} novembre 2021 sont réglées provisoirement dans la Convention du 9 septembre 2021 sur la coordination de la sécurité sociale. Les dispositions correspondent majoritairement à celles du règlement (CE) n° 883/2004. Les assurés auprès de l'assurance-maladie britanniques bénéficient des mêmes droits que ceux prévus par le règlement (CE) n° 883/2004 en cas des traitements nécessaires en Suisse et peuvent utiliser leur carte européenne d'assurance-maladie ou un certificat provisoire de remplacement.

*La convention entrera **définitivement** en vigueur au terme de la procédure légale de ratification de chaque État.

Pour les informations détaillées, voyez svp consulter <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/int/brexit.html> ainsi que la *lettre d'informations de l'OFSP du 1 novembre 2021*.

2.5 Personnes auxquelles le droit de coordination s'applique (champ d'application personnel)

Dans le sens de l'élargissement des droits, le **champ d'application personnel** du droit de coordination a été élargi à tous les ressortissants d'un État de l'UE/AELE et de la Suisse qui sont ou étaient assurés dans l'un de ces pays. Le champ d'application personnel s'étend également aux membres de la famille, indépendamment de leur nationalité, dans la mesure où ils peuvent faire valoir des droits dérivés, par exemple dans le cadre d'une activité lucrative de la personne assurée. Les réfugiés et les apatrides sont également concernés lorsqu'ils séjournent légalement dans un État de l'UE/AELE.

Si la personne n'entre pas dans le champ d'application personnel, elle est en principe exclue du champ d'application du droit de coordination en tant que ressortissant hors de l'UE/AELE. L'ALEP ne prévoit aucun élargissement du droit de coordination aux ressortissants hors de l'UE/AELE. D'un point de vue suisse, le nouveau droit de coordination s'applique uniquement aux ressortissants de l'UE/AELE et de la Suisse. Le règlement (UE) n° 1231/2010, qui régit également l'élargissement à d'autres ressortissants au sein des États de l'UE/AELE, ne s'applique pas à la Suisse.

3 Législation applicable sur la sécurité sociale

La législation applicable relative à la sécurité sociale joue un rôle central dans la coordination des systèmes de sécurité sociale. Si une personne travaille hors de son État de résidence, si une personne exerce plusieurs activités professionnelles dans différents États, etc., il faut déterminer quelles dispositions de la législation sur la sécurité sociale sont applicables à cette personne ou dans quel État elle doit payer des contributions à la sécurité sociale. Cette clarification est toujours requise lorsque, en théorie, deux législations sur la sécurité sociale ou plus pourraient être appliquées. Dans ce cas, différents aspects sont pris en compte, tels que le lieu de l'activité professionnelle, le lieu de résidence, la nature et le nombre d'activités, etc., et une analyse approfondie de la situation est parfois nécessaire.

3.1 Lieu de résidence / domicile

Le lieu de résidence / domicile peut avoir une influence décisive sur le choix de la législation applicable à une personne. Lors de l'analyse de la situation dans la pratique, le terme «lieu de résidence / domicile» crée souvent des incertitudes.

Dans le droit de coordination, le terme **lieu de résidence** est utilisé, ce qui correspond au **domicile** suisse. Pour définir le lieu de résidence d'une personne, le droit de coordination se base sur le **lieu de résidence habituelle** (*article 1 point j) du règlement 883/2004*). Dans l'*article 23*, le Code civil suisse parle du lieu où la personne séjourne avec l'**intention d'y séjourner durablement**. En outre, conformément au Code civil, un seul domicile de droit civil est possible.

Le lieu où la personne séjourne habituellement dépend du **centre de ses intérêts**.

Une personne a toujours son domicile où le centre de ses intérêts se trouvent. Afin de pouvoir déterminer ce centre d'intérêts, des critères subjectifs et objectifs doivent être pris en compte. Le lieu où la famille a son domicile est considéré comme un centre d'intérêts. Si la personne n'a pas de famille ou si la situation familiale est particulière, des renseignements plus détaillés de la personne assurée relatifs à son centre d'intérêts sont requis.

- Finalité, durée et continuité du séjour
- Nature et caractéristiques d'une éventuelle activité exercée
- Situation familiale et liens
- Sources de revenu en cas d'universitaires
- Logement (par exemple: location, logement particulier, collocation, etc.)
- Domicile fiscal de la personne

Ces caractéristiques sont en outre déterminantes en cas de désaccords **entre les institutions** de deux États membres ou plus. Elles déterminent alors le centre des intérêts de la personne d'un commun accord et juge de la situation de droit des assurances (*article 11 du règlement 987/2009*).

3.2 Subordination dans un seul État

Les différents systèmes juridiques dans les États de l'UE/AELE sont coordonnés en déterminant quel droit national est subordonné pour chaque personne concernée. La détermination de l'État compétent est un élément central du droit de coordination.

Une personne est toujours soumise à une obligation d'assurance d'un seul État (*article 11 paragraphe 1 du règlement 883/2004*). On ne prévoit pas d'obligation d'assurance dans deux États ou plus. Pour les employés et les indépendants, la législation de l'État membre dans lequel ils exercent leur activité est généralement applicable. Néanmoins, le lieu de l'activité lucrative n'est pas le seul élément déterminant pour l'évaluation de l'obligation d'assurance, le lieu de résidence joue également un rôle central. La subordination dans un État a pour conséquence que les cotisations doivent être versées à toutes les branches de la sécurité sociale conformément à la législation de cet État. On parle ici d'**État compétent**. Lorsque l'on se penche sur la coordination internationale de la sécurité sociale, on doit tout d'abord savoir à quel droit national la personne concernée est soumise ou quel État est compétent pour elle.

 Pour déterminer quelle législation est applicable, la caisse de compensation est compétente (se rendre sur Internet à l'adresse: <https://www.ahv-iv.ch/fr/Contacts/Offices-AI>).

L'autorité cantonale est responsable du contrôle de l'obligation d'assurance.

3.3 Activité lucrative et principe de l'affiliation au lieu de travail

Le droit de coordination repose sur le principe de l'affiliation au lieu de travail. Les ressortissants d'un État de l'UE/AELE sont soumis à la législation de l'État sur le territoire duquel ils exercent leur activité lucrative, même lorsqu'ils résident dans un autre État (*article 11 paragraphe 3 point a du règlement 883/2004*). Toute activité lucrative indépendante ou salariée est considérée comme activité professionnelle.

 En Suisse, est en principe considérée comme active toute personne qui est considérée comme travailleur au sens de la LAVS (loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants) ou du RAVS (règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants). Les caisses de compensation jouent un rôle décisif pour décider s'il s'agit d'une activité lucrative ou non.

4 Obligation d'assurance – principes

4.1 Domicile au sein de l'UE, en Islande ou au Norvège

En Suisse, sont ou restent soumises à l'obligation d'assurance les personnes suivantes, lorsqu'elles ont leur domicile dans un État de l'UE, en Islande ou au Norvège ou qu'elles y déménagent (article 1, paragraphe 2, point d. de l'OAMal, annexe XI du règlement 883/2004 n° 3).

- les travailleurs transfrontaliers en Suisse (sous réserve du droit d'option), les bénéficiaires de prestations à court terme en font également partie
- les retraités
- les bénéficiaires de prestations de l'assurance-chômage
- les membres de la famille des personnes mentionnées
- les membres de la famille non actifs d'un travailleur résidant en Suisse

4.2 Domicile en Suisse

4.2.1 Obligation d'assurance en Suisse

Toute personne domiciliée en Suisse doit s'affilier à une sécurité sociale en Suisse dans un délai de trois mois à partir de la prise de domicile ou de la naissance (*article 3 paragraphe 1 de la LAMal*). Si l'affiliation a lieu dans les délais, la personne est assurée à la date de prise de domicile ou de naissance. En cas d'affiliation tardive, la personne est assurée à la date de l'affiliation (*article 5 paragraphes 1 et 2 de l'OAMal*).

Ce délai de trois mois pour le début de l'obligation d'assurance est également applicable lorsqu'une personne vit depuis déjà un long moment en Suisse et était jusqu'ici assurée dans un État de l'UE/AELE et qu'elle est maintenant soumise à l'obligation d'assurance en Suisse pour l'une des raisons suivantes:

- prétention à une rente suisse de l'AVS, l'AI, la PP, l'AA et de l'AM
- exercice d'une activité lucrative en Suisse (en cas d'activité multipliée, uniquement quand une majeure partie de ses activités est exercée en Suisse)
- enfants lorsque l'un des parents exerce une activité lucrative en Suisse.

4.2.2 Obligation d'assurance dans l'UE/AELE

Ne sont pas soumises à l'obligation d'assurance en Suisse (extrait de la LAMal, article 2):

- les personnes tenues de s'assurer dans un État de l'UE/AELE parce qu'elles exercent une activité lucrative dans cet État,
- les personnes qui perçoivent une prestation d'une assurance-chômage étrangère et qui dépendent de la législation d'un autre État,
- les personnes qui touchent une rente d'un État de l'UE/AELE, dans la mesure où elles ne perçoivent aucune rente suisse,
- les membres de la famille de ces personnes lorsqu'elles sont couvertes par les travailleurs ou retraités et qu'elles ont droit à l'entraide en matière de prestations en Suisse.

5 Prestations dans l'État de résidence et de séjour

Le droit aux prestations dans un autre État naît lorsqu'une personne assurée séjourne temporairement dans un autre État ou est domiciliée dans un autre État et requiert un traitement médical et que son droit au traitement médical est justifié par une attestation de droit aux prestations. L'entraide en matière de prestations s'applique alors uniquement lorsque la personne assurée peut le justifier en conséquence.

5.1 Protection tarifaire

Conformément à l'article 44 de la LAMal, les fournisseurs de prestations doivent s'en tenir aux tarifs et prix déterminés par la loi et les autorités et ne peuvent facturer aucune autre redevance pour les prestations selon la LAMal. Cela s'applique aux traitements des assurés suisses ainsi que, par analogie, aux assurés des États de l'UE/AELE qui jouissent d'un droit à l'entraide en matière de prestations en Suisse.

Il existe également des réglementations similaires dans les États de l'UE/AELE. Les personnes assurées en Suisse selon la LAMal justifiant de leur droit aux prestations à l'aide d'une attestation jouissent également de la protection tarifaire selon la législation en vigueur dans chaque État.

Cette réglementation protège aussi bien les institutions compétentes que les personnes assurées de coûts excessifs pour les traitements médicaux demandés.

5.2 Prestations en cas de séjour temporaire

Pour la coordination des systèmes de sécurité sociale, on parle de séjour temporaire dans un autre État lorsque la personne séjourne dans un lieu qui n'est pas son lieu de résidence habituelle sans déplacer le centre de ses intérêts. La personne ne prévoit de séjourner dans un autre État que pour une durée limitée, pour enfin retourner dans son pays d'origine. La durée de séjour (approximative) est ainsi déjà connue. Le séjour temporaire n'est pas caractérisé par une durée déterminée. Il n'est pas absolument nécessaire de connaître la date exacte de retour, cela suffit lorsque la personne donne une période approximative (par ex. «je prévois de séjourner en Suisse pendant 18 mois comme fille au-pair»).

Il n'y a pas de date limite pour un séjour temporaire.

Les exemples suivants montrent à quelles fins une personne peut séjourner temporairement dans un autre État. Cette liste n'est pas exhaustive:

- vacances
- études
- détachement
- voyage d'affaires
- visite à des membres de la famille, des amis, etc.
- voyage effectué dans le but de bénéficier de prestations (cas soumis à autorisation)
- etc.

Il existe par conséquent trois conditions préalables pour le remboursement des frais en cas de séjour temporaire dans un État de l'UE/AELE:

- 
- nécessité médicale au vue de
 - la durée du séjour et
 - la nature des prestations.

L'ensemble de ces trois conditions doivent certes être remplies pour que les frais soient pris en charge, mais la nécessité médicale est un critère particulièrement important où l'avis du médecin joue un rôle décisif.

La personne assurée peut bénéficier de toutes les prestations qui sont nécessaires pour qu'elle puisse poursuivre son séjour et qu'elle n'ait pas à retourner chez elle pour faire l'objet d'un traitement (*article 25 paragraphe 3 du règlement 987/2009*).

Généralités:



Sont pris en charge les frais des traitements qui ne peuvent pas être reportés à la date prévue de retour dans l'État de résidence. Le traitement médical doit permettre le retour imminent dans l'État de résidence afin que le traitement réel ou la suite du traitement puisse y avoir lieu (le cas échéant).

5.2.1 Première consultation chez le médecin généraliste

Lorsque les deux autres critères (durée du séjour et nature de la prestation) sont remplis, les frais de la première consultation doivent en principe être remboursés sans examen complémentaire, car une première consultation est toujours nécessaire pour déterminer ce qui ne va pas chez le patient.

5.2.2 Consultations ultérieures

Les frais des consultations ultérieures doivent également être pris en charge, dans la mesure où ils sont en lien avec la durée prévue du séjour.

5.2.3 Portée du droit aux prestations

Une personne assurée et les membres de sa famille qui séjournent dans un autre État de l'UE/AELE peuvent bénéficier de prestations en nature selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si la personne concernée y était assurée (*article 19 paragraphe 1 du règlement 883/2004*).

5.2.4 Exercice du droit

Afin de faire valoir son droit aux prestations lors d'un séjour dans un autre État, la personne assurée présente au fournisseur de prestation un document délivré par son assurance-maladie compétente. Il peut s'agir de la carte européenne d'assurance-maladie, du certificat provisoire de remplacement ou de l'attestation S2. Si la personne assurée ne dispose pas d'un tel document, il peut être demandé auprès de l'institution compétente.

5.2.5 Particularités pour les hôpitaux situés à proximité de la frontière

En principe, pour les hôpitaux situés à proximité de la frontière avec un autre État, les mêmes conditions s'appliquent pour une prise en charge des frais dans le cadre de l'entraide en matière de prestations que pour les autres hôpitaux. Il faut vérifier si la prestation est requise pendant un séjour temporaire en Suisse, si la personne est domiciliée en Suisse ou si elle s'est rendue en Suisse dans le but de bénéficier du traitement.

Pour garantir la prise en charge des frais par l'Institution commune LAMal, il peut s'avérer pertinent de procéder à des clarifications plus précises pour chaque cas. Pour les personnes non domiciliées en Suisse, le document de déclaration du ou de la patient(e) relative à la durée et à la finalité du séjour en Suisse sert de support en cas de doutes.

5.2.6 Droit en cas de grossesse / d'accouchement

Si une femme ne se rend pas manifestement dans un autre État dans le but de bénéficier d'un traitement ou d'y accoucher, les prestations en nature qui s'avèrent nécessaires en lien avec une grossesse ou un accouchement sont également couvertes par les dispositions de l'article 19, paragraphe 1 du règlement 883/2004. Les frais doivent être facturés avec la carte européenne d'assurance-maladie comme prestations pendant un séjour temporaire.

Exemple

Une personne assurée et exerçant une activité lucrative en Italie est enceinte et séjourne en Suisse chez son conjoint depuis janvier. Il est prévu que leur enfant naisse le 16 juillet. Sa naissance tombe pendant la durée de son séjour en Suisse. En octobre, elle retournera en Italie et y reprendra son activité à la fin de son congé maternel. Elle nous demande à l'avance si les frais sont couverts avec la CEAM.

Solution

Les prestations en cas de grossesse et d'accouchement ne nécessitent aucune autorisation, à moins que la finalité du séjour soit de bénéficier du traitement. Dans cet exemple, la finalité du séjour n'est pas d'accoucher en Suisse, mais de rendre visite à son conjoint. Les frais d'accouchement sont par conséquent couverts par la carte européenne d'assurance-maladie.

Madame Elsass vit en France dans la ville limitrophe de Sainte-Louise. L'hôpital universitaire de Bâle est le plus proche et elle veut y accoucher. Les frais sont-ils couverts?

Solution

Madame Elsass se rend en Suisse dans le but de bénéficier d'un traitement médical. Une prise en charge des frais avec la CEAM n'est pas possible. Le cas échéant, la France lui délivre un S2 pour la Suisse.

5.2.7 Maladie chronique ou actuelle

Les prestations qui s'avèrent nécessaires en lien avec une **maladie chronique** ou **préexistante** sont également couvertes par les dispositions de l'*article 19, paragraphe 1 du règlement 883/2004*.

Il n'est pas impératif que le traitement médical dans l'État de séjour soit nécessaire suite à une maladie soudaine. Il suffit que le développement de l'état de santé de la personne assurée pendant son séjour temporaire soit en lien avec une maladie préexistante ou chronique (jugement de la Cour de justice de l'Union européenne).

Si l'on peut prévoir que la personne assurée nécessitera pendant son séjour temporaire un traitement médical vital qui n'est disponible que dans des institutions médicales spécialisées et/ou dans des institutions qui sont équipées d'appareils adaptés et/ou de personnel spécialisé adapté, un accord préalable est nécessaire entre la personne assurée et l'institution fournissant la prestation médicale afin d'assurer que le traitement est disponible pendant son séjour.

Cela vaut notamment pour (liste non exhaustive):



- dialyse rénale
- oxygénothérapie
- traitement de l'asthme particulier
- échocardiographie en cas de maladie auto-immunes chroniques
- chimiothérapie
- etc.

Exemple

Un assuré souffre d'une maladie rénale et nécessite une dialyse plusieurs fois par semaine. Il ne veut cependant pas renoncer à ses vacances. Il contacte l'hôpital local. Le traitement étant fixé à l'avance, il n'est pas sûr que son assurance-maladie prenne en charge les frais pour la dialyse.

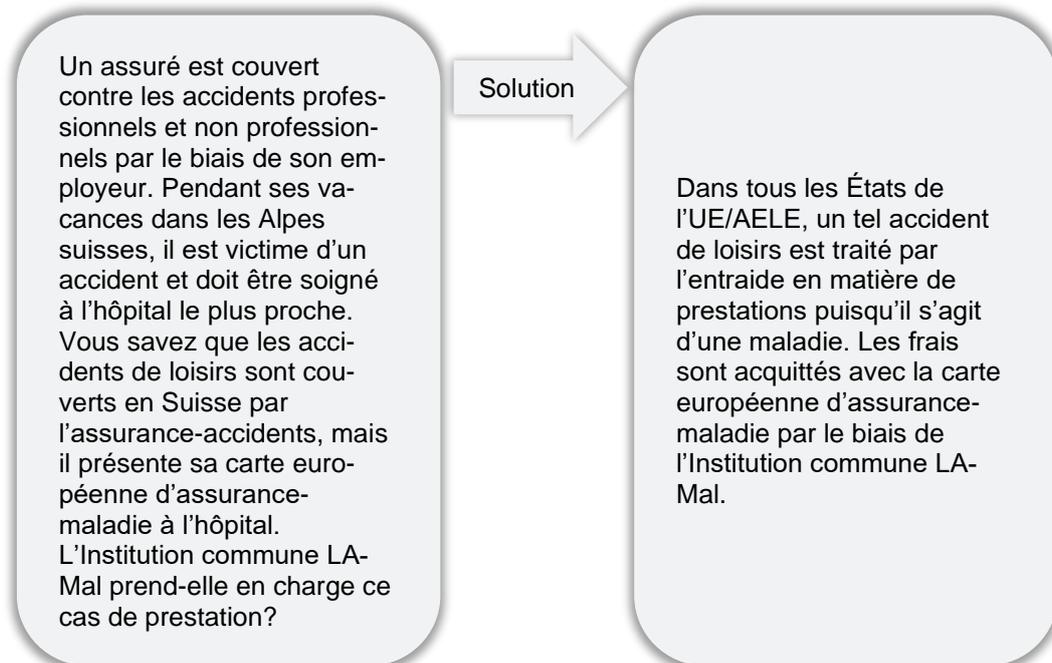
Solution

Les traitements (vitaux) en lien avec une maladie chronique sont également couverts par l'article 19, paragraphe 1 du règlement 883/2004. Les frais du traitement sont couverts avec la CEAM même si les traitements sont fixés à l'avance. Remarque: la finalité du séjour n'est pas de bénéficier du traitement, mais de passer des vacances.

5.3 Particularité: accidents non professionnels

Selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents, les employés en Suisse ne souscrivent pas à une assurance-accidents uniquement contre les accidents professionnels et les maladies professionnelles, mais également contre les accidents non professionnels (dans la mesure où le temps de travail hebdomadaire dépasse les huit heures). En revanche, dans les États de l'UE/AELE, les accidents non professionnels ou les accidents de loisirs sont assimilés à une maladie. Les accidents non professionnels sont par conséquent soumis aux dispositions du droit de coordination en cas de maladie.

Exemple



Dans le cadre de l'entraide en matière de prestations, les personnes assurées légalement issues des États de l'UE/AELE bénéficient de prestations pour des traitements en Suisse conformément aux dispositions de la loi fédérale relative à l'assurance-maladie LAMal, comme si elles étaient assurées en Suisse.

5.3.1 Accidents de travail

Les prestations en cas d'**accidents au travail (accidents professionnels)** sont prises en charge par SUVA, service international, Fluhmattstrasse 1, 6004 Lucerne, en tant qu'institution d'entraide.

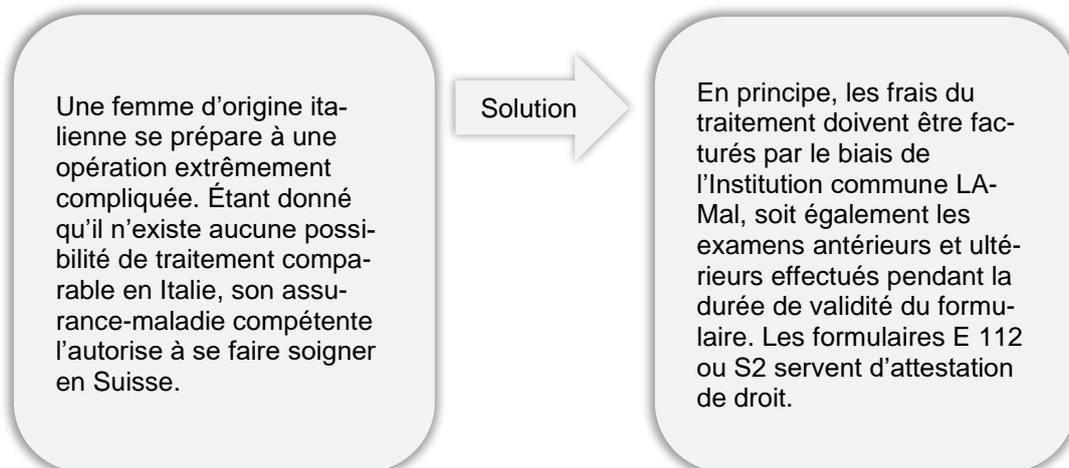
5.4 Remboursement des frais pour les prestations avancées

Un citoyen de l'UE/AELE (personne assurée) peut s'adresser directement au fournisseur de prestations en Suisse pour bénéficier du traitement médical. Une fois la facture acquittée, la personne assurée peut faire valoir son droit au remboursement des frais du traitement de différente manière. Elle peut soumettre la facture soit directement à l'Institution commune LAMal, soit à son assurance-maladie dans le pays d'origine, laquelle demandera des renseignements tarifaires par E 126 auprès de l'Institution commune LAMal.

5.5 Cas soumis à autorisation dans un État de l'UE/AELE

Les personnes qui ont été autorisées par leur assurance-maladie compétente à se rendre en Suisse pour y bénéficier d'un traitement adapté à leur état de santé ont droit à toutes les prestations nécessaires d'un point de vue médical qui découlent de cette autorisation. Ils justifient de leur droit aux prestations avec l'attestation S2.

Exemple:



5.6 Le patient a souscrit à une assurance-maladie privée

Lorsque le patient a souscrit à une assurance-maladie privée, les frais couverts par l'assurance privée ne peuvent pas être facturés par le biais de l'Institution commune LAMal. L'entraide en matière de prestations se limite exclusivement aux patients qui sont couverts par une assurance-maladie obligatoire. Lorsque le patient a également souscrit à une assurance complémentaire privée en plus de son assurance-maladie obligatoire, cette assurance privée prend en général les frais qui ne sont pas couverts par l'assurance obligatoire des soins (AOS) (par exemple: séjour dans un service semi-privé ou privé). Dans ces cas-là, le fournisseur de prestations doit répartir les frais.

6 Procédure administrative

6.1 Délivrance des attestations de droit

Contrairement aux assurances-maladies, l'Institution commune LAMal n'a aucune base d'assurés fixes. Afin de pouvoir facturer des prestations, les informations personnelles doivent tout d'abord être enregistrées dans le système informatique de l'Institution commune LAMal.

- Les personnes domiciliées en Suisse possèdent la carte d'assurance-maladie suisse de l'Institution commune LAMal.
- Pour les personnes en séjour temporaire, l'Institution commune LAMal a impérativement besoin des documents suivants :
 - attestation de droit (copie de la carte européenne d'assurance-maladie valide, du certificat provisoire de remplacement ou de l'attestation S2)
 - adresse actuelle du patient à l'étranger.
 - copie d'une pièce d'identité (p. ex., carte d'identité, passeport)
 - Dans le cas de membres de la famille sans activité lucrative (conjoint, enfants) qui n'ont pas eux-mêmes la nationalité de l'UE/AELE mais qui sont membre de famille d'un citoyen de l'UE/AELE : Copie du recto et du verso de la pièce d'identité (p. ex., carte d'identité, passeport) des deux personnes.
 - Ces documents doivent être transmis à l'Institution commune LAMal par e-mail, fax ou courrier au moins cinq jours ouvrés avant la facture électronique. Il est important que les documents soient bien lisibles.

Adresse postale:

Institution commune LAMal
Coordination internationale en assurance-maladie
Industriestrasse 78
4600 Olten

Fax:
032 625 30 90

E-mail:
info@kvg.org

6.1.1 Traitements hospitaliers ambulatoires ou stationnaires

Sauf accord spécial contraire, les conventions de tarifsuisse ag font foi pour l'assurance obligatoire des soins, conformément à l'article 19, paragraphe 4 de l'OAMal.

LAMal, la loi suisse sur l'assurance-maladie, permet aux personnes assurées de choisir librement entre les fournisseurs de prestations autorisés pour l'assurance-maladie qui sont adaptés pour le traitement.

Conformément à l'article 44 de la LAMal, les fournisseurs de prestations doivent s'en tenir aux tarifs et prix déterminés par la loi et les autorités et ne peuvent facturer aucune autre redevance pour les prestations selon cette loi (protection tarifaire).

6.1.2 Tarifs hospitaliers (stationnaires)

Conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), l'Institution commune LAMal doit prendre en charge les frais pour le séjour et le traitement dans le service général d'un hôpital (en cas de nécessité d'hospitalisation avérée). Les hôpitaux sont homologués lorsqu'ils sont mentionnés dans la liste des hôpitaux cantonaux avec un mandat de prestations correspondant. En fonction du groupe de personnes, les frais sont pris en charge avec ou sans la part cantonale. Contrairement aux assurances-maladie, l'Institution commune LAMal ne peut pas conclure de conventions sur le remboursement de prestations faisant partie de l'assurance obligatoire des soins avec les hôpitaux n'étant pas énumérés sur la liste des hôpitaux. Les contrats de tarification ag (article 19, paragraphe 4 de l'OAMal) pour l'assurance obligatoire des soins font foi.

Personnes en séjour permanent

Les personnes en séjour permanent reçoivent une carte d'assurance délivrée par l'Institution commune LAMal. En cas de traitement stationnaire, le remboursement est pris en charge proportionnellement par l'Institution commune LAMal et le canton de résidence selon l'article 49a de la LAMal (à l'exception des ambassadeurs, cf. tableau ci-dessous).

Personnes en séjour temporaire

Carte européenne d'assurance-maladie (touristes, étudiants, délégués, etc.)
Certificat provisoire de remplacement
Formulaire E 112 ou S2 (traitement médical prévu en Suisse)

En cas de traitement stationnaire, l'Institution commune LAMal prend également en charge la part cantonale, dans la mesure où il s'agit d'un traitement nécessaire d'un point de vue médical, lequel ne peut pas être reporté jusqu'à la date prévue de retour dans le pays d'origine.



Aperçu:

Catégorie de personnes	Tarif applicable		Participation aux frais
	ambulatoire	stationnaire	
Personnes en séjour temporaire	Tarif pour un assuré suisse sur le lieu de traitement	Tarif hors canton (article 49 de la LAMal, article 37 paragraphe 2 de l'OAMal)	CHF 92 pour les adultes à partir de 18 ans, CHF 33 pour les enfants (article 103, paragraphe 6 de l'OAMal).
Personnes domiciliées en Suisse	Tarif pour les habitants du canton	Tarif pour les habitants du canton	Franchise de CHF 300 et 10 % de quote-part de max. CHF 700,00 (article 102, paragraphes 1-4 de l'OAMal) Enfants sans franchise uniquement 10 % de quote-part de max. CHF 350,00
Personnel des missions diplomatiques et services consulaires	Tarif pour un assuré suisse sur le lieu de traitement	Tarif hors canton (article 49 de la LAMal, article 37 paragraphe 2 de l'OAMal)	Franchise de CHF 300 et 10 % de quote-part de max. CHF 700,00 Enfants sans franchise uniquement 10 % de quote-part de max. CHF 350,00
Habitants de Büsingen	Tarif pour un assuré suisse dans le canton de Schaffhouse	Tarif hors canton (article 49 de la LAMal, article 37 paragraphe 2 de l'OAMal)	CHF 300 et 10 % de quote-part Enfants sans franchise uniquement 10 % de quote-part de max. CHF 350,00
Habitants de Campione d'Italia	Tarif pour un assuré suisse dans le canton de Tessin	Tarif hors canton (article 49 de la LAMal, article 37 paragraphe 2 de l'OAMal) – canton de Tessin	CHF 92 pour les adultes, CHF 33 pour les enfants

Pour tous: taxe hospitalière journalière de CHF 15 à partir de 26 ans

Aucune participation aux frais en cas de maternité (article 104, paragraphe 2c)

6.1.3 Procédure administrative pour les hôpitaux

✓ Check-list de prise en charge des patients

Un patient est hospitalisé pour un traitement ambulatoire ou stationnaire. Cela comprend également les réadmissions ainsi que les traitements et contrôles de suivi.

- ✓ Couvert par une assurance obligatoire dans un État de l'UE/AELE.
- ✓ Attestation de droit valide (regarder date de validité) pour toutes les étapes de traitement ou la durée totale du traitement: CEAM, CPR, S2 ou la carte d'assurance de l'IC LAMal.
- ✓ copie du recto et du verso d'une pièce d'identité (p. ex., carte d'identité, passeport).
- ✓ adresse complète et valide (notamment pour les personnes domiciliées à l'étranger).
- ✓ Pour les enfants, le nom et prénom des parents.
- ✓ Dans le cas de **membres de la famille** sans activité lucrative (conjoint, enfants) qui n'ont pas eux-mêmes la nationalité de l'UE/AELE mais qui sont membre de famille d'un citoyen de l'UE/AELE : Copie du recto et du verso de la pièce d'identité (p. ex., carte d'identité, passeport) **des deux personnes**.
- ✓ Il s'agit d'un risque couvert (maladie, maternité, accident non professionnel).
⇒ **Les accidents professionnels** sont à la charge de SUVA, service international, Fluhmattstrasse 1, 6004 Lucerne.
- ✓ Prestation obligatoire de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.
- ✓ Traitement en relation de cause à effet avec l'attestation de droit en cas de séjours temporaires (CEAM, CPR): traitements médicaux nécessaires pendant la durée prévue de séjour.
- ✓ En l'absence d'attestation de droit valide, prise de contact sur place avec l'institution compétente dans l'État de résidence. L'assurance étrangère délivre une attestation de droit correspondante et la transmet à l'hôpital.
Contact: http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=fr

✓ Check-list pour la facturation des prestations aux patients

- ✓ Envoyer les documents par la poste à: IC LAMal, Industriestrasse 78, 4600 Olten. Par fax à ce numéro: 032 625 30 90 ou par e-mail à: info@kvg.org.
- ✓ Remarque: pour les patients avec une carte d'assurance de l'IC LAMal, aucun document ne doit être déposé.
- ✓ Documents: attestation de droit valide (important: les copies doivent être bien lisibles), adresse complète et correcte, coordonnées des parents pour les enfants, copie du recto et du verso d'une pièce d'identité (p. ex., carte d'identité, passeport)
- ✓ Dans le cas de **membres de la famille** sans activité lucrative (conjoint, enfants) qui n'ont pas eux-mêmes la nationalité de l'UE/AELE mais qui sont membre de famille d'un citoyen de l'UE/AELE : Copie du recto et du verso de la pièce d'identité (p. ex., carte d'identité, passeport) **des deux personnes**.
- ✓ Les documents arrivent 5 jours avant la facture auprès de l'IC LAMal (regroupement des processus suite à une absence d'assurés fixes, évite les questions ou les demandes de documents).
- ✓ Facturation selon les conventions et tarifs de tarifsuisse ag, Soleure (protection tarifaire).
⇒ Stationnaire pour les résidences: service général (part de l'assurance), facturation de la part cantonale au canton.
⇒ Stationnaire pour les séjours temporaires: service général (part de l'assurance et du canton à l'Institution commune LAMal).
- ✓ Délivrer la facture par voie électronique. EAN: 7601003005530
- ✓ En l'absence de documents, la facture est adressée aux patients ou à une autre assurance (assurance voyage et vacances, assurance privée).

6.2 Participation aux coûts

Les personnes qui bénéficient de l'entraide en matière de prestations en Suisse doivent participer aux coûts du traitement. La participation aux coûts est facturée ultérieurement au patient ou déduit du montant du remboursement.

Pour les personnes qui ne séjournent que temporairement en Suisse, la participation aux coûts est prélevée sous forme forfaitaire pour la franchise et la quote-part (article 103, paragraphe 6 de l'OAMal). Celle-ci s'élève actuellement à CHF 92 pour les adultes et à CHF 33 pour les enfants âgés de moins de 18 ans dans un délai de 30 jours (ne doit cependant pas dépasser le montant de la facture). Ce délai de 30 jours débute au premier jour du traitement.

Pour les personnes habitant en Suisse, la franchise d'un montant actuel de CHF 330 et la quote-part de 10 % des frais dépassant la franchise sont prélevées chaque année civile. Le plafond annuel de la quote-part s'élève actuellement à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants âgés de moins de 18 ans. Aucune franchise n'est prélevée pour les enfants.

En cas d'hospitalisations et de séjours de rééducation stationnaires, un montant hospitalier de CHF 15 est prélevé par jour pour tous les adultes de plus de 26 ans, en plus de la participation aux coûts. Il s'agit d'une contribution propre pour les soins.

En cas de prestations pour maternité, aucune participation aux frais n'est en principe prélevé.

7 Attestation de droit

7.1 Carte européenne d'assurance-maladie (CEAM)

Anglais: *European Health Insurance Card - EHIC*

7.1.1 Finalité de la CEAM

La CEAM est délivrée à toutes les personnes soumises à l'obligation d'assurance en Europe. Elle est imprimée au verso de la carte nationale d'assurance-maladie et confère un droit aux traitements nécessaires d'un point de vue médical en cas de séjour temporaire dans un autre État, en tenant compte de la nature de la prestation et de la durée prévue de séjour.

7.1.2 Utilisation de la CEAM

La CEAM doit être directement présentée au fournisseur de prestations auprès duquel la personne assurée bénéficie du traitement médical. Pour les demandes de remboursement, cette carte doit être également présentée à l'institution d'entraide le cas échéant.

⚠ Attention: la CEAM est une pièce d'identité. Elle doit être présentée au fournisseur de prestation et doit lui être également délivrée (par exemple: pour en faire une copie), mais doit ensuite être récupérée par la personne assurée. Demander le passeport ou la carte d'identité pour vérifier l'identité de la personne ou du titulaire de la carte.

7.1.3 Prestations couvertes par la CEAM

Les prestations en nature qui s'avèrent nécessaires d'un point de vue médical pendant le séjour sont couvertes par la CEAM. Le type de prestations et la durée prévue du séjour doivent être pris en compte. La personne assurée peut réclamer les prestations nécessaires d'un point de vue médical qu'il requiert afin de ne pas avoir à retourner dans son État de résidence plus tôt que prévu. En outre, sont pris en charge par le biais de la CEAM les coûts des traitements qui ne peuvent pas être reportés à la date prévue de retour dans l'État de résidence. Ce droit ne se limite pas aux urgences seules.

7.1.4 La CEAM comme garantie de paiement

C'est une pièce d'identité qui est valable lorsque la date imprimée (en bas à droite) n'a pas encore expirée. Elle oblige en principe l'assurance-maladie à prendre en charge les frais même quand la personne n'est plus assurée chez elle. Les conséquences d'un abus sont assumées par l'assurance-maladie ayant délivré la carte. Elle peut cependant demander l'aide de la nouvelle assurance-maladie compétente dans un autre État pour le recouvrement des prestations éventuellement revendiquées (pour autant qu'elles soient connues).



La couronne d'étoiles doit être pré-

Institution compétente / assurance-
Date d'expiration de la



Comment identifier la CEAM:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=653&langId=fr>

le novembre 2021

La carte est facilement reconnaissable. Le recto de la carte est identique et contient les mêmes informations dans chaque pays, dans leurs langues respectives. En revanche, le verso de la carte varie d'un pays à l'autre.



CEAM dans les langues respectives:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=563&langId=fr#nationalinfo>

Autres exemples (modèles):



France



Italie

Carte périmée s'appuyant sur l'exemple de la Roumanie:





7.2 Certificat provisoire de remplacement

Le certificat de remplacement est un équivalent de la carte européenne d'assurance-maladie qui est utilisé lorsque la personne assurée ne dispose pas de la carte. Ce certificat a une date de début ainsi qu'une date d'expiration. Le certificat provisoire de remplacement peut être demandé directement par le fournisseur de prestations auprès de l'institution compétente ou par le biais de la personne assurée.



Répertoire des institutions compétentes:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1028&langId=fr>

**BESCHEINIGUNG ALS PROVISORISCHER ERSATZ FÜR DIE
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

Gemäß Anhang 2 des Beschlusses Nr. 190 vom 18. Juni 2003
betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte

Bezeichnung des Vortrucks Ausgabemitgliedstaat

1. E- _____ 2. CH _____

Angaben zum Karteninhaber

3. Name: _____ **Nom de la personne as-**
4. Vornamen: _____
5. Geburtsdatum: _____
6. Persönliche Kennnummer: _____

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers: _____

Angaben zur Karte

8. Kennnummer der Karte: _____
9. Ablaufdatum: _____

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung Ausgabedatum der Bescheinigung

a) vom: _____ c) _____
b) bis: _____

Stempel des Trägers und Unterschrift

d) **Nom de l'institution /
visé par voie électro-
nique ou avec un tam-
pon et une signature**

Hinweise und Informationen

Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.

La période doit être complétée

7.3 S2 – droit à un traitement prévu

7.3.1 Finalité de l'attestation S2

L'attestation S2 confère à la personne assurée le droit de se rendre dans un autre État pour y faire l'objet d'un traitement médical.

7.3.2 Utilisation de l'attestation S2

L'attestation S2 doit être présentée soit à l'institution d'entraide de l'État dans lequel la personne assurée s'est rendue dans le but de bénéficier du traitement, soit directement au fournisseur de prestations.

7.3.3 Prestations couvertes par l'attestation S2

Les prestations s'accordent avec les dispositions de la législation de l'État dans lequel la personne assurée s'est rendue. La durée de l'octroi des prestations dépend cependant des dispositions de la législation de l'État compétent (durée de validité du certificat).

Points contrôlés: nom de la personne assurée, nom du fournisseur de prestations ou type de traitement, durée de validité ainsi que nom de l'institution et visé S2

S2 Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit

Anspruch auf eine geplante Behandlung
 Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009^(*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/ DIE INHABER/ IN

Mit diesem Dokument wird bescheinigt, dass Sie Anspruch auf eine bestimmte medizinische Behandlung im Ausland haben. Wenn Sie diese Bescheinigung dem Krankenversicherungsträger des Staats vorlegen, in dem die Behandlung durchgeführt wird, werden Sie zu den gleichen Bedingungen medizinisch behandelt wie Personen, die in diesem Staat versichert sind.
 Unter Umständen haben Sie Anspruch auf eine zusätzliche Erstattung gemäß den nationalen Erstattungssätzen. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Krankenversicherungsträger. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/ DER INHABERIN

1.1	Persönliche Versicherungsnummer im zuständigen Mitgliedstaat		
1.2	Nachname		
1.3	Vorname(n)		
1.4	Geburtsdatum (**)		
1.5	Geburtsort		
1.6	Aktuelle Anschrift		
1.7	Straße, Nr.	1.6.3	Postleitzahl
1.8	Ort	1.6.4	Ländercode

Nom de la per-

2. ART UND ORT DER BEHANDLUNG

2.1	Behandlung		
2.2	Ort der Behandlung		
2.3	Voraussichtliche Behandlungsdauer		
2.3.1	Beginn	2.3.2	Ende

Nom du fournisseur de prestations et/ou type de traite-

La période doit être complétée

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 20, 27 und 36, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 26 und 33.
 (**) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

1/2

S2 Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit

Anspruch auf eine geplante Behandlung

3. AUSSTELLENDER TRÄGER

3.1	Name		
3.2	Straße, Nr.		
3.3	Ort		
3.4	Postleitzahl	3.5	Ländercode
3.6	Kenn-Nummer des Trägers		
3.7	Faxnummer		
3.8	Telefonnummer		
3.9	E-Mail		
3.10	Datum		
3.11	Unterschrift		

Nom de l'institution / visé par voie électronique ou avec un tampon et une signature

STEMPEL

7.4 Distinction du droit aux prestations entre CEAM, CPR et S2

Attestation de droit aux prestations	Carte européenne d'assurance-maladie (CEAM), CPR	S2
Type de séjour	Temporaire	Temporaire
Motif du séjour	Vacances, études, stage, détachement, voyage d'affaires, transit, etc.	Entrée pour un traitement médical
Droit aux prestations	Traitement nécessaire d'un point de vue médical, en prenant en compte le type de prestations et la durée prévue de séjour	Durée de validité du formulaire
Ensemble de prestations	Prestations selon la LAMal	Prestations selon la LAMal
Durée limite	Pendant la durée de séjour prévue	Conformément au formulaire
Choix du fournisseur de prestations	Fournisseur de prestations reconnu dans toute la Suisse	Fournisseur de prestations mentionné dans le formulaire

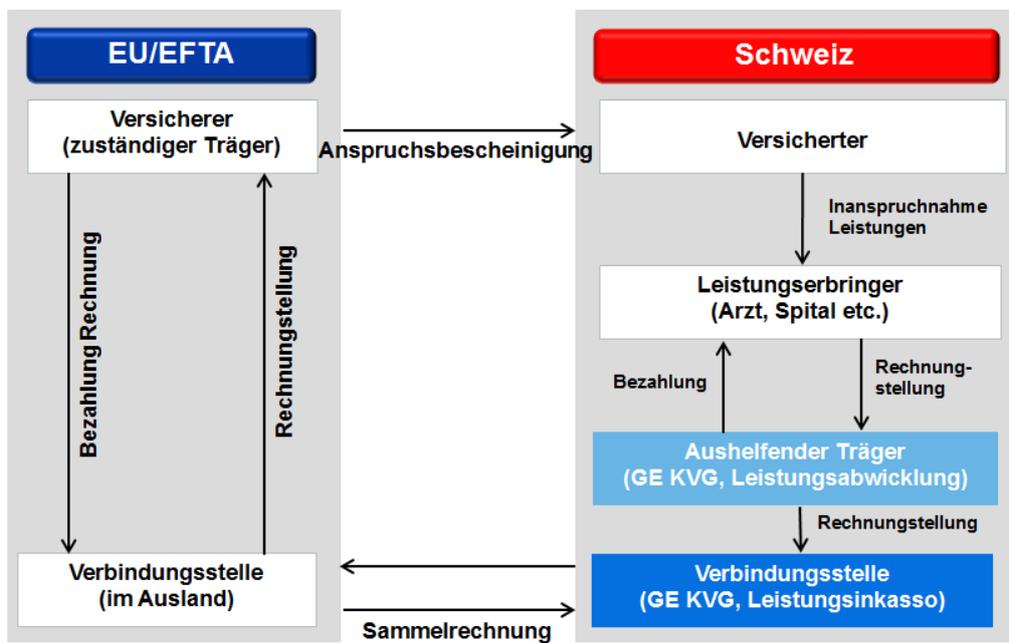
7.5 Distinction du droit aux prestations entre séjour temporaire et résidence

Attestation de droit aux prestations	CEAM/CPR/S2/E 112	Carte d'assuré de l'IC LAMal
Type de séjour	Temporaire Résidence dans l'UE/AELE	Résidence en Suisse
Motif du séjour	Vacances, études, entrée pour un traitement médical	Délégué, ambassadeur, retraité et les membres de sa famille
Droit aux prestations	Traitement nécessaire d'un point de vue médical, en prenant en compte le type de prestations et la durée prévue de séjour	Durée de validité du formulaire. Pour les traitements prévus et d'urgence
Ensemble de prestations	Prestations selon la LAMal	Prestations selon la LAMal
Durée limite	Dans la durée prévue de séjour	Conformément au formulaire
Choix du fournisseur de prestations	Fournisseur de prestations reconnu dans toute la Suisse	Fournisseur de prestations reconnu dans toute la Suisse

8 Divers

8.1 Aperçu du processus d'aide en matière de prestations

Le diagramme suivant vous donne un aperçu du processus d'aide en matière de prestations, depuis la délivrance de l'attestation de droit jusqu'à la facturation selon les coûts réels:



9 Glossaire

Institution d'entraide

Institution qui est tenue d'avancer les frais des prestations pour l'institution compétente, conformément au droit de coordination.

Ressortissants hors de l'UE/AELE

Un ressortissant hors de l'UE/AELE est un ressortissant d'un État qui ne se trouve pas dans le champ d'application territorial du droit de coordination, soit ni dans un État de l'UE ni de l'AELE.

AELE

AELE signifie «Association européenne de libre-échange» (en anglais *European Free Trade Association*, EFTA). Cette organisation a été fondée en 1960 par l'Autriche, le Danemark, la Norvège, le Portugal, la Suède et la Suisse et avait pour but d'encourager le libre-échange entre ses États membres. La Finlande, l'Islande et le Liechtenstein ont ensuite suivi. Après la création de la CEE, l'AELE n'est aujourd'hui composée que de l'Islande, du Liechtenstein, de la Norvège et de la Suisse.

Organisme de liaison

Les conventions internationales de sécurité sociale mentionnent un organisme de liaison pour chaque État et branche de la sécurité sociale. Dans le secteur de l'assurance-maladie, les organismes de liaison ont pour mission de soutenir les institutions d'assurance-maladie, les fournisseurs de prestations, les assurés et les autres organismes lors de la mise en application des contrats internationaux.

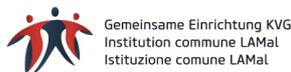
Institution compétente

Institution auprès de laquelle la personne concernée est assurée.

État compétent

État dans lequel l'institution compétente a son siège.

10 Mentions légales



Éditeur

Institution commune LAMal
Domaine de l'institution d'entraide
Industriestrasse 78
4600 Olten
www.kvg.org/fr

Auteurs

Daniel Lorenz, Sandra Scherrer

En cas de questions

Urs Ackermann, directeur de l'institution
d'entraide
E-mail: urs.ackermann@kvg.org
Téléphone: 032 625 30 30

11 Remarque, clause de non-responsabilité et reproduction

Cette feuille informative a été rédigée au mieux de nos connaissances et de nos capacités. L'objectif est de vous fournir des informations les plus complètes, actuelles et précises possibles afin de vous faciliter l'évaluation de situations transfrontalières et de vous permettre de réagir sans difficultés à ces cas. Des mises à jour sont effectuées et communiquées à des intervalles réguliers non déterminés. Il n'est pas exclu que des amendements soient réalisés entre-temps après la publication ou que des erreurs se soient glissées. Nous vous serions reconnaissants si vous pouviez nous signaler les erreurs aussi rapidement que possible.

Nous n'assumons aucune responsabilité quant aux informations contenues dans la présente feuille informative. Ces informations ne donnent droit à aucune prétention. Seuls les fondements juridiques font foi.

La présente feuille informative est un guide de référence pour les pratiques quotidiennes des fournisseurs de prestations. Son contenu peut être reproduit à des fins de formation. Elle ne peut être transmise à des tiers qu'après accord préalable de l'éditeur.