

Guide

**concernant l'assurance-maladie en rapport avec
l'UE/AELE et l'entraide en prestations pour les
personnes assujetties à l'assurance-maladie
obligatoire (LAMal) en Suisse**



Préface

Chère lectrice,
Cher lecteur

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez au guide concernant l'assurance-maladie en rapport avec l'UE/AELE et l'entraide en prestations pour les personnes avec une assurance de base en Suisse.

L'accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) est l'un des sept accords bilatéraux I entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part. L'ALCP contient des dispositions sur la circulation des personnes, la reconnaissance mutuelle des diplômes et la coordination des systèmes de sécurité sociale (annexe II). L'annexe II de l'ALCP constitue la base de la coordination dans le domaine de l'assurance maladie, c'est-à-dire le domaine juridique dans lequel vous exercez votre activité quotidienne. L'annexe II renvoie aux dispositions du règlement de base (CE) n° 883/2004 et du règlement d'application (CE) n° 987/2009 ainsi qu'aux décisions et recommandations de la commission administrative. C'est ce qu'on appelle le droit de coordination.

Ce guide vous donne les connaissances dont vous avez besoin pour identifier et analyser plus facilement les questions liées à l'UE/AELE et vous aide à prendre une décision. A cet effet, il contient des informations sur la base juridique et ses conséquences et il illustre par des exemples qui se produisent dans votre pratique professionnelle quotidienne. Ce guide s'adresse à tous les assureurs maladie et donc aussi à ceux qui n'offrent pas d'assurance aux personnes résidant dans un pays de l'UE/AELE.

Nous vous souhaitons beaucoup d'ardeur pendant la lecture de ce guide et beaucoup de succès dans le traitement de vos dossiers !

Vous avez des questions ? Les collaborateurs de l'Institution commune LAMal sont à votre disposition.

Cordialement



Daniel Lorenz
Coordination internationale assurance maladie
Institution commune LAMal

Soleure, juin 2013

Informations sur le guide

Veuillez lire les informations utiles suivantes avant de vous plonger dans les différents chapitres.

Ce guide s'appuie sur les dispositions actuelles de la loi sur la coordination. Le droit dit de coordination renvoie aux dispositions du règlement de base (CE) n° 883/2004 et du règlement d'application (CE) n° 987/2009 ainsi qu'aux décisions et recommandations correspondantes de la commission administrative.

Afin de vous faciliter la compréhension de la base juridique, vous trouverez entre parenthèses des informations sur la base juridique à de nombreux endroits. Il s'agit soit d'articles de règlement de base ou du règlement d'application, soit de décisions de la commission administrative, soit des fondements du droit suisse. Les appellations « règlement de base » et « règlement d'application » seront abrégé par la suite avec les abréviations suivantes R 883/2004 ou R 987/2009, R étant l'abréviation pour règlement.

Vous trouverez des explications dans le guide que vous avez déjà rencontrées pendant la lecture. Vous pouvez aussi lire des articles sur des sujets qui ont déjà été abordés. Ces répétitions sont voulues, car elles servent à une meilleure compréhension et elles sont inévitables dans l'analyse des constellations de cas individuels.

A l'aide d'exemples pratiques, nous aimerions illustrer ce sujet parfois très complexe par des illustrations. Veuillez comprendre qu'en raison du grand nombre de constellations de cas, nous ne pouvons pas refléter tous les Etats de faits.

Le guide est divisé dans les chapitres suivants :

1. Introduction au droit de coordination : Vous apprendrez des faits intéressants sur l'histoire de la sécurité sociale.
2. Principes et définitions : Des termes généraux du droit de coordination sont expliquées dans ce chapitre.
3. Législation à appliquer : Vous trouverez ici des informations importantes sur la juridiction d'un Etat.
4. Pratiquer l'assurance maladie : Ce chapitre vous aide à déterminer si une personne peut être assurée ou peut rester assurée auprès de son assureur maladie et comment.
5. Droits aux prestations : Tout ce qui concerne le droit aux prestations lorsqu'il s'agit d'un séjour temporaire et d'un séjour habituel dans un autre Etat est expliqué ici.
6. Documents : Vous trouverez des informations importantes sur l'utilisation des certificats concernant le droit aux prestations actuels et des documents pour l'échange d'informations.
7. Procédure de remboursement : Ce chapitre traite du remboursement des frais encourus dans un autre Etat dans le cadre du régime de l'entraide en prestations.
8. Divers : Vous trouverez ici divers sujets qui ne peuvent pas être directement assignés aux autres chapitres.
9. Glossaire : Des termes importants relatifs à la sécurité sociale sont expliqués dans le glossaire.
10. Impressum
11. Renseignement, clause de non-responsabilité et reproduction
12. Annexes : Ici vous trouverez des listes, des aperçus ou des exemples de modèles.

Les termes ayant une signification particulière ou les mots de jargon professionnel sont **indiqués en gras**.

[Les mots soulignés](#) vous conduisent au chapitre correspondant dans le guide (hyperlien). Les renvois à des pages Internet ne sont volontairement pas accompagnés d'un hyperlien, car l'adresse Internet peut changer à tout moment.

A certains endroits, vous trouverez des symboles ayant les significations suivantes:



Les Etats de fait sont également présentés du point de vue suisse.



Attention

Ce symbole indique une problématique possible qui est en suspens.



Conseil pratique : Les conseils pratiques vous donnent de précieux conseils sur ce à quoi vous devez accorder une attention particulière dans la pratique. Vous y trouverez également des recommandations sur la façon de résoudre des problèmes dans la pratique de manière simple ou plus facilement.

Et si quelque chose n'est toujours pas clair, n'hésitez pas à nous contacter. Nous nous ferons un plaisir de vous aider. Vous trouverez nos coordonnées dans les [mentions légales](#).

Veuillez lire attentivement les informations sous [Renseignement, clause de non-responsabilité et reproduction](#).

Pour finir, une indication sur la mise à jour. Il ne peut être exclu que des modifications du droit de coordination aient pu être faites après la publication d'une édition du Guide. Dans le cadre d'une révision continue du guide, ces modifications seront incorporées et publiées ultérieurement. La révision aura lieu à intervalles régulières.

Nous sommes reconnaissants pour toute suggestion, préoccupation ou suggestion d'amélioration. Ainsi, vous contribuez de façon significative à la qualité de ce guide.

Soleure, avril 2019

Table des matières

1 Introduction au droit de coordination	9
1.1 Contexte historique	9
1.1.1 La voie bilatérale	9
1.1.2 Jalons sur la voie bilatérale	9
1.1.3 Sécurité sociale	9
2 Principes et définitions	13
2.1 Principe de non-discrimination	13
2.2 En cas d'application du droit de coordination (champ d'application territorial)	13
2.2.1 Archipels, colonies et micro-Etats européens	14
2.3 A qui s'applique le droit de coordination (champ d'application personnel)	15
2.4 A quelles branches de l'assurance sociale s'applique le droit de coordination (champ d'application matériel)	15
2.5 Assimilation de prestations, de revenus et des faits	16
2.6 Totalisation des périodes	17
2.7 Assistance administrative	18
3 Législation de sécurité sociale applicable	21
3.1 Lieu de résidence/résidence	21
3.2 Séjour temporaire	23
3.3 La subordination dans un seul Etat	23
3.4 Activité lucrative et principe du lieu de travail	24
3.4.1 Activité lucrative et pensions	24
3.4.2 Protection de la maternité et congé parental	24
3.4.3 Activité lucrative et congés sans solde	26
3.4.4 Activité lucrative au Liechtenstein	26
3.5 Détachement	26
3.6 Les frontaliers/frontalières - Informations générales	28
3.7 Activité lucrative dans plusieurs pays	30
3.8 Chômage	33
3.9 Membres de la famille sans activité lucrative	33
3.9.1 Enfants	33
3.9.2 Partenaire/concubinage	34
3.9.3 Partenariat enregistré	35
3.10 Personnes sans activité lucrative	36
3.11 Prestations en espèces	36
3.12 Droit d'option	37
3.12.1 Informations générales	37
3.12.2 Procédure d'exercice du droit d'option	40
3.12.3 Particularités de l'assurance dans le pays de résidence	41
3.12.4 Droit d'option par rapport à la France	41
3.13 Règles de priorité en matière de droit à prestations	43
3.13.1 Droit autonome	43
3.13.2 Droit dérivé	44
3.13.3 Droit autonome fondé sur le lieu de résidence	45
4 Pratiquer l'assurance maladie	46
4.1 Obligation de s'assurer - principes	46
4.1.1 Résidence dans l'UE, en Islande ou en Norvège	46
4.1.2 Résidence en Suisse	46
4.1.2.1 Obligation de s'assurer en Suisse	46
4.1.2.2 Obligation de s'assurer dans l'UE/AELE	48

4.2	Résidence et assurance obligatoire en Suisse - séjour temporaire dans l'UE/AELE	49
4.3	Assurance des personnes résidant dans l'UE/AELE	51
4.3.1	Les frontaliers/frontalières des pays ayant le droit d'option et les membres de leur famille	55
4.3.1.1	Nouvelles assurances	56
4.3.1.2	Assurance existante - transfert de domicile à l'étranger ou de l'étranger en Suisse	57
4.3.1.3	Informations générales au sujet du droit d'option des travailleurs frontaliers	59
4.3.1.4	Activité lucrative d'un parent ou du conjoint d'un travailleur frontalier/d'une travailleuse frontalière	62
4.3.1.5	Réduction des primes	63
4.3.1.6	Autorisation frontalière (livret G)	63
4.3.1.7	Autorisation de séjour (livret B)	63
4.3.1.8	Autorisation de courte durée (livret L)	64
4.3.2	Détachés	66
4.3.2.1	Membres de la famille des travailleurs détachés	66
4.3.2.2	Double statut des frontaliers détachés	68
4.3.2.2.3	Détachement et assurance privée	68
4.3.3	Titulaires de pension et les membres de leur famille	70
4.3.3.1	Pension de l'Etat de résidence	71
4.3.3.2	Plusieurs pensions, mais aucune de l'Etat de résidence	72
4.3.3.3	Flexibilisation de la retraite (ajournement et anticipation)	72
4.3.3.4	Nouvelles assurances	73
4.3.3.5	Assurance existante	73
4.3.3.6	Droit d'option en cas de transfert de résidence dans un Etat avec droit d'option	77
4.3.3.7	Transfert de résidence à l'étranger	79
4.3.4	Membres de famille d'un travailleur salarié/indépendant résidant en Suisse et soumis à l'assurance obligatoire	81
4.3.4.1	Exceptions de la prolongation de l'obligation de s'assurer	82
4.3.4.2	Nouvelles assurances	83
4.3.4.3	Assurance existante	84
4.3.4.4	Droit d'option	84
4.3.4.5	Conséquences de l'admission d'études à l'étranger	86
4.3.5	Autres catégories de personnes	87
4.3.5.1	Travailleurs saisonniers et personnes en procédure d'annonce	87
4.3.5.2	Autorisation de courte durée (livret L)	88
4.3.5.3	Personnes sans activité lucrative	89
4.3.5.4	Séjour dans un centre, un foyer ou un établissement pénitentiaire	89
4.3.5.5	Fonctionnaires	90
4.3.5.6	Personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international	90
4.3.5.7	Recevoir des indemnités journalières	92
4.4	Choix de l'assureur pour les membres de la famille tenus de s'assurer	93
4.5	Primes UE/AELE	94
4.5.1	Non-paiement des primes et des participations aux coûts (art. 105m OAMal)	94
4.5.1.1	Recouvrement des créances en cas de résidence en UE/AELE	94
4.5.1.2	Suspension des prestations si l'institution de l'Etat de résidence n'introduit pas la procédure de recouvrement	95
4.5.2	Réduction des primes	96
4.5.2.1	Réduction des primes par la Confédération	96

4.5.2.1 Réduction des primes par les cantons	97
4.5.3 Formes particulières d'assurance	97
4.6 Fin de l'assurance	98
4.7 Début de l'enregistrement à l'étranger	99
4.8 Durée de l'enregistrement à l'étranger	101
4.9 Fin de l'enregistrement à l'étranger	101
4.9.1 Notification de la fin du droit aux prestations	102
4.9.2 Notification de la fin de l'enregistrement	102
4.10 Divers	103
4.10.1 Formulaire R821 de la Deutsche Rentenversicherung (assurance pension allemande)	103
5 Prestations dans l'Etat de résidence et de séjour	104
5.1 Protection tarifaire	104
5.2 Différents prestations et participations aux coûts dans les autres Etats	104
5.3 Prestations pendant un séjour temporaire	107
5.3.1 Le droit aux prestations	108
5.3.2 Faire valoir le droit aux prestations	109
5.3.3 Droit en cas de grossesse, de maladie chronique ou de maladie préexistante	110
5.3.4 Remboursement, si la personne assurée a effectivement supporté les coûts	114
5.3.4.1 Remboursement par l'institution du lieu de séjour	114
5.3.4.2 Remboursement par l'assureur maladie compétent conformément à la loi et aux tarifs de l'Etat de séjour	115
5.3.4.3 Remboursement par l'assureur maladie compétent conformément au droit et aux tarifs suisses	116
5.3.4.4 La directive européenne sur les droits des patients 2011/24/UE	118
5.3.5 Non-acceptation de la carte européenne d'assurance maladie	118
5.4 Prestations dans l'Etat de résidence (UE/AELE)	120
5.4.1 Le droit aux prestations	120
5.4.2 Faire valoir le droit aux prestations	120
5.4.3 Confirmation de l'enregistrement	122
5.4.4 Remboursement, si la personne assurée a effectivement supporté les coûts	123
5.4.5 Prestations pendant un séjour en Suisse	123
5.4.6 Prestations en cas de séjour dans un autre pays de l'UE/AELE	124
5.4.7 Prestations en cas d'un séjour dans un Etat hors UE/AELE	124
5.5 Particularité : accidents non professionnels	125
5.6 Droit d'option en matière de traitement	126
5.6.1 Informations générales	126
5.6.1.1 Travailleurs frontaliers et leurs membres de famille	126
5.6.1.2 Travailleurs frontaliers pensionnés	128
5.6.1.3 Titulaires de pension et membres de leur famille	130
5.6.2 Tarif applicable et choix du fournisseur de prestations pour le traitement en Suisse	130
5.6.2.1 Les frontaliers et les chômeurs ainsi que les membres de leur famille et les membres de la famille d'un travailleur salarié résidant en Suisse	130
5.6.2.2 Les titulaires de pension et les membres de leur famille	131
5.6.3 Participation aux coûts	131
5.7 Cas d'autorisation	132
5.7.1 Cas d'autorisation - domicile en Suisse	132
5.7.2 Cas d'autorisation - domicile dans l'UE/AELE	133
5.7.3 Cas d'autorisation - domicile dans l'UE/AELE : traitement d'urgence	135

5.8 Prestations en cas de besoin de soins de longue durée _____	136
6 Documents UE/AELE _____	137
6.1 Informations générales _____	137
6.2 Carte européenne d'assurance maladie _____	138
6.3 Attestations (documents portables) _____	139
6.3.1 Attestation S1 (Inscription en vue de bénéficiaire de prestations de l'assurance maladie) _____	139
6.3.2 Attestation S2 (droit aux soins programmés) _____	140
6.3.3 Attestation S3 (Soins médicaux destinés à un ancien travailleur frontalier dans l'ancien Etat d'activité) _____	142
6.3.4 Attestation A1 (Certificat concernant la législation de sécurité sociale applicable au titulaire) _____	143
6.3.5 Attestation DA1 (Droits aux prestations en nature au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles) _____	145
6.4 Formulaires E _____	146
6.5 Documents électroniques structurés _____	150
7 Procédure de remboursement entre institutions _____	153
7.1 Procédure de remboursement - Informations générales _____	153
7.1.1 Conversion de devise _____	155
7.1.2 Extinction du droit _____	155
7.2 Remboursement sur la base des coûts effectifs _____	156
7.2.1 Particularité : accidents _____	158
7.3 Remboursement selon les forfaits mensuels _____	159
7.3.1 Réduction du forfait mensuel _____	160
7.3.2 Procédure de remboursement des montants forfaitaires mensuels _____	160
7.4 Contestation d'une facture de coûts _____	161
7.4.1 Indication de la part de la personne assurée _____	162
7.4.2 Utilisation de la CEAM après la fin de la période d'assurance _____	162
8 Divers _____	163
8.1 Aperçu du processus de l'entraide en matière de prestations _____	163
8.2 Utilisation ultérieure de la CEAM (abus) _____	164
8.3 Adresse inconnue ou ne plus actuelle _____	164
9 Glossaire _____	166
10 Mentions légales _____	168
11 Renseignement, clause de non-responsabilité et reproduction _____	169
12 Annexes _____	170
12.1 Annexe 1 : Répertoire des institutions _____	170
12.2 Annexe 2 : Autorités cantonales compétentes pour les demandes d'exemption de l'assurance maladie obligatoire _____	172
12.3 Annexe 3 : Aperçu des permis de séjour _____	174
12.4 Annexe 4 : Demande d'exemption de s'assurer pour les titulaires de pension _____	175
12.5 Annexe 5 : Formulaire de choix du régime d'assurance maladie applicable (France) _____	176

1 Introduction au droit de coordination

1.1 Contexte historique

1.1.1 La voie bilatérale

La première pierre d'une coopération économique plus étroite entre la Suisse et les autres Etats européens a été posée en 1972 avec l'accord de libre-échange (AELE), qui a été accepté par le peuple avec 72,5% et par les cantons.

A cette époque-là, la Suisse négociait la création d'un Espace économique européen (accord EEE) avec les Etats de l'AELE et l'ancienne Communauté européenne. Celui-ci devrait se concentrer sur la libre circulation des personnes, des biens, des capitaux et des services.

Des négociations avec la CE en vue de la création d'un EEE doté de 4 libertés fondamentales : La libre circulation des personnes, des biens, des capitaux et des services. L'accord EEE a été signé par la Suisse en mai 1992.

Le même mois, la Suisse a déposé à Bruxelles une demande d'ouverture des négociations d'adhésion à la CE.

La demande a été gelée après le rejet de l'adhésion à l'EEE par le peuple et les Etats le 6 décembre 1992.

En janvier 1993, le Conseil fédéral a déclaré que la Suisse s'abstiendrait d'ouvrir des négociations d'adhésion jusqu'à nouvel ordre et souhaitait développer davantage ses relations bilatérales avec la Communauté.

1.1.2 Jalons sur la voie bilatérale

2016	Signature du Protocole III visant à étendre l'ALCP à la Croatie
2013	Adoption par le Conseil fédéral d'un mandat de négociation pour un accord sur les questions institutionnelles
2009	Extension de l'ALCP à la Bulgarie et à la Roumanie
2005	Extension de l'ALCP à dix autres Etats ("élargissement à l'Est de l'UE")
2004	Signature des accords bilatéraux II (paquet contractuel comprenant Schengen/Dublin, entre autres)
2002	Entrée en vigueur des accords bilatéraux I (1er juin)
1999	Signature des accords bilatéraux I (ensemble de contrats comprenant, entre autres, la libre circulation des personnes)
1993	Déclaration du Conseil fédéral de s'abstenir jusqu'à nouvel ordre d'ouvrir des négociations d'adhésion et de développer davantage les relations avec la Communauté sur une base bilatérale
1992	Rejet de l'adhésion à l'EEE par la population
1972	Signature de l'accord de libre-échange AELE-UE

1.1.3 Sécurité sociale

La sécurité sociale est une tâche centrale de l'Etat qui l'occupe, ainsi que ses habitants, depuis longtemps. Son objectif est d'évaluer les risques sociaux (maladie, maternité, chômage, vieillesse, etc.) et d'en assumer les conséquences afin de protéger

les citoyens d'un Etat. La sécurité sociale comprend à la fois des éléments de l'assurance sociale (par exemple l'assurance maladie) ainsi que des éléments non contributifs (par exemple l'aide sociale).

La réglementation de la sécurité sociale pour ses citoyens constitue la tâche souveraine de chaque Etat. Il n'est donc pas surprenant qu'au fil du temps, différents systèmes se soient développés en Europe. Il en est résulté deux modèles classiques : d'une part, la protection des citoyens dans le cadre d'un système d'assurance sociale indépendamment de leur lieu de résidence et, d'autre part, la protection des citoyens dans le cadre d'un système de santé public basé sur leur lieu de résidence.

Pourquoi la sécurité sociale doit-elle être coordonnée ?

La question se pose maintenant de savoir pourquoi des règles de coordination en matière de sécurité sociale sont nécessaires, alors que chaque Etat est responsable de la sécurité de ses propres citoyens. Imaginons qu'un frontalier disposant d'un permis officiel ait son domicile en Suisse et soit employé en Allemagne en tant que salarié. En vertu de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), il serait tenu de contracter une assurance en raison de son lieu de résidence en Suisse. Au même temps, il serait également tenu de contracter une assurance en Allemagne, car l'Allemagne prévoit généralement une assurance obligatoire pour les personnes exerçant une activité lucrative. Cela aurait pour conséquence que cet individu serait assuré dans les deux pays et serait donc doublement grevé de cotisations ou de primes.

Dans une situation inverse, la situation est similaire : un frontalier vit en Allemagne et exerce une activité lucrative en tant que frontalier en Suisse. Étant donné que la résidence en Allemagne n'entraîne pas à elle seule une obligation d'assurance, mais que la résidence en Suisse est une condition préalable à la couverture sociale (principe de résidence), ce frontalier se trouverait dans une situation de lacune en termes de sécurité.

La libre circulation des travailleurs au sein de l'Europe présente donc non seulement des avantages, mais aussi des inconvénients en termes de sécurité sociale.

Afin de remédier aux conséquences des différents systèmes de sécurité sociale en Europe, l'article 48 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) dispose : "Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, adoptent, dans le domaine de la sécurité sociale, les mesures nécessaires pour l'établissement la libre circulation des travailleurs en instituant notamment un système permettant d'assurer aux travailleurs migrants salariés et aux non-salariés et à leurs ayants droit :

- la totalisation, pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations, ainsi que pour le calcul de celles-ci, de toutes périodes prises en considération par les différentes législations nationales.
- le paiement des prestations aux personnes résidant sur le territoire des Etats membres.

Le droit de coordination comprenait les règlements de base et d'application (CEE) n° 3 et n° 4/58 pour les années 1958-1972 et les règlements (CEE) n° 1408/71 et 574/72 pour les années 1973-2010.

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

Suisse. L'article 8 de l'accord sur la libre circulation des personnes définit la coordination des systèmes de sécurité sociale : "Les Parties contractantes règlent, conformément à l'annexe II, la coordination des systèmes de sécurité sociale dans le but d'assurer notamment:

- [l'égalité de traitement](#) (**interdiction de discrimination**, *article 2 de l'accord sur la libre circulation des personnes, article 4 R 883/2004*)
- [la détermination](#) de la législation applicable (**principe de subordination à la loi d'un seul pays**, *art. 11, al. 1 R 883/2004*)
- [la totalisation](#), pour l'ouverture et le maintien du droit aux prestations, ainsi que pour le calcul de celles-ci, de toutes périodes prises en considération par les différentes législations nationales (**principe de totalisation**, *article 6 R 883/2004*).
- Le paiement des prestations aux personnes résidant sur le territoire des parties contractantes (**principe d'exportation des prestations**, *art. 7 R 883/2004*)
- [l'entraide](#) et la coopération administrative entre les autorités et les institutions.

Avec le [principe du lieu de travail](#) selon l'*art. 11, al. 3, chif. a R 883/2004*, il s'agit des principes de coordination de la sécurité sociale.

La coordination dans la pratique

Le graphique suivant montre que la loi de coordination de l'UE en rapport à l'accord sur la libre circulation des personnes est applicable à la Suisse. En raison de la hiérarchie des normes, le droit de coordination l'emporte sur le droit suisse, si celui-ci repose sur des dispositions identiques.

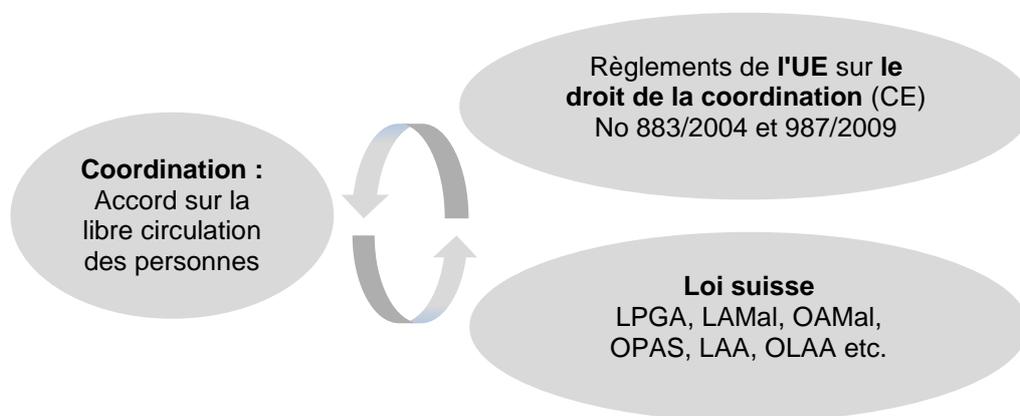


Figure 1

Coordination entre la Suisse et l'UE

Depuis le 1er mai 2010, le règlement de base (CE) n° **883/2004** et le règlement d'application (CE) n° **987/2009** **s'appliquent dans les** relations entre les Etats membres de l'UE, alors que les règlements (CEE) n° 1408/71 et (CEE) n° 574/72 étaient encore applicables pour la Suisse. L'application de la nouvelle réglementation par la Suisse a nécessité une adaptation de l'annexe II de l'accord sur la libre circulation des personnes. L'annexe révisée est entrée en vigueur le **1er avril 2012** après avoir été approuvée par le comité mixte. Depuis ce jour, la loi de coordination révisée s'applique également à la Suisse.

Coordination entre la Suisse et l'AELE (Islande, Liechtenstein, Norvège)

Avec la mise à jour de la convention AELE (annexe 2 de l'annexe K) au 1er janvier 2016, les règlements (CE) n° 883/2004 et 987/2009 s'appliquent également aux relations entre la Suisse et les Etats de l'AELE (Islande, Liechtenstein et Norvège), ce qui signifie que les mêmes dispositions de coordination qui sont appliquées dans les relations avec les Etats de l'UE sont applicables.

Le règlement (CE) no 883/2004 (règlement de base) fixe les droits aux prestations, ainsi que les droits et obligations des personnes assurées. Il contient les règles de coordination pertinentes, telles que l'application des dispositions légales. Le règlement (CE) no 987/2009 (règlement d'application) régit la mise en œuvre administrative du règlement de base, c'est-à-dire la manière dont il doit être appliqué, et s'adresse donc principalement aux institutions et organes.

2 Principes et définitions

2.1 Principe de non-discrimination

Conformément à l'article 18 du TFUE (traité sur le fonctionnement de l'Union européenne), les dispositions suivantes s'appliquent (...) toute discrimination fondée sur la nationalité est interdite. Le même principe d'égalité de traitement se retrouve également dans l'art. 2 LCPE : « Les ressortissants d'une Partie contractante qui résident légalement sur le territoire d'une autre Partie contractante ne seront pas (...) victimes de discrimination en raison de leur nationalité dans l'application du présent Accord. » Il est donc clair que les ressortissants d'un Etat auquel s'applique le droit de coordination ont les mêmes droits et obligations que les ressortissants suisses.

2.2 En cas d'application du droit de coordination (champ d'application territorial)

Comme déjà mentionné, les règlements (CE) n° 883/2004 et (CE) n° 987/2009 s'appliquent également à la Suisse depuis le 1er avril 2012. Le terme "**Etat membre**" utilisé dans le règlement doit donc également s'appliquer à la Suisse (*art. 1 chif. 2 de l'annexe II de l'ALCP*).

La liste suivante vous montre à quels Etats 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)

Etats de l'AELE : Islande (IS), Liechtenstein (LI), Norvège (NO)

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

Depuis le 1^{er} 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 (obligation de s'assurer, choix de traitement etc.). Pour l'instant, les certificats S1-S3 en vigueur peuvent également être utilisés. De plus, les assurés auprès de l'assurance-maladie obligatoire suisse bénéficient des mêmes droits que ceux prévus par le règlement (CE) n° 883/2004 en cas des traitements nécessaires au RU 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*.

2.2.1 Archipels, colonies et micro-Etats européens

La loi de coordination **s'applique** également à la résidence ou au séjour sur les archipels et colonies suivants :

- Finlande : Aland (Îles)
- France : Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Guyane française
- Grèce : Mont Athos
- Portugal : Açores et Madère
- Espagne : Îles Baléares, Îles Canaries, Ceuta, Melilla
- Royaume-Uni : Gibraltar* (voyez [2.2 En cas d'application du droit de coordination \(champ d'application territorial\)](#))

Le droit de coordination **n'est pas non plus applicable en cas de** résidence ou de séjour dans les territoires suivants :

- Andorre
- Monaco
- Saint-Marin
- Vatican
- Îles Féroé, Groenland
- Antilles néerlandaises
- Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Valais et Futuna, Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon, Aruba
- Îles anglo-normandes et île de Man, îles Caïmanes, îles Falkland, Sainte-Hélène, îles Vierges britanniques, îles Bermudes, Akrotiri et Dhekelia (Chypre)

Exemple

Une personne assurée vous demandera si elle peut utiliser sa carte européenne d'assurance maladie pendant ses vacances en Andorre.

solution

L'Andorre **n'est pas un** pays de l'UE. L'assistance de service dans le cadre du droit de coordination ne s'applique pas ici. Les coûts des prestations sont couverts dans le cadre de l'art. 36 OAMal.

2.3 A qui s'applique le droit de coordination (champ d'application personnel)

En ce qui concerne les [droits autonomes](#) résultant d'une activité lucrative, d'une pension, etc., le droit à la coordination s'applique à tous les ressortissants d'un pays de l'UE/EEE et de la Suisse (**champ d'application personnel**, *art. 2 R 883/2004*).

Le droit de coordination s'applique aux membres de la famille qui peuvent faire valoir des [droits dérivés](#), quelle que soit leur nationalité. Les réfugiés et les apatrides sont également couverts par le champ d'application personnel s'ils résident légalement dans un pays de l'UE/EEE.

Si la personne n'entre pas dans le champ d'application personnel, elle est exclue du champ d'application du droit de coordination (voir [9 Glossaire des ressortissants non-UE/AELE](#)). L'ALCP ne prévoit pas l'extension du droit de coordination aux ressortissants de pays non membres de l'UE/AELE. Le règlement (UE) no 1231/2010, qui régit également l'extension des pays de l'UE/EEE aux autres ressortissants, ne s'applique pas à la Suisse.

 Du point de vue suisse, la nouvelle loi de coordination ne s'applique donc qu'aux ressortissants de l'UE, de l'EEE et de la Suisse ou aux membres de la famille éligibles, indépendamment de leur nationalité.

2.4 A quelles branches de l'assurance sociale s'applique le droit de coordination (champ d'application matériel)

Le champ d'application matériel de la loi de coordination comprend toutes les dispositions légales applicables dans la branche de sécurité sociale concernée. Avec l'application du R 883/2004, il a été étendu aux prestations de retraite anticipée et de paternité.

L'illustration suivante montre le champ d'application matériel mentionné à l'*art. 3 R 883/2004* (à droite) et ses relations avec la Suisse (à gauche). La flèche horizontale signifie que les branches de sécurité sociale concernées sont coordonnées au niveau international. La flèche verticale montre, à l'exemple de la Suisse, que les assurances sociales sont également coordonnées au niveau national.

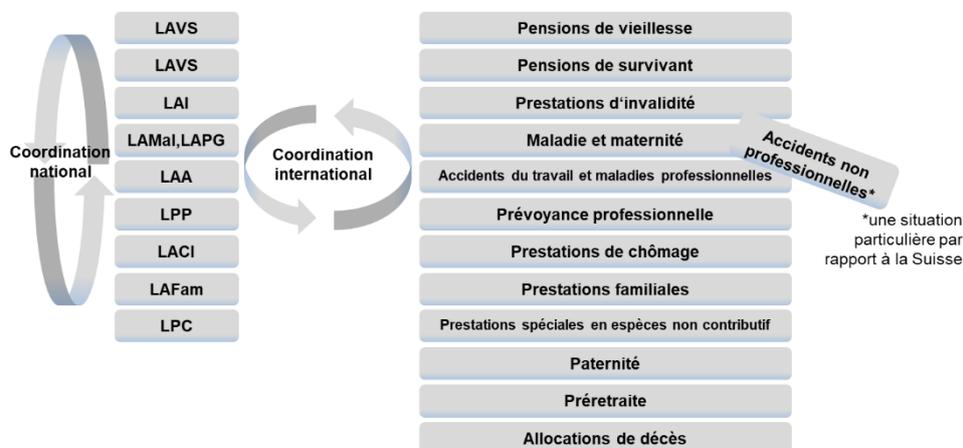


Figure 1

2.5 Assimilation de prestations, de revenus et des faits

L'art. 5 R 883/2004 mentionne le principe de l'égalité de traitement des faits, c'est-à-dire l'égalité de traitement des prestations, des revenus et des faits. Par conséquent, un fait juridique qui a conduit à la perception de prestations de sécurité sociale dans un Etat doit être pris en compte dans un autre Etat.

Exemple

Un médecin prescrit huit séances de physiothérapie à une personne assurée en Allemagne. Avant même de pouvoir commencer la kinésithérapie, il change de domicile en Suisse et y est également couvert par l'assurance maladie. Il se renseignera auprès de vous pour savoir s'il a maintenant besoin d'une ordonnance d'un médecin en Suisse.

solution

En raison de l'égalité de traitement des faits, la prescription médicale en provenance d'Allemagne doit être considérée comme ayant été délivrée par un médecin en Suisse. Le champ d'application de la kinésithérapie et la possibilité d'une extension sont toutefois régis par le droit suisse (OPAS).

Des difficultés peuvent survenir si la situation juridique qui a conduit à la perception d'une prestation dans un autre pays ne peut être traitée de la même manière en Suisse. Tel peut être le cas, par exemple, si un médicament est prescrit qui est approuvé dans un autre pays mais non approuvé par l'Institut suisse des produits thérapeutiques en Suisse et que le médicament ne figure pas sur la liste des spécialités. Dans ce cas, la nécessité médicale doit être réexaminée par un prestataire de services suisse.

2.6 Totalisation des périodes

L'art. 6 R 883/2004 réglemente la prise en compte des périodes d'assurance, d'emploi et de résidence accomplies dans un ancien Etat compétent. Cette considération est une conséquence de l'égalité de traitement générale des personnes assurées. La nouvelle institution compétente tient compte des périodes d'assurance, d'emploi et de résidence accomplies dans un autre Etat comme si elles avaient été accomplies sous la législation du nouvel Etat compétent.

Cela vaut en particulier pour les pays dans lesquels les demandes d'assurance ou de prestations dépendent de la relation d'assurance précédente. Cette fin, la nouvelle institution compétente demande à l'ancienne institution les périodes accomplies au moyen du formulaire [E 104](#) ou du formulaire SED [S040](#).

Exemple

Une personne assurée demande à l'AOK en Allemagne son admission à l'assurance volontaire. Immédiatement avant cela, il a été assuré chez vous pendant cinq ans. L'AOK vous enverra le formulaire E 104 ou SED S040 pour vérifier les conditions légales d'assurance.

solution

Etant donné que l'assurance facultative auprès de l'AOK dépend de la durée de l'assurance maladie obligatoire, les périodes d'assurance de l'assurance de base doivent être confirmées par vos soins.

 En Suisse, les périodes couvertes ne sont pas pertinentes pour la mise en œuvre de l'assurance maladie en raison du principe de résidence. Dans certains cas, une confirmation des périodes d'assurance peut toutefois être utile, par exemple lorsqu'un frontalier exerçant une activité lucrative en Suisse qui a déjà fait usage de cette possibilité vous demande de vous assurer ([frontalier et membres de sa famille](#)). Vous pouvez utiliser la preuve des périodes d'assurance ([E 104/ S040](#)) pour vérifier si la personne est autorisée à contracter une assurance avec vous.

2.7 Assistance administrative

L'art. 76 R 883/2004 traite des principes de coopération entre les Etats membres, d'une part, et les institutions de sécurité sociale et les citoyens, d'autre part. Une coopération efficace et étroite entre les institutions est un élément clé de la coordination de la sécurité sociale et est particulièrement importante pour permettre aux citoyens d'exercer leurs droits aussi rapidement et efficacement que possible. Si l'on tient compte du fait que, dans le cadre du principe de territorialité, les activités d'un agent d'exécution se terminent généralement à la frontière de l'Etat, on prend conscience de l'importance d'une coopération efficace et effective avec l'autre agent d'exécution. Cette disposition aide donc tant les institutions que les citoyens à faire en sorte que l'exercice de leurs droits, mais aussi de leurs devoirs, ne soit pas limité par une frontière nationale.

En ce qui concerne l'**assistance administrative** mutuelle (art. 76 al. 2 R 883/2004), les institutions des différents Etats se soutiennent mutuellement comme si elles appliquaient leur propre législation. L'institution d'un Etat peut demander l'assistance de l'institution d'un autre Etat et l'institution requise doit fournir les informations si le droit national l'y oblige également.

Tel peut être le cas, par exemple, lorsqu'une personne assujettie à l'assurance obligatoire en Suisse réside en France et s'installe maintenant en France. Si, en tant qu'assureur maladie compétent, vous n'êtes pas informé de votre nouveau lieu de résidence, vous pouvez demander l'assistance de l'institution en France. L'assistance administrative est généralement gratuite.

 En Suisse, la *loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)* constitue la base de l'assistance administrative.

Exemple

Une personne assurée perçoit une rente AVS, vit à Besançon/France et est soumise à l'assurance obligatoire en Suisse. Il est enregistré auprès de la CPAM de Besançon via E 121/S1. La facture de prime vous sera retournée avec la mention "inconnu déformé".

solution

Comme vous ne connaissez pas la nouvelle adresse, demandez à la CPAM de Besançon une assistance administrative sous la forme d'une notification de la nouvelle adresse. La CPAM identifiera une nouvelle adresse à Belfort après l'application de la législation française et vous en informera.

L'article 76 al. 2 R 883/2004 contient la mention « [...] comme s'il s'agissait de l'application de leur propre législation ». Des réglementations différentes en matière de protection des données dans différents pays peuvent vous empêcher de recevoir des informations, même si ces informations doivent être fournies en Suisse. La réponse de l'Etat en question doit donc être acceptée.

Exemple

Une personne assurée réside en Espagne et est soumise à l'assurance obligatoire en Suisse. Il aimerait profiter de l'option de traitement et se faire soigner en Suisse. Il déclare souffrir d'une maladie générale grave au sens de l'art. 18 OPAS, de sorte que la condition préalable à la prise en charge des frais doit être remplie. Cependant, comme vous ne disposez d'aucune information, vous demandez à l'institution espagnole d'annoncer le diagnostic.

solution

Il est possible que l'institution espagnole ne vous divulgue pas le diagnostic pour des raisons de protection des données. Il est recommandé de communiquer directement avec la personne assurée et de lui demander d'envoyer les documents médicaux appropriés.

Les institutions concernées peuvent se contacter directement dans le cadre de l'assistance administrative et ne doivent pas passer par les organismes de liaison. Cela donne aux institutions la souplesse et l'efficacité nécessaires pour clarifier les questions.

Si, en revanche, l'institution à laquelle l'assistance est destinée n'est pas connue, elle peut être localisée via l'organisme de liaison ([Annexe 1 : Liste des institutions](#)). Dans certains cas, le service de liaison fournit même de l'aide.

Formulaire de demande

En principe, aucun formulaire n'est prévu pour le type de demande. En dehors du formulaire E001, qui peut être utilisé pour tout échange d'informations, il n'existe pas d'autres formulaires d'assistance administrative. Étant donné qu'aucune spécification détaillée ne peut être faite sur le formulaire E001, il n'est pas recommandé d'utiliser ce formulaire.

Dans le cas d'une demande informelle d'assistance administrative, toutes les informations nécessaires concernant la personne assurée et les faits de l'affaire doivent être fournies. Ce n'est qu'avec des informations détaillées que la procédure d'enquête judiciaire pourra se dérouler sans heurts et c'est seulement ainsi que vous recevrez la réponse dont vous avez besoin. Dites donc à la personne qui la porte aussi exactement que possible ce dont vous avez besoin pour obtenir des détails et pourquoi vous en faites la demande.

Mais il n'y a pas que les porteurs qui sont obligés de fournir des informations. Les personnes assurées doivent également respecter leurs **obligations de collaboration** (art. 76 al. 4 R 883/2004). Ils doivent notifier tout changement dans leur situation

personnelle ou familiale, non seulement sur demande mais aussi de leur propre initiative, lorsque de tels changements pourraient affecter leurs droits.

Exemple

Une personne assurée perçoit une rente AVS, vit en Italie et est soumise à l'assurance obligatoire en Suisse. Il est enregistré auprès de l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) via l'E 121/S1. Le 1er juillet, il prend un emploi en Italie et doit s'y assurer.

solution

La personne assurée doit informer immédiatement l'ASL de l'activité lucrative afin que l'ASL puisse vous informer du changement de juridiction. La personne assurée peut également vous contacter. Dans ce cas, vous devez informer l'institution italienne de la cessation de l'assurance obligatoire en Suisse.

3 Législation de sécurité sociale applicable

La législation applicable en matière de sécurité sociale joue un rôle central dans la coordination des systèmes de sécurité sociale. Par exemple, si une personne exerce une activité lucrative en dehors de son pays de résidence, ou exerce plusieurs activités lucratives dans différents pays, etc., il convient de préciser quelles réglementations de sécurité sociale s'appliquent à cette personne ou dans quel pays elle doit payer des cotisations sociales.

Une clarification est nécessaire chaque fois que deux ou plusieurs règles de sécurité sociale pourraient être appliquées. Lors de l'examen de la législation applicable, divers aspects sont pris en compte, tels que le [lieu de travail](#), le [lieu de résidence](#), le type et le nombre d'activités ([activités multiples](#)), etc. et, dans certains cas, une analyse approfondie des faits est nécessaire. Vous trouverez des informations détaillées sur la législation applicable dans les chapitres suivants.

3.1 Lieu de résidence/résidence

Le lieu de résidence peut avoir une influence décisive sur la détermination de la législation applicable à une personne. Lors de l'appréciation des faits dans la pratique, la notion de lieu de résidence donne souvent lieu à des ambiguïtés. Ce chapitre a pour but de vous faire comprendre les deux termes et de vous aider à décider de la mise en œuvre de l'assurance maladie.

En droit de la coordination, on utilise le terme "**lieu de résidence**", qui correspond au **lieu de résidence** suisse. Pour définir le lieu de résidence d'une personne, le droit de coordination est fondé sur le **lieu de résidence habituelle** (*art. 1 let. j) R 883/2004*). L'*art. 23* du Code civil suisse se réfère au lieu où la personne séjourne avec l'**intention de s'y établir**. En outre, selon le Code civil allemand, une seule résidence de droit civil est possible.

L'endroit où la personne réside habituellement dépend du **centre de ses intérêts**.

Une personne réside toujours au centre de ses intérêts. Pour déterminer ce **centre de vie**, des critères subjectifs et objectifs doivent être pris en compte. L'endroit où vit la famille est généralement considéré comme le centre de la vie. Si la personne n'a pas de famille ou s'il existe une situation familiale particulière, la personne assurée doit fournir des renseignements plus détaillés sur son centre de vie.

Sur la base des points suivants, vous pouvez procéder à une évaluation globale des informations fournies par la personne assurée et parvenir ainsi à un résultat ciblé (art. 11 R 987/2009) :

- objet, durée et continuité du séjour
- nature et caractéristiques d'une activité exercée
- situation familiale et liens de famille
- sources de revenu dans le cas des étudiants
- situation du logement (p. ex. pour le loyer, le logement en propriété, l'appartement en colocation, etc.)
- résidence fiscale de la personne

Ces caractéristiques sont également pertinentes en cas de **divergence de vues entre les institutions** de deux ou plusieurs Etats membres. Celles-ci déterminent ensuite d'un commun accord le centre des intérêts de la personne et évaluent ainsi la situation au regard du droit des assurances (art. 11 R 987/2009).



conseil pratique

Renseignez-vous auprès de la personne assurée sur les caractéristiques mentionnées ci-dessus. Au besoin, obtenir l'information par écrit. S'il n'est toujours pas possible de déterminer votre lieu de résidence, demandez à la personne assurée de préciser son centre de vie : « Où est votre centre de vie ? »

Aide pratique pour déterminer votre lieu de résidence

- Dans quelle commune la personne est-elle inscrite ?
- Où séjourne la personne ?
- Elle y reste combien de temps ?
- Un retour est-il prévisible ?
- De quel type de séjour s'agit-il (objet du séjour) ?
- Où la personne (la majorité) suit-elle un traitement médical ?
- De quel type d'activité s'agit-il et quelles sont ses caractéristiques ?
- Quelles sont les relations et les liens de famille ?
- Où se trouve la résidence fiscale ?
- Où se trouve le centre de vie ?

Seule une vue d'ensemble des faits, tenant compte de ces caractéristiques, peut conduire à la détermination du domicile.

Attention

L'enregistrement auprès de la commune n'est qu'une indication du lieu de résidence et non le seul critère. Les circonstances réelles sont décisives. Si une personne est (encore) enregistrée auprès de la commune, vous ne pouvez pas automatiquement supposer qu'elle y a sa résidence au sens du droit de coordination.

3.2 Séjour temporaire

La coordination des systèmes de sécurité sociale se réfère à un séjour temporaire dans un autre Etat lorsque la personne se trouve dans un lieu autre que sa résidence habituelle sans déplacer le centre de ses intérêts.

La personne a l'intention de résider dans un autre pays pour une **période limitée seulement, puis de retourner dans** son pays d'origine. La durée (approximative) du séjour est donc déjà connue à l'avance, mais ne doit pas nécessairement inclure une période fixe ou une date exacte de retour. Il suffit que la personne indique une période approximative (par exemple : "J'ai l'intention d'être au pair en France pendant un an et demi" ou "J'ai l'intention de passer deux semestres à l'étranger en Autriche pendant mes études").

En principe, il n'y a pas de limite de temps pour un séjour temporaire. Toutefois, cela est subordonné à la condition que la personne assurée auprès de vous continue à résider en Suisse ([lieu de résidence](#)) pendant la durée du séjour temporaire. En cas de doute, demandez à la personne assurée de le confirmer par écrit.

Les exemples suivants montrent le but pour lequel une personne peut résider temporairement dans un autre Etat. La liste n'est pas exhaustive:

- vacances
- études (semestre à l'étranger dans le cadre des études en Suisse)
- détachement
- voyage d'affaires
- visite des membres de la famille, des amis, etc.
- déplacements aux fins de traitement médical ([cas d'autorisation](#))
- etc.

3.3 La subordination dans un seul Etat

Les différents systèmes juridiques des pays de l'UE/AELE sont coordonnés en déterminant pour chaque personne concernée le droit national auquel elle est soumise. La détermination de l'Etat compétent est une question centrale du droit de coordination.

Une personne est toujours soumise à l'obligation d'assurance d'un seul Etat (*art. 11 al. 1 R 883/2004*). L'assurance obligatoire n'est pas prévue dans deux ou plusieurs pays. En règle générale, la législation applicable aux travailleurs salariés et non salariés est celle de l'Etat membre dans lequel ils exercent leur activité. Mais ce n'est pas seulement le lieu de travail qui est déterminant pour l'évaluation de l'assurance obligatoire, mais aussi le lieu de résidence (cf. chapitre "[Activités dans un pays et activités dans plusieurs pays](#)").

La subordination dans un Etat signifie que les cotisations à toutes les branches de la sécurité sociale sont dues conformément à la législation de cet Etat. Nous parlons de l'**Etat responsable**. Quiconque s'occupe de la coordination internationale des assurances sociales doit d'abord savoir à quel droit national la personne concernée est soumise ou quel Etat en est responsable.

 Le fonds d'indemnisation est chargé de vérifier quelle législation est applicable (voir : www.ahv-iv.info/Dienstleistungen/Ausgleichskassen/IV-Stellen-Ihre-Contacts).

L'autorité cantonale est responsable du contrôle de l'assurance obligatoire ([12.2 Annexe 2 : Autorités cantonales compétentes pour les demandes d'exemption de l'assurance maladie obligatoire](#)).

3.4 Activité lucrative et principe du lieu de travail

Le droit de coordination est fondé sur le principe du lieu de travail. Les ressortissants d'un Etat de l'UE/AELE sont soumis à la législation de l'Etat sur le territoire duquel ils exercent leur activité lucrative, même s'ils résident dans un autre Etat (*art. 11 al. 3 chif. a R 883/2004*). Toute activité indépendante ou salariée est considérée comme une activité lucrative.

 En Suisse, est considérée comme exerçant une activité lucrative au sens de la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants (LAVS) ou de l'ordonnance sur l'assurance vieillesse et survivants (OAVS) toute personne considérée comme exerçant une activité lucrative. Les caisses de compensation jouent un rôle crucial dans l'évaluation d'une activité lucrative d'une personne.

3.4.1 Activité lucrative et pensions

La perception supplémentaire d'une pension ne change pas la subordination, puisque l'activité professionnelle a toujours préséance dans l'examen de la législation applicable. L'*art. 31 R 883/2004* dispose que les dispositions relatives aux retraités ne s'appliquent pas si une personne est soumise à l'Etat en raison d'un emploi salarié ou non salarié. C'est valable pour n'importe quel type de [pension](#).

3.4.2 Protection de la maternité et congé parental

Pendant la période de protection de la maternité, les salariées continuent d'être soumises à la législation de sécurité sociale de l'Etat dans lequel elles ont exercé leur activité avant le début du congé de maternité. Si l'allocation de maternité est versée sur la base de l'exercice d'une activité lucrative, la juridiction s'applique pour la durée du versement de l'allocation de maternité (voir également [3.11 Prestations en espèces](#)).

Dans certains pays de l'UE/AELE, les parents peuvent être exemptés du travail (physique) à la fin du congé de maternité pour s'occuper de leur enfant (congé parental).

Dans la plupart des pays, les parents ne reçoivent pas de salaire de leur employeur pendant cette période, mais reçoivent un soutien de l'Etat.

Le congé parental varie d'un Etat à l'autre et s'élève actuellement à un maximum de trois ans. Si le congé parental est lié à un emploi rémunéré au sens du contrat de travail, la personne reste soumise à cet Etat en vertu du droit de la sécurité sociale. L'existence d'une relation de travail est une condition préalable. Le congé parental a pour but de permettre aux personnes de retourner au travail après l'expiration de cette période.

Exemple de congé parental de trois ans

Un employé vit en Suisse, travaille en Allemagne et est également assujéti aux cotisations sociales. Après la naissance de son enfant le 17 avril, elle a droit au congé parental maximal de trois ans et retourne ensuite au travail. Pendant la période de congé parental, elle ne reçoit pas de salaire de son employeur, mais une allocation parentale d'Etat.

solution

Comme la salariée reste soumise au principe du lieu de travail conformément à l'*art. 11 al. 3 chif. a R 883/2004* pendant la durée du congé parental, elle reste soumise à l'assurance obligatoire en Allemagne pendant cette période et est donc exemptée de l'assurance obligatoire en Suisse (cf. *art. 2 al. 1 chif. c OAMal*).

Exemple de contrat de travail à durée déterminée

Le contrat de travail à durée déterminée du salarié de l'exemple précédent prend fin le 30 septembre. Par la suite, elle n'exerce plus d'activité lucrative et ne perçoit plus de prestations en espèces. Votre mari est employé en Suisse et est soumis aux cotisations de sécurité sociale.

solution

Le contrat de travail étant limité jusqu'au 30 septembre, le principe du lieu de travail selon l'*art. 11 al. 3 chif. a R 883/2004* n'est applicable que jusqu'à cette date. Par la suite, en tant que membre de la famille sans activité lucrative, elle est soumise à l'assurance obligatoire en Suisse (cf. [3.9.2 Partenaire/concubin](#)).

3.4.3 Activité lucrative et congés sans solde

Une personne qui est dans une relation de travail mais qui n'exerce pas temporairement cette activité en raison d'un congé sans solde doit néanmoins être qualifiée comme travailleur salarié(e)/indépendant(e). La définition de l'emploi présuppose toujours l'existence d'une relation de travail. L'activité ne doit pas nécessairement être continue ou à 100 %.

3.4.4 Activité lucrative au Liechtenstein

Dans le domaine de l'assurance maladie, il y a un écart par rapport au principe du lieu de travail en ce qui concerne le Liechtenstein.

Pour les personnes résidant en Suisse et exerçant une activité lucrative au Liechtenstein, la responsabilité de l'assurance maladie incombe aux personnes suivantes :

Citoyen AELE/Citoyen suisse

Si un ressortissant de l'AELE ou un citoyen suisse réside en Suisse et travaille au Liechtenstein, il est soumis à l'assurance sociale liechtensteinoise (principe du lieu de travail), à l'exception de l'assurance maladie. Dans l'assurance maladie, contrairement aux autres branches de la sécurité sociale, le principe de résidence s'applique. Les ressortissants de l'AELE ou les citoyens suisses sont soumis à l'assurance maladie en Suisse sur la base de la *Convention AELE*.

Citoyens non ressortissants de l'AELE/UE

La classification des ressortissants de pays non membres de l'AELE dans le droit des assurances n'est régie par aucun accord international, de sorte que le droit national (suisse) s'applique ici. Selon l'art. 3 LAMal, ces personnes doivent être assurées en Suisse (principe de résidence). L'autorité cantonale peut accorder une dérogation à l'obligation d'assurance, pour autant que les conditions soient remplies.

3.5 Détachement

Une personne qui est **employée** dans un Etat et qui est détachée dans un autre Etat pour cet employeur dans le cadre de cet emploi est soumise à la législation de l'Etat d'envoi, à condition que la durée probable du détachement ne dépasse pas 24 mois et qu'elle ne remplace pas une autre personne détachée (*art. 12 al. 1 R 883/2004*). Il en va de même pour les **travailleurs indépendants** qui exercent leur activité ou une activité similaire dans un autre Etat (*art. 12 al. 2 R 883/2004*).

Cela signifie que la personne reste soumise à la législation suisse en matière de sécurité sociale (et donc aussi à la législation sur les assurances maladie). Il en va de même pour les membres de la famille de la personne détachée qui n'exercent pas d'activité lucrative.

L'employeur qui souhaite détacher une personne pour une période maximale de 24 mois s'adresse à sa **caisse de compensation** compétente pour obtenir un certificat de détachement. Si les conditions d'affectation sont remplies, le fonds de compensation responsable de l'employeur délivre le certificat [A1](#). Ce certificat certifie que la



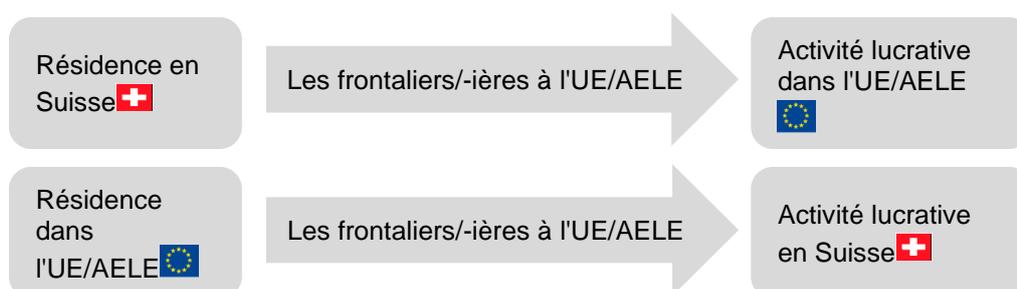
législation suisse est applicable pendant la période qui y est précisée. Elle reste donc soumise à l'assurance obligatoire en Suisse.

Une prolongation du détachement ou un détachement plus de deux ans à l'avance n'est possible qu'avec le consentement des deux autorités compétentes des Etats membres (accord dit d'exception au sens de l'*art. 16 al. 1 R 883/2004*). Vous pouvez reconnaître l'accord exceptionnel en cochant la case 3.11 du certificat A1.

 L'[autorité compétente pour les](#) accords d'exception est l'Office fédéral des assurances sociales (www.bsv.admin.ch).

3.6 Les frontaliers/frontalières - Informations générales

Un frontalier/une frontalière au sens du droit de coordination est une personne qui exerce une activité professionnelle ou non salariée dans un Etat et qui vit dans un autre Etat où elle retourne habituellement quotidiennement, mais au moins une fois par semaine (*art. 1 chif. f) R 883/2004*). Si l'on applique cette définition à la Suisse, un travailleur frontalier/une travailleuse frontalière peut être à la fois une personne qui vit en Suisse et travaille dans un autre pays et une personne qui vit dans un autre pays et travaille en Suisse.

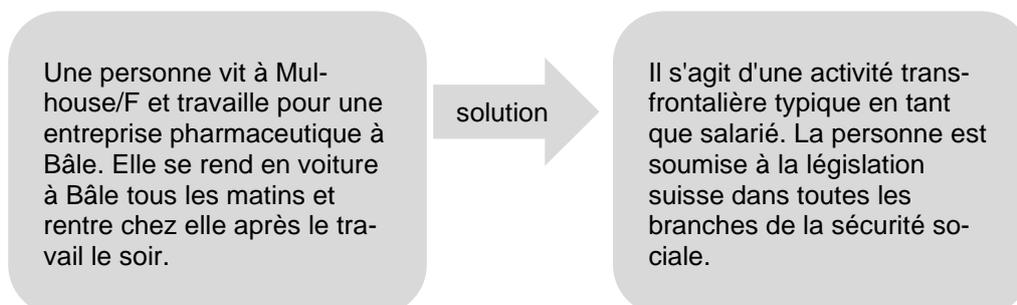


Veuillez prêter une attention particulière aux explications du chapitre [4.6 Fin de l'assurance](#).

Depuis l'abolition des zones frontalières le 1er juin 2007, les travailleurs frontaliers/travailleuses frontalières peuvent bénéficier sans restriction d'une mobilité géographique et professionnelle complète. Par exemple, une personne résidant à Vienne qui est employée à Berne et retourne à Vienne au moins une fois par semaine peut être considérée comme un frontalier/une frontalière.

En vertu du principe du lieu d'affectation, les frontaliers/frontalières salarié(e)s ou indépendant(e)s en Suisse sont assuré(e)s en Suisse (voir aussi [principe du lieu de travail](#)).

Exemple



Exemple

Un architecte suisse indépendant vit à Como/1 et a son bureau d'architecture à Lugano. Il se rend à Lugano tous les matins et retourne en Italie le soir.

solution

Il s'agit également d'une activité transfrontalière typique, contrairement à l'exemple précédent, cependant, en tant qu'indépendant. La personne est soumise à la législation suisse dans toutes les branches de la sécurité sociale.

Les frontaliers/frontalières d'Allemagne, d'Autriche, d'Italie et de France ont la possibilité d'être exemptés de l'assurance obligatoire en Suisse en faveur de leur assurance maladie dans l'Etat de résidence de la branche assurance sociale de l'assurance maladie [point 3 a) i) et b) de l'annexe XI R 883/2004]. Des informations détaillées sur le droit d'option se trouvent sous [3.12 Droit d'option](#).

Dans les autres branches des assurances sociales (AVS, AI, UV, etc.), l'obligation d'assurance reste en Suisse. Il n'y a pas d'option juste là.

Les frontaliers/frontalières de tous les autres pays de l'UE/AELE doivent s'assurer en Suisse. Vous n'avez **aucun** droit d'option.

Un frontalier/une frontalière au sens du droit à la coordination est défini comme étant à la fois une personne titulaire d'une autorisation frontalière G et une personne titulaire d'un permis de séjour de courte durée L. Toutefois, le type de permis a une incidence sur le droit aux prestations en général ainsi que sur les primes à appliquer. Des informations détaillées sur le droit d'option en relation avec le permis de séjour ou le permis de frontalier se trouvent aux chapitres [4.3.1.6 permis G](#) et [4.3.5.2 Résident de courte durée \(permis L\)](#).

3.7 Activité lucrative dans plusieurs pays

Une personne est soumise à l'assurance obligatoire dans le pays de résidence si elle y exerce une **partie substantielle** (au moins 25 %) de son activité (*art. 13 al. 1 chif. a, et al. 2 chif. a, R 883/2004*). Cela s'applique aux personnes employées par un ou plusieurs employeurs ainsi qu'aux travailleurs/travailleuses indépendant(e)s.

Exemple

Une personne résidant en Suisse est employée à 100% en France et travaille toujours deux jours (40%) par semaine depuis son domicile.

solution

Les dispositions légales suisses sont d'application, étant donné que l'emploi s'effectue dans une large mesure en Suisse.

Une personne **employée** par un ou plusieurs employeurs et qui **n'exerce pas une partie substantielle** de son activité dans le pays de résidence est assurée dans le pays où l'employeur est établi (*art. 13 al. 1 chif. b) R 883/2004*).

Exemple

Une personne résidant en Suisse est employée à 100% en France et travaille un jour (20%) par semaine à domicile.

solution

Les dispositions légales françaises sont d'application, étant donné que l'emploi n'est pas effectué dans une large mesure en Suisse.

Une personne qui exerce une activité **non salariée** dans deux ou plusieurs Etats membres et qui **n'exerce pas une partie substantielle** de son activité dans l'Etat de résidence est soumise à la législation de l'Etat où est situé le centre de ses activités (*art. 13 al. 2 chif. b) R 883/2004*).

Exemple

Un travailleur indépendant résidant en Suisse exerce son activité principale en Allemagne et une petite succursale en France, où il travaille un jour par semaine (20%).

solution

La législation allemande est applicable puisque c'est là que se trouve le centre des activités.

Une personne employée dans deux ou plusieurs Etats membres par des employeurs **différents en** dehors de l'Etat de résidence est soumise à l'assurance obligatoire dans l'Etat de résidence (*art. 13 al. 1 chif.t b) iv) R 883/2004*).

Exemple

Une personne résidant en Suisse est employée en Allemagne avec une charge de travail de 60% et en France avec 40%.

solution

La législation suisse est applicable (pays de résidence), étant donné que l'emploi est effectué auprès de différents employeurs hors de la Suisse.

Une personne qui exerce une activité non salariée dans un Etat et qui est salariée dans un autre Etat est assurée dans l'Etat où elle exerce une activité salariée (*art. 13 al. 3 R 883/2004*).

Exemple

Une personne résidant en Suisse est employée en Allemagne avec une charge de travail de 40% et travaille simultanément en tant qu'indépendant en Suisse.

solution

La législation allemande doit être appliquée car l'emploi a préséance sur le travail indépendant.

Activités marginales : Les activités liées à l'emploi dont la charge de travail est inférieure ou égale à 5 % ne sont pas prises en compte dans la détermination de la législation applicable (*art. 14 al. 5b R 987/2009*).

Exemple

Une personne résidant en Suisse est employée à 5% en Suisse. En Allemagne, elle dirige une entreprise en tant qu'indépendante.

solution

La législation allemande est applicable car l'activité en Suisse ne dépasse pas 5% et n'est donc pas prise en compte.

Toutes les personnes qui sont employées dans plus d'un Etat sont traitées comme si elles travaillaient dans l'Etat compétent dans leur **intégralité** (fiction). Le fait qu'elle soit soumise à la législation d'un autre Etat a une incidence sur le paiement des cotisations de sécurité sociale. Par exemple, l'employeur suisse doit payer des cotisations de sécurité sociale conformément à la **législation d'un autre pays**. Etant donné que cela inclut également l'assurance-maladie, l'employeur suisse peut se trouver dans une situation grotesque où, selon l'Etat, il est tenu de payer des cotisations à l'assurance-maladie.

Les [directives sur l'assujettissement aux assurances AVS et AI \(DAA\)](#) contient des informations très détaillées et des études de cas (www.sozialversicherungen.admin.ch).

3.8 Chômage

En principe, le principe du lieu de travail continue également de s'appliquer aux chômeurs. Ils sont soumis à la législation de l'Etat dont ils perçoivent leurs allocations de chômage. Les travailleurs frontaliers au chômage complet perçoivent des allocations de chômage de leur Etat de résidence et sont donc soumis à l'assurance obligatoire dans cet Etat (*art. 11 al. 3 chif. c), en liaison avec l'art. 65 R 883/2004*).

3.9 Membres de la famille sans activité lucrative

Les membres de la famille qui n'exercent pas d'activité lucrative sont soumis à la même législation que la personne exerçant une activité lucrative en matière de coordination de l'assurance maladie. Le droit de coordination repose sur le concept d'assurance familiale. Peu importe que les membres de la famille soient assurés dans l'Etat compétent au titre d'un régime d'assurance familiale, d'un régime d'assurance facultative ou autre.

En ce qui concerne la définition des membres de la famille, le *règlement (CE) n° 883/2004* renvoie à l'*art. 1 chif. i) 1*), à la loi de l'Etat de résidence. Si le droit national respectif ne distingue pas les membres de la famille des autres personnes, le **conjoint**, les **enfants mineurs** et les **enfants majeurs à charge** sont considérés comme membres de la famille (*art. 1 chif. i) 2 R 883/2004*).

Le droit aux prestations des membres de la famille est appelé [droit dérivé](#), c'est-à-dire que le droit est directement lié au droit aux prestations du travailleur salarié ou du titulaire de pension (personne assurée principale).

3.9.1 Enfants

La question de savoir si l'enfant est considéré comme membre de la famille admissible dépend de la définition de l'Etat de résidence (voir la deuxième section sous [3.9 Membres de la famille sans activité lucrative](#)). L'Etat de résidence examine si un enfant peut être enregistré au titre du régime international d'assistance sociale ou s'il doit être assuré dans l'Etat de résidence. Il n'y a pas d'aperçu officiel des définitions des Etats. La liste suivante est donnée à titre indicatif. Il est encore en construction.

Allemagne : Enfants jusqu'à l'âge de 18 ans ou jusqu'à l'âge de 25 ans s'ils sont scolarisés ou en cours d'études. Si l'enfant accomplit une année sociale volontaire, militaire ou civile, la limite d'âge est reportée à cette date.

France : Les enfants ne sont plus éligibles s'ils étudient et ont atteint l'âge de 20 ans.

3.9.2 Partenaire/concubinage

Étant donné que seul le conjoint appartient au cercle des membres de la famille, mais pas le partenaire, ce dernier ne peut, d'un point de vue suisse, faire valoir une créance dérivée sur la personne assurée principale. Le régime spécial des [partenariats enregistrés](#) ne s'applique pas aux couples hétérosexuels vivant en concubinage.

En ce qui concerne l'enregistrement des membres de la famille par le biais de l'aide internationale en matière de prestations dans l'Etat de résidence, l'*art. 1 chif. i) 2) R 883/2004 renvoie* au droit national correspondant. Si une personne résidant dans un autre Etat est assurée auprès de vous, l'institution qui fournit l'assistance enregistre dans l'Etat de résidence toutes les personnes qui sont considérées comme membres de la famille en vertu de sa législation comme faisant partie du régime international des prestations. Dans certains pays, cela peut aussi être le partenaire de vie.

Pour vous, cela signifie que vous devez souscrire une assurance maladie pour toutes les personnes inscrites par l'institution de l'Etat de résidence, même si elles ne sont pas membres de votre famille selon les règles en vigueur en Suisse.

Attention

Ne pratiquez pas d'assurance maladie tant que les membres de la famille n'ont pas été confirmés par l'institution du lieu de résidence.

Exemple

Un frontalier vit en France, travaille en Suisse et est assuré chez vous. Pour faire valoir son droit aux prestations, vous lui remettez le formulaire E 106. L'institution française confirme le formulaire E 106 et enregistre également son partenaire non salarié, qui est un membre de la famille au sens du droit français. Le frontalier vous soumet ensuite une demande d'admission pour son partenaire.

solution

Étant donné que votre partenaire est l'un des membres de votre famille ayant droit à l'assurance en vertu de la loi de votre pays de résidence, vous devez souscrire l'assurance auprès de votre partenaire. Veillez à ne pas souscrire l'assurance avant que l'institution de l'Etat de résidence ne l'ait confirmée (réactive).

3.9.3 Partenariat enregistré

Les partenaires de même sexe non actifs d'un partenariat enregistré appartiennent au groupe des membres de la famille éligible s'ils ont enregistré leur partenariat en Suisse ou dans un pays ayant un arrangement similaire.

Un partenariat homosexuel enregistré à l'étranger est reconnu comme tel en Suisse s'il respecte les principes juridiques suisses. L'autorité cantonale de surveillance de l'Etat civil décide de la reconnaissance. Les partenaires de même sexe sont à tous égards égaux aux couples mariés. Toutefois, les enfants d'un partenaire vivant dans une telle communauté ne sont traités que comme des membres de la famille de leur parent naturel.

L'enregistrement du partenaire dans le cadre de l'aide sociale dépend de l'existence ou non d'un tel enregistrement dans la législation nationale. Vous devez donc vous attendre à ce que l'institution temporaire enregistre le partenaire de même sexe s'il n'exerce pas d'activité lucrative. Après avoir reçu l'avis d'enregistrement, vérifiez si vous devez souscrire une assurance pour cette personne.

3.10 Personnes sans activité lucrative

Les personnes sans activité lucrative (à ne pas confondre avec les "membres inactifs de la famille") sont également soumises à la législation d'un Etat. En vertu de l'*article 11, paragraphe 3, point e), du règlement (CE) n° 883/2004*, ils sont en principe soumis à la législation de l'Etat de résidence, sauf disposition contraire. Voir également [3.13.3 Droit de propriété fondé sur le lieu de résidence](#).

Les titulaires de pension sont en principe considérés comme inactifs. Les personnes sans activité lucrative doivent être assurées dans leur pays de résidence (voir ci-dessus). Les retraités sont soumis à des règles particulières, c'est pourquoi ils ne sont pas énumérés dans le chapitre de la législation applicable. La responsabilité de l'assurance maladie des retraités découle des demandes de prestations en nature décrites dans le *R 883/2004*. Des informations détaillées sur les retraités sont disponibles dans le chapitre sur les [titulaires de pension et leurs membres de famille](#).

3.11 Prestations en espèces

Les personnes qui perçoivent une prestation en espèces du fait ou à la suite de l'exercice de son activité salariée ou non salariée sont considérées comme exerçant cette activité. Il est donc présumé que les personnes continueront à exercer cette activité (*art. 11 al. 2 R 883/2004*). Cela s'applique au versement de prestations en espèces à court terme (p. ex. indemnités journalières de l'assurance-accidents, indemnités de maternité), mais pas aux rentes versées en cas d'invalidité, de vieillesse, de décès, de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Dans la pratique, cela signifie que non seulement l'emploi, mais aussi les prestations en espèces à court terme liées à l'emploi relèvent de la compétence d'un Etat. En conséquence, les bénéficiaires de prestations en espèces continuent d'être soumis à l'assurance obligatoire dans l'Etat qui verse la prestation en espèces.

 En ce qui concerne l'assurance obligatoire des personnes qui perçoivent des prestations en espèces du fait ou à la suite d'une activité lucrative en Suisse, la distinction suivante doit être faite en ce qui concerne l'indemnité journalière d'incapacité de travail :

Indemnité journalière selon la LAMal (art. 67 ss LAMal)

La perception d'indemnités journalières dans le cadre de l'assurance volontaire d'indemnités journalières selon la LAMal relève du champ d'application de la loi de coordination. La personne qui perçoit une indemnité journalière conformément aux articles 67 et suivants de la loi allemande relative à l'impôt sur le revenu a toujours droit à cette indemnité. La LAMal est soumise à l'obligation d'assurance suisse pour la durée de l'indemnité journalière.

Indemnité journalière selon la LCA

Les indemnités journalières perçues dans le cadre d'une assurance collective d'indemnités journalières de maladie selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) ne relèvent pas du champ d'application de la loi de coordination. Par exemple, une personne qui perçoit une indemnité journalière LCA ne reste soumise à l'obligation d'assurance suisse que tant que dure

le contrat de travail. La responsabilité de la Suisse en vertu du droit des assurances prend fin à la fin de la relation de travail.



conseil pratique

Lorsque vous vérifiez si la personne doit continuer à être assurée auprès de vous, assurez-vous qu'elle est toujours dans une relation d'emploi. Indépendamment de l'indemnité journalière prévue par la LCA, l'assurance maladie obligatoire ne peut pas être résiliée si la personne est toujours dans une relation de travail.

Remarque : l'assurance indemnités journalières LCA n'entre pas dans le champ d'application de la loi de coordination.

Exemple

Une personne vit en Suisse, exerce une activité lucrative et est assurée chez vous. Après un accident du travail grave, elle reçoit une indemnité journalière AA. Après la fin de son contrat de travail, elle s'installe chez son partenaire en Allemagne. Elle vous demandera si elle peut continuer à être assurée auprès de votre caisse maladie.

solution

Etant donné que la perception de l'indemnité journalière UV est assimilée à l'exercice de son (ancien) emploi, elle reste soumise à l'assurance obligatoire en Suisse tant qu'elle reçoit l'indemnité journalière AA.

3.12 Droit d'option

3.12.1 Informations générales

Conformément à l'*art. 11 al. 1 du Règlement 883/2004*, une personne est toujours soumise à l'obligation d'assurance d'un seul Etat. Cela s'applique de la même manière à toutes les branches de la sécurité sociale.

Dans le domaine de l'assurance-maladie, les catégories suivantes de personnes peuvent être exemptées de l'assurance obligatoire en Suisse si elles peuvent prouver qu'elles sont couvertes en cas de maladie dans leur pays de résidence (*annexe XI chif. 3 R 883/2004*) :

- Personnes soumises à la législation suisse en raison d'une activité lucrative (p. ex. frontaliers/frontalières)
- Rentiers dont la Suisse prend en charge les coûts (cf. [4.3.3.3 Titulaires de pension et leur membres de famille](#)) et membres de leur famille
- Personnes qui perçoivent des prestations de l'assurance-chômage suisse

- Membres de la famille d'un salarié ou d'un travailleur indépendant domicilié en Suisse et assuré selon la LAMal)

Par membres de la famille, on entend les personnes qui doivent être considérées comme membres de la famille en vertu de la législation de l'Etat de résidence.

Seules les personnes susmentionnées qui ne résident pas en Suisse ont la possibilité de s'assurer en Suisse ou dans leur pays de résidence.

Si la situation reste inchangée, le droit d'option ne peut être exercé qu'une seule fois et est irrévocable. La personne reste liée par son choix tant qu'il n'y a pas de changement dans sa situation.

Un droit d'option ne peut être exercé que par des personnes qui appartiennent à l'une des catégories de personnes énumérées ci-dessus et qui remplissent les conditions d'exercice de ce droit. Le tableau suivant illustre les dispositions du droit d'option et vous indique qui a droit à l'option.

- doit s'assurer en Suisse (pas de droit d'option)
- peut être exempté de l'assurance obligatoire en Suisse (droit d'option)
- doit s'assurer dans le pays de résidence (aucun droit d'option)

Exemple pour le droit d'option d'un frontalier de l'Autriche : AT/CH signifie que la personne peut choisir entre une assurance en Autriche et une en Suisse.

Exemple de l'assurance obligatoire d'un titulaire de pension en Belgique : CH signifie que la personne est soumise à l'assurance obligatoire en Suisse. Il n'existe pas de droit d'option.

Exemple pour l'assurance obligatoire d'un frontalier et des membres de sa famille en Espagne : CH dans la colonne « frontaliers » signifie que la personne est soumise à l'assurance obligatoire en Suisse. Il n'y a pas d'option juste. ES dans la colonne « membres de la famille » signifie que les membres de la famille résidant en Espagne doivent ou doivent rester assurés en Espagne.

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

Source: Annexe II de l'accord sur la libre circulation ; Annexe XI du Règlement (CE) N° 883/2004

* Source : convention de sécurité sociale CH-UK à partir du 1^{er} novembre 2021

* assurance dans le même état que les travailleurs frontaliers, les titulaires de rente, les chômeurs

* Le droit d'option s'applique uniquement aux ressortissants suisses et espagnols (source: "convenio especial de asistencia sanitaria")

Figure 3 : Assurance obligatoire et droit d'option pour les personnes résidant dans l'UE/AELE.

L'aperçu est également disponible sous forme de fichier séparé à l'adresse www.kvg.org -> Assureurs -> Droit de coordination -> Affiliation.

3.12.2 Procédure d'exercice du droit d'option

La demande d'exemption de l'assurance maladie obligatoire doit être présentée **dans les trois** mois suivant le début de l'obligation s'assurer en Suisse, c'est-à-dire trois mois après

- le début de l'activité lucrative (frontalier/frontalière)
- le début du versement de la pension
- le début du versement des prestations d'assurance-chômage
- le transfert de domicile

Seule une déclaration d'intention écrite sous la forme d'une demande d'exemption de l'obligation d'assurance entraîne l'exercice légal du droit d'option (voir également la *lettre d'information du OFSP du 20 avril 2015*).

Autorités compétentes de vérifier l'exemption de l'assurance obligatoire :

Autorité cantonale

Chargés d'exempter de l'assurance obligatoire les frontaliers/frontalières, les membres de la famille d'un(e) travailleur/-euse salarié(e) ou non salarié(e) résidant en Suisse et assurés selon la LAMal et les personnes bénéficiant de prestations de l'assurance chômage suisse : (pour la liste des autorités compétentes, voir [annexe 2](#) ou sur www.kvg.org -> Particuliers -> Obligation de s'assurer).

Institution commune LAMal

Responsable de l'exemption de l'assurance obligatoire des titulaires de rente et des membres de leur famille (*art. 18 al. 2bis LAMal*).

Sauf si la décision d'exonération de l'autorité cantonale compétente ou de l'Institution commune LAMal contient une date différente, l'exonération s'applique en principe à partir de la date à laquelle l'obligation d'assurance prend naissance en Suisse, c'est-à-dire à partir du début de l'activité lucrative, du début du versement de la rente ou de la date du transfert du domicile.

Exemple

Le 1er novembre, un retraité AVS s'installe en France. Il souhaite faire usage de son droit d'option et s'assurera auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) à partir du 1er novembre. Le 15 janvier, il soumet à l'Institution commune LAMal la demande d'exemption de l'assurance obligatoire.

solution

Si toutes les conditions d'exemption de l'assurance obligatoire sont remplies, l'exemption s'applique rétroactivement au 1er novembre. L'assurance en Suisse prend fin le 31 octobre.

Dans des cas particuliers, l'exonération peut également être valable à une date ultérieure si elle permet d'éviter une lacune ou une double assurance.

3.12.3 Particularités de l'assurance dans le pays de résidence

A l'annexe XI du règlement 883/2004, le droit d'option est expliqué comme suit : "[...] les personnes visées à la lettre a (*note de l'auteur : il s'agit des personnes qui sont soumises à l'assurance obligatoire en Suisse du fait d'une activité lucrative, d'une allocation de chômage ou d'une pension*) peuvent, sur demande, être exemptées de l'assurance obligatoire tant qu'elles résident dans un des Etats suivants et peuvent justifier qu'elles sont couvertes pour maladie : [...]. "

La personne ne peut pas bénéficier automatiquement d'un droit à l'assurance dans son pays de résidence, mais seulement d'une exemption de l'assurance obligatoire en Suisse si elle a droit à l'assurance maladie dans son pays de résidence. La personne doit donc d'abord clarifier auprès de l'assureur maladie du pays de résidence si elle peut s'y assurer elle-même. Ceci n'est pas garanti dans tous les cas. Certains Etats prévoient certaines conditions d'assurance que la personne peut ne pas être en mesure de remplir. C'est l'assureur maladie du pays de résidence qui décide si et à quelles conditions l'assurance est possible dans le pays de résidence.

3.12.4 Droit d'option par rapport à la France

La « *note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie dans le cadre de l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne (note conjointe)* » réglemente les modalités d'exercice du droit d'option entre la Suisse et la France

En conséquence, le droit d'option doit être exercé exclusivement au moyen d'un formulaire uniforme ([choix du système d'assurance-maladie applicable](#)). Le formulaire peut être obtenu auprès des autorités cantonales compétentes, de l'Institution commune LAMal et des assureurs maladie (voir également la *lettre d'information de l'OFSP du 2 mai 2013*). L'objectif de la note commune est d'uniformiser la procédure d'exercice du droit d'option.

Les personnes doivent remplir le formulaire si elles

- résident en France ou s'installent en France, remplissent les conditions d'exercice du droit d'option et souhaitent exercer ce droit,
- étaient auparavant soumises à la législation française, sont désormais soumises à l'assurance LAMal en Suisse et **ne** souhaitent **pas** exercer leur droit d'option.

Le formulaire doit être validé par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Elle est ensuite transmise à l'autorité cantonale compétente ou à l'Institution commune LAMal (pour les titulaires de pension) dans un délai de trois mois.

Des informations détaillées sont disponibles dans la *lettre d'information de l'OFSP du 2 mai 2013* (www.bag.admin.ch) et sur le site de la caisse maladie www.ameli.fr (assurance maladie).

L'assuré qui s'installe en France et exerce son droit d'option en faveur de l'assurance maladie française doit vous faire parvenir une copie du formulaire confirmé par la CPAM afin de résilier l'assurance.



conseil pratique

Délivrance du formulaire E 121/attestation S1 : Si possible, attendez de savoir si la personne assurée exerce ou non son droit d'option avant de délivrer l'attestation de droit. Cela leur évitera tous les coûts qui auraient pu résulter de l'enregistrement provisoire par l'entraide en matière de prestations en France.

Dans ce contexte, vous devez faire preuve de souplesse lors de l'examen de la prise en charge des coûts des prestations que l'assuré a demandées jusqu'à ce que des précisions soient apportées en France.

3.13 Règles de priorité en matière de droit à prestations

Dans le cadre des droits aux prestations, une distinction est faite entre les droits aux prestations autonomes, les droits aux prestations dérivées et les droits aux prestations qui se basent uniquement sur le lieu de résidence. La différenciation est particulièrement importante parce qu'elle donne lieu à la responsabilité de l'assurance maladie dans l'Etat respectif.

Qu'il s'agisse d'un droit autonome, d'un droit dérivé ou d'un droit relatif au lieu de résidence dépend des faits de l'affaire. Par exemple, l'activité lucrative ou la résidence donnent lieu à un droit autonome, l'Etat civil peut donner lieu à un droit dérivé, etc.

Imaginez une personne qui exerce une activité lucrative et qui est en même temps un membre de la famille. Théoriquement, deux exigences différentes se posent l'une à côté de l'autre. Comment décider quel droit à prestations est prioritaire par rapport à quelle autre ? Il faut répondre à cette question par ce qu'on appelle les règles de priorité en matière de droit à prestations. Cette règle de priorité clarifie d'abord de quel type de droit à prestations il s'agit et enfin si ce droit a priorité sur un autre (*art. 32 al. 1 R 883/2004*).

Dans les trois sections suivantes, vous trouverez des explications sur les droits individuelles.

3.13.1 Droit autonome

Un droit autonome survient lorsqu'une personne est couverte par la [champ d'application personnel](#) droit de coordination et qu'il existe une infraction qui déclenche ce droit et qui n'est pas dérivé d'une autre personne. Il peut s'agir de l'exercice d'une activité salariée ou non salariée ou du versement d'une pension.

Le droit autonome résultant d'une activité lucrative ou d'une pension prime a priorité d'un droit dérivé et le droit fondé sur le lieu de résidence.

Exemple

Une femme vit en Suisse, exerce une activité lucrative et est couverte par une assurance maladie en Autriche. Son mari vit également en Suisse et travaille aujourd'hui 50% du temps en Suisse. Il se demande s'il doit s'assurer auprès de sa femme en Suisse ou en Autriche.

solution

Le droit propre du mari à l'exercice d'une activité lucrative prime sur le droit dérivé en tant que membre de la famille de sa femme, même si seulement 50% de l'activité lucrative est exercée. Il doit donc s'assurer en Suisse.

Exemple

Une mère vit avec son enfant en France. Le père de l'enfant est mort. La mère reçoit une pension de veuve, l'enfant une demi-pension d'orphelin de Suisse. Ils ont tous les deux une assurance maladie avec vous. Aujourd'hui, la mère prend un emploi et est couverte par l'assurance maladie en France. Elle vous demandera si l'enfant doit également être assuré en France ou s'il peut continuer à être assuré auprès de votre assureur.

solution

En raison de la priorité de l'emploi rémunéré, la mère est soumise à l'assurance obligatoire en France. Elle a ses propres droits. Comme l'enfant a également droit à sa propre demi-pension d'orphelin et qu'il s'agit d'un droit prioritaire par rapport à tout droit dérivé qui résulterait de l'activité lucrative de la mère, l'enfant doit continuer à être assuré chez vous. Toutefois, si la pension cesse d'être versée, l'enfant doit être assuré en France.

3.13.2 Droit dérivé

Le droit aux prestations des membres de la famille est appelé **droit dérivé**, c'est-à-dire que le droit est directement lié au droit aux prestations du travailleur salarié ou du titulaire de pension (personne assurée principale). Toutefois, ce droit n'existe que si le membre de la famille n'exerce pas d'activité lucrative ou s'il perçoit une pension.

Si le droit du travailleur ou du titulaire de pension ou de rente dont découle ce droit prend fin (par exemple en raison de la cessation de l'assurance ou du décès), le droit aux prestations familiales prend également fin automatiquement. Les personnes assurées habitent-elles avec vous dans un pays de l'UE/AELE et sont-elles assurées dans le pays de l'UE/AELE ? Dans le cadre de l'aide sociale enregistrée, cela signifie que le droit des membres de la famille prend fin en même temps que le droit du travailleur salarié ou du titulaire de pension. L'institution qui fournit l'assistance ne peut pas enregistrer automatiquement les membres de la famille dans l'Etat de résidence.

Afin de garantir aux membres de la famille ou aux personnes à charge survivantes un droit continu aux prestations, ils doivent être en mesure de prouver leur propre droit à l'aide sociale, à condition que ce droit ne prenne pas fin de toute façon, par exemple en cas de départ, et présenter à cet effet une attestation de droit établi par eux-mêmes.

Le droit dérivé a priorité sur droit autonome, qui ne provient que du lieu de résidence.

Exemple

Une Suisseuse est actuellement soumise à l'assurance obligatoire en France sur la base du principe de résidence. Elle n'exerce pas d'activité lucrative et ne perçoit pas de pension. Maintenant, elle va se marier. Votre mari vit également en France, travaille en Suisse et est assuré chez vous. Elle vous demandera une assurance.

solution

Au moment du mariage, elle doit par définition être considérée comme un membre de la famille. Elle a donc automatiquement un droit dérivé et est soumise à l'assurance obligatoire en Suisse en raison de l'activité lucrative de son mari. Comme ceci a préséance sur la réclamation basée sur la résidence, elle doit s'assurer auprès de vous dès le moment du mariage.

Exemple

Situation initiale comme ci-dessus, variante : La femme suisse a un enfant. Le futur mari n'est pas le père de l'enfant. Il ne l'adopte pas. Elle vous demandera où assurer son enfant.

solution

L'enfant n'a pas droit à un droit dérivé et reste donc soumis à l'assurance obligatoire en France. Ce n'est que par le biais d'une adoption que l'enfant peut contracter une assurance maladie avec vous en Suisse.

3.13.3 Droit autonome fondé sur le lieu de résidence

S'il n'existe pas de droit propre résultant d'une activité lucrative ou d'une pension, ni de droit dérivé en tant que membre de la famille, le droit propre sur la base du lieu de résidence est applicable. Ce type de droit vous est connu sous le nom de « principe du lieu de résidence ».

En résumé (3.13.1 à 3.13.3), la personne assurée peut faire valoir son droit aux prestations dans trois circonstances. Le cas le plus courant est celui du **droit autonome** en tant que travailleur salarié ou non salarié, titulaire de pension etc. Les membres de la famille qui ne travaillent pas ont un **droit dérivé**. Il est assez rare que le droit soit fondée uniquement sur le **lieu de résidence**.

4 Pratiquer l'assurance maladie

Le chapitre 4 traite des aspects du droit des assurances et de la manière de les pratiquer. Il contient des explications sur l'obligation d'assurance en général, le début et la fin de l'assurance ainsi que les éléments connexes tels que les primes. A partir du chapitre [4.3 Procédure pour l'assurance des personnes résidant dans un pays de l'UE/AELE](#), vous trouverez des informations détaillées sur les différentes catégories de personnes dont vous avez besoin pour évaluer les circonstances individuelles. Elles sont destinées à vous aider à décider si et sous quelle forme vous devez souscrire, maintenir ou résilier votre assurance maladie.

4.1 Obligation de s'assurer - principes

4.1.1 Résidence dans l'UE, en Islande ou en Norvège

Les personnes suivantes sont ou restent soumises à l'assurance obligatoire en Suisse si elles [résident](#) ou se rendent dans un pays de l'UE, en Islande ou en Norvège (*art. 1, al. 2, let. d. KVV, annexe XI du règlement 883/2004, ch. 3*) :

- Les frontaliers à destination de la Suisse (sous réserve du [droit d'option](#)), y compris les bénéficiaires de [prestations en espèces à court terme](#).
- [titulaires de pension](#)
- Bénéficiaires de prestations d'assurance-chômage
- Membres de la famille des personnes susmentionnées
- [Membres de la famille sans activité lucrative](#) d'un travailleur salarié ou indépendant avec résidence et assurance en Suisse.

Si une personne déménage son domicile dans un Etat de l'UE/AELE, l'obligation d'assurance en Suisse continue même si elle ne fournit pas sa nouvelle adresse dans l'Etat de l'UE/AELE. L'assurance ne peut donc pas être résiliée sans plus attendre. Tant qu'il n'est pas prouvé que l'obligation d'assurance prend fin en Suisse et tant que l'on peut supposer que le nouveau domicile se trouve effectivement dans un Etat de l'UE/AELE, l'assurance maladie obligatoire doit être maintenue. Tous les fonds doivent d'abord être épuisés afin d'atteindre la nouvelle adresse. Vous trouverez des informations sur la façon de déterminer la nouvelle adresse sous [8.1 L'adresse n'est plus à jour](#).

4.1.2 Résidence en Suisse

4.1.2.2.1 Obligation de s'assurer en Suisse

Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (*art. 3 al. 1 LAMal*). Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse. En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation (*art. 5 al. 1 et 2 LAMal*).

Le délai de trois mois pour le début de l'assurance obligatoire s'applique également si une personne réside en Suisse depuis un certain temps et était auparavant assurée dans un pays de l'UE/AELE et est désormais soumise à l'assurance obligatoire en Suisse pour une des raisons suivantes :

- Réception d'une rente suisse de l'AVS, AI, LPP, AA, AM
- Exercice d'une activité lucrative en Suisse (pour les salariés multiples uniquement s'ils exercent une partie substantielle de leur activité lucrative en Suisse, voir aussi [3.7 Activités dans plusieurs pays](#))
- Les enfants, si les parents exercent une activité lucrative en Suisse.

Exemple

Un retraité allemand décide à 61 ans de passer sa retraite en Suisse. Comme il n'a pas encore atteint l'âge AVS normal, il doit payer des cotisations en tant que personne sans activité lucrative. Jusqu'à présent, il a été enregistré auprès de la LAMal dans le cadre de l'aide sociale. Le 15 juillet, il a informé l'IC LAMal qu'il percevait une rente AVS depuis le 1er mai. Il vous demandera une assurance.

solution

L'assurance devient obligatoire en Suisse à partir du 1er mai en raison de l'entrée en jouissance de la rente AVS. Comme les trois mois ne sont pas encore écoulés, vous devez souscrire l'assurance rétroactivement au début du versement de la rente.

La situation devient problématique si les faits de l'obligation d'assurer ne sont connus qu'après trois mois. Dans ce cas, l'assurance commence généralement au moment de l'adhésion. Il en résulte un déficit d'assurance qui peut être préjudiciable à la personne en cas de retour dans son pays d'origine (voir ci-dessous).

Exemple

Le pensionné de l'exemple précédent n'informe l'IC LAMal que le 15 septembre. Il vous demandera une assurance.

solution

L'assurance est obligatoire en Suisse à partir du 1er mai en raison de la perception de la rente AVS, mais ce n'est pas le cas en Suisse. Toutefois, les trois mois étant écoulés, vous ne pouvez en principe pas souscrire une assurance rétroactivement au début du versement de la pension. Un démarrage le 1er septembre serait envisageable, de sorte qu'il y aurait un déficit d'assurance pour la période du 1er mai au 31 août.

Même si les conséquences d'un déficit d'assurance ne peuvent être estimées à l'avance, elles peuvent avoir des conséquences importantes dans des cas individuels. Si le retraité cité dans l'exemple devait retourner en Allemagne un an plus tard dans le cas de soins infirmiers, il n'aurait droit aux prestations de l'assurance dépendance qu'à une date ultérieure en raison précisément de cette lacune de l'assurance.

Les heures manquantes ne doivent pas non plus être certifiées sur le formulaire E 104/S041.

4.1.2.2.2 Obligation de s'assurer dans l'UE/AELE

Sont exceptés de l'obligation de s'assurer en Suisse

- Les personnes qui sont soumises à l'assurance obligatoire dans un Etat de l'UE/AELE parce qu'elles y exercent une activité lucrative (*art. 2 al. 1 chif. c OAMal*),
- Les personnes qui perçoivent une prestation d'assurance chômage étranger et qui sont soumises à la législation d'un autre pays (*art. 2 al. 1 chif. d OAMal*),
- Les personnes qui perçoivent une pension d'un pays de l'UE/AELE, à condition qu'elles ne perçoivent pas de pension suisse (*art. 2 al. 1 chif. e OAMal*),
- Les membres de la famille de ces personnes, s'ils sont également assurés auprès de l'assureur de la personne exerçant une activité lucrative ou du titulaire de pension et ont droit à l'entraide en matière de prestations en Suisse (*art. 2 al. 1 chif. f OAMal*).

4.2 Résidence et assurance obligatoire en Suisse - séjour temporaire dans l'UE/AELE

Le présent chapitre concerne les personnes qui sont assurées en Suisse et qui séjournent temporairement dans un autre pays de l'UE/AELE dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Afin d'évaluer correctement une situation, il est très important de savoir si et quand il s'agit d'un séjour temporaire.

Le chapitre [3, Législation de sécurité sociale applicable](#) a déjà expliqué la différence fondamentale entre résidence temporaire et résidence habituelle.

Répetons-le : un séjour temporaire dans un autre pays est toujours considéré comme un séjour temporaire si le centre de la vie est maintenu en Suisse et si la personne a l'intention de rester dans un autre pays pour une période limitée. Cela signifie qu'un retour en Suisse est prévisible, mais qu'une date exacte n'est pas toujours disponible. Le moment auquel le retour doit avoir lieu dépend donc de l'objet du séjour.

Le cas typique d'une personne séjournant temporairement dans un autre Etat est celui d'un touriste. En outre, cependant, il existe d'autres catégories de personnes couvertes par le séjour temporaire. La liste suivante devrait vous donner un indice à ce sujet. La flèche indique la durée (normalement) croissante du séjour.

- 
- Personnel navigant, chauffeurs de camions, conducteurs de voitures/trains, etc. (Travailleur du transport international) (durée du séjour de quelques jours)
 - Voyageurs d'affaires (quelques jours)
 - Touristes (quelques jours à semaines)
 - Chômeurs qui s'installent dans un autre pays pour y chercher du travail (trois mois, maximum six mois)
 - Stagiaires (plusieurs semaines à plusieurs mois)
 - Au-pair (environ un an)
 - Étudiants* (plusieurs mois à quelques années)
 - [Détaché\(e\)s*](#) (plusieurs mois à quelques années)

*Les étudiants et les expatriés sont généralement sur une base temporaire. Toutefois, elle peut également avoir lieu autour d'un [transfert de domicile](#). Alors que pour les travailleurs détachés, la différence entre un séjour temporaire et un changement de résidence ne se reflète que dans le droit aux prestations (CEAM ou S1/E 106), pour les étudiants, elle peut avoir un impact sur l'obligation d'assurance (voir [4.1.1 Résidence dans l'UE, en Islande ou en Norvège](#) et [3.12 Droit d'option](#)).

Le séjour temporaire n'a aucune influence sur la prime. La prime pour les assurés résidant en Suisse reste applicable.

Pour avoir [droit à l'assistance sociale](#) dans l'autre Etat, la personne assurée doit présenter la [carte européenne d'assurance maladie que](#) vous avez délivrée. S'il ne peut être délivré à temps ou si la personne n'est plus en possession de la carte, par exemple en raison d'une perte, un certificat provisoire de remplacement doit être utilisé.



conseil pratique

Si une personne vous informe qu'elle séjournera temporairement dans un autre pays, demandez la raison de son séjour et notez-la. Vous évitez ainsi les questions difficiles liées au [droit aux prestations](#) dans l'autre Etat lors de votre séjour temporaire et facilitez le traitement des [factures des coûts](#) que vous recevez de l'Institution commune LAMal en tant qu'organe de liaison.



Attention

Les cas d'autorisation ou de consentement sont également temporaires, mais le but du séjour est un traitement médical. Le certificat de droit est le certificat [S2](#) ou le formulaire E 112 ([cas d'autorisation](#)).

4.3 Assurance des personnes résidant dans l'UE/AELE

Après avoir expliqué les informations de base sur l'assurance obligatoire dans les chapitres précédents, vous trouverez ci-dessous des informations détaillées sur la manière dont vous pouvez résoudre les situations impliquant un transfert de résidence dans un pays de l'UE/AELE.

Avant qu'une assurance puisse être souscrite ou poursuivie, vous devez d'abord savoir si la personne est ou reste soumise à l'assurance obligatoire en Suisse. Comme il n'existe pas d'assurance volontaire en Suisse, seule la personne soumise au droit suisse de la sécurité sociale ([subordination dans un seul Etat](#)) peut être affiliée à l'assurance maladie obligatoire.

Si, lors de l'évaluation des informations dont vous disposez, vous découvrez qu'il existe une obligation d'assurance primaire dans un autre pays, vous devez refuser l'admission ou résilier l'assurance. Ne vous décidez pas tant que vous n'avez pas toutes les informations nécessaires.

Les explications suivantes concernent les assureurs maladie qui proposent une assurance aux personnes résidant dans un pays de l'UE/AELE. Particularités pour les assureurs maladie qui, selon l'art. 4 OSAMal et art. 5 chif. g. LSAMal sont exemptés de l'obligation sont spécialement marqués.

Afin d'arriver au bon résultat lors de l'évaluation des faits, vous devez d'abord évaluer l'information dont vous disposez. Il est important pour l'évaluation que vous n'examiniez pas seulement les informations disponibles individuellement, mais que vous ayez toujours une vue d'ensemble des faits. Une séquence des points à clarifier n'est pas donnée.

Veuillez noter que la décision finale quant à la législation à appliquer est prise par les bureaux de compensation. En tant qu'assureur maladie, vous êtes en contact plus étroit avec la personne assurée et disposez généralement des informations nécessaires plus rapidement, ce qui vous permet de procéder à une évaluation.

Avant de pouvoir évaluer les faits, il faut clarifier le [champ d'application personnel](#). Une fois qu'on aura répondu à cette question, on pourra commencer à apporter des précisions détaillées.

La personne a-t-elle réellement déménagé à l'étranger ?

Comme décrit dans le chapitre sur le [lieu de résidence](#) des éléments subjectifs et objectifs sont déterminants pour clarifier la question de la résidence. Une clarification claire du lieu de résidence est un point de départ optimal pour évaluer si et comment la personne peut être assurée auprès de vous et contribuer à prévenir tout malentendu futur. Une fois la question de la résidence résolue, il est également plus facile de déterminer si le séjour dans un autre Etat n'est que temporaire dans le cas de clarifications supplémentaires. Ceci est déterminant tant pour le calcul de la prime que pour le droit aux prestations.

+ Selon le droit suisse, vous n'avez qu'une **seule résidence** civile. Le lieu de résidence est le lieu de la résidence habituelle. Temporairement, cependant, on peut séjourner à plusieurs endroits.

Veillez noter que dans d'autres pays, plusieurs résidences sont possibles selon la loi en vigueur. On les appelle habituellement résidences principales et secondaires ou résidences principales et secondaires. Toutefois, ces particularités n'ont aucune influence sur votre appréciation des faits. Cela dépend toujours du centre de vie (centre d'intérêts).

Exemple

Un jeune assuré célibataire, titulaire d'un permis L, vit en Suisse. Ses parents vivent en Allemagne, qu'il visite régulièrement, une fois par mois. Il affirme que sa résidence principale se trouve en Allemagne, où vivent ses parents. Il dit n'avoir qu'une seule résidence secondaire en Suisse.

solution

On peut supposer qu'il vit en Suisse, d'autant plus qu'il ne retourne en Allemagne qu'une fois par mois pour rendre visite à ses parents. Une autre solution serait que ce ne soient pas ses parents, mais sa femme et ses enfants. Le centre de sa vie serait alors en Allemagne, même s'il passe plus de temps en Suisse.

Où est-ce que la personne est employée ou indépendante et quel type d'activité lucrative exerce-t-elle ?

Dans le chapitre sur le [principe du lieu de travail](#), vous avez appris qu'une personne est, en principe, soumise à l'assurance obligatoire dans l'Etat dans lequel elle est employée. La question de l'exercice d'une activité lucrative est donc également d'une importance cruciale pour l'assurance (complémentaire). Un travailleur salarié résidant dans un pays de l'UE/AELE ne peut être assuré en Suisse que s'il travaille également en Suisse.

Une fois la question de l'emploi rémunéré clarifiée, les faits de l'affaire peuvent être traités en détail. Dans les chapitres suivants, vous trouverez des informations détaillées sur les catégories de personnes suivantes (remarque : bien que les titulaires de pension ne soient pas des travailleurs salariés ou non salariés au sens strict du terme, ils sont également énumérés ici car la pension résulte d'un emploi antérieur) :

Existe-t-il une obligation d'assurance prioritaire dans l'autre Etat ?

Avant de pouvoir affilier la personne à l'une des catégories, vous devez savoir si l'emploi ne donne pas lieu à une obligation d'assurance prioritaire dans l'autre pays. Cela peut conduire à des cas explosifs, en particulier si l'employeur est le même, comme l'illustre l'exemple suivant.

Exemple

Une personne assurée vit en Suisse et travaille pour un commerçant renommé à Zurich. Pour des raisons familiales, il décide de déménager sa résidence à Lör-rach/Allemagne. L'entreprise suisse y est également basée et lui offre un poste aux conditions qu'il accepte sans trop réfléchir. Il va maintenant vous informer qu'il souhaite rester assuré chez vous, puisqu'il travaille pour le même employeur.

solution

Le simple fait qu'il travaille pour le même employeur en Allemagne ne suffit pas pour déterminer s'il peut continuer à être assuré chez vous. Dans ce cas, il est particulièrement important de préciser qu'il ne s'agit pas d'un détachement mais de l'entrée dans un nouvel emploi. Dans ce cas, l'assurance doit être résiliée sans tenir compte des délais de préavis.



conseil pratique

Si vous ne parvenez pas à un résultat clair sur la base des informations disponibles, il peut être utile d'obtenir une confirmation de l'assureur maladie étrangère que vous êtes soumis à l'assurance obligatoire. En même temps, cela peut également servir de preuve d'une couverture d'assurance supplémentaire. Dans certains cas, une confirmation de l'employeur à l'étranger peut également être exigée. En règle générale, cela ne donne cependant aucune indication quant à savoir si la personne est assurée et où elle l'est. Dans le cas d'[activités dans plusieurs pays](#), le certificat A1 vous indique quel pays est responsable de la réalisation de l'assurance.

Si les faits sont clairs dès le départ et que vous n'avez aucun doute quant à l'exactitude des informations, vous pouvez résilier provisoirement l'assurance lorsque la personne vous en informe. Ne résiliez pas définitivement l'assurance tant que vous n'avez pas reçu la confirmation du réassureur. Pour les pays disposant d'un système d'assurance maladie (Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Estonie, France, Grèce, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie et République tchèque), il devrait être possible pour le futur assureur maladie de le délivrer sans plus attendre.



Ici vous accédez aux catégories de personnes

[4.3.1 Les frontaliers/frontalières venant d'un Etat avec droit d'option et les membres de leur famille](#)

[4.3.2 Détachés](#)

[4.3.3 Les titulaires de pension et les membres de leur famille](#)

[4.3.4 Membres de la famille d'un travailleur salarié résidant en Suisse et soumis à l'assurance obligatoire](#)

[4.3.5 Autres catégories de personnes](#)

Liste de contrôle à la fin du chapitre

Quelles informations vous devez avoir au début de l'affaire :

- Quelle nationalité est présente (champ d'application personnel) ?
- Où réside la personne ?
- Le séjour est-il temporaire ?
- Dans quel pays l'emploi est-il effectué ?
- S'agit-il d'un détachement ou d'un voyage d'affaires ?
- Y a-t-il plus d'une activité lucrative ?
- Un emploi rémunéré conduit-il à une assurance obligatoire à l'étranger ?
- Des membres de la famille sont-ils présents et, dans l'affirmative, où sont-ils assurés ?

4.3.1 Les frontaliers/frontalières des pays ayant le droit d'option et les membres de leur famille

Un frontalier au sens du droit de coordination est défini comme une personne qui est salariée ou non salariée dans un Etat et qui vit dans un autre Etat où elle retourne en règle générale quotidiennement, mais au moins une fois par semaine (*art. 1 chif. f) R 883/2004*). Un frontalier ne doit pas nécessairement vivre dans l'un des pays voisins, ce qui lui permet de retourner à son lieu de résidence tous les jours. Une personne qui vit principalement au Luxembourg, par exemple, qui travaille en Suisse et ne rentre au Luxembourg que le week-end est considérée comme un frontalier, de même que la personne qui se rend quotidiennement de Lörrach à Bâle. La différence au frontalier allemand est que le frontalier luxembourgeois doit souscrire une assurance maladie en Suisse et n'a pas de droit d'option.

Attention

Les explications suivantes se réfèrent exclusivement aux **frontaliers** qui vivent en **Allemagne**, en **France**, en **Italie** ou en **Autriche et qui** peuvent donc exercer leur droit d'option.

Pour savoir si l'assurance LAMal peut être souscrite pour un frontalier, vous devez savoir ce qui suit :

1. Une activité lucrative est exercée en Suisse.

Il doit s'agir soit d'une activité salariée, soit d'une activité indépendante.

2. Le domicile est dans un Etat qui prévoit le droit d'option.

Le lieu de résidence (centre de vie, centre d'intérêts) doit se trouver en Allemagne, en France, en Italie ou en Autriche. Le [droit d'option](#) s'applique à ces pays.

3. Le frontalier dispose soit d'un permis de frontalier (G), soit d'un permis de séjour de courte durée (L).

4. Le travailleur frontalier peut **ne pas** avoir exercé son [droit d'option en](#) faveur de l'assurance de son Etat de résidence.

L'assurance n'est possible que si le travailleur frontalier n'a pas fait usage de sa [faculté de contracter une](#) assurance maladie privée ou obligatoire dans son pays de résidence. Il ne doit donc pas bénéficier d'une dérogation formelle de l'autorité cantonale compétente. Les travailleurs frontaliers qui ont été formellement dispensés de l'assurance obligatoire par l'autorité cantonale compétente ne peuvent être assurés selon la LAMal que s'il y a eu interruption de l'activité des travailleurs frontaliers et si la personne a été entre-temps soumise à une assurance obligatoire dans l'Etat de résidence.

Enfin, il reste à déterminer s'il existe des membres de la famille qui n'exercent pas d'activité lucrative et qui doivent être co-assurés (cf. [4.3.3.1.3.1 Droit d'option distinct - travailleurs frontaliers allemands](#)).

4.3.1.1 Nouvelles assurances

4.3.1.1.1 Transfert de l'assurance du pays de résidence vers vous

Les frontaliers doivent souscrire une assurance selon la LAMal dans les trois mois suivant la survenance de l'obligation d'assurance en Suisse, sauf s'ils exercent leur droit d'option ([3.12 Droit d'option](#)). L'obligation d'assurance d'un frontalier prend naissance au moment du début de son emploi en Suisse. Si le frontalier n'exerce pas son droit d'option en faveur d'une assurance dans son pays de résidence, le début de l'assurance selon la LAMal correspond à la date à laquelle l'obligation d'assurance prend naissance en Suisse. Si le frontalier contracte une assurance plus tard, elle prend effet au moment de l'adhésion (*art. 7 al. 8 OAMal*).

Exemple

Un frontalier de l'Allemagne se rend à la frontière de l'Allemagne. Le 1er juillet, il a commencé son activité lucrative en Suisse. Il présente sa demande d'admission à votre assurance maladie le 13 août.

solution

Comme vous demandez votre affiliation à l'assurance maladie dans les trois mois qui suivent le début de l'assurance obligatoire des soins, vous devez souscrire l'assurance rétroactivement au 1er juillet.

Exemple

Un frontalier de l'Allemagne se rend à la frontière de l'Allemagne. Le 1er juillet, il a commencé son activité lucrative en Suisse. Il ne demandera pas son admission à votre assurance maladie avant le 20 octobre.

solution

Comme vous ne demandez pas votre affiliation à l'assurance maladie dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur de l'assurance obligatoire, l'assurance ne commence pas avant le 20 octobre.



conseil pratique

Les lacunes en matière d'assurance devraient être évitées dans la mesure du possible. En cas d'inscription tardive, veuillez vérifier s'il y a une telle lacune (comme dans le deuxième exemple ci-dessus) et prendre les mesures appropriées pour la combler. Informez l'assuré que l'écart existe et que cela peut entraîner des désavantages juridiques (la période d'assurance ne peut pas être certifiée de manière transparente) ou même la perte de prestations (si le droit aux prestations est lié à une assurance transparente).

Veuillez vérifier attentivement si un frontalier qui travaille depuis longtemps en Suisse et qui était assuré dans son pays de résidence vous demande soudainement de souscrire une nouvelle police d'assurance. Veuillez

d'abord demander une preuve d'assurance antérieure. Comme il faut supposer que le droit d'option a été exercé plus tôt dans le cas d'une pré-assurance dans le pays de résidence (il est possible de demander à l'[autorité cantonale](#) si l'exemption a été accordée), il importe peu que le pré-assureur soit une compagnie d'assurance maladie obligatoire ou une compagnie privée. Dans les deux cas, il **n'est pas** possible de passer à l'assurance maladie obligatoire (LAMal). L'[exemption](#) de l'obligation de s'assurer en Suisse est définitive. L'admission à l'assurance maladie selon la LAMal doit être refusée.

Contrairement à l'assurance privée, l'assurance maladie obligatoire dans le pays de résidence permet de supposer que le post-assureur vérifie si la personne assurée a résilié le contrat. Il est donc peu probable que le changement de la part de l'assureur maladie du pays de résidence ait lieu en premier lieu.

Dans tous les cas, un bon échange d'informations avec l'assureur précédent est très important.

Attention

Attention si un frontalier demande son admission à l'assurance LAMal au motif qu'il n'a plus de couverture d'assurance dans son pays de résidence parce qu'il a résilié son contrat d'assurance. L'exemption de l'assurance obligatoire est irrévocable. La résiliation du contrat d'assurance privée ne vous donne pas à elle seule le droit légal de passer à l'assurance LAMal ([perte de couverture](#)). Dans ce cas, n'effectuez l'assurance qu'après avoir consulté l'autorité cantonale compétente.

4.3.1.1.2 Changement d'assureur maladie en Suisse

En cas de changement d'assureur en Suisse, la procédure normale de changement d'assureur doit être suivie en cas d'une activité lucrative ininterrompue en Suisse (*art. 7 LAMal*). Il n'y a pas de particularités à prendre en compte.

4.3.1.2 Assurance existante - transfert de domicile à l'étranger ou de l'étranger en Suisse

Une personne précédemment assurée et exerçant une activité lucrative en Suisse qui transfère son lieu de résidence de la Suisse vers un pays disposant d'un droit d'option passe au statut de frontalier lorsque son lieu de résidence est transféré.

Si la personne a l'intention de changer d'assureur suisse au moment du changement de domicile, elle peut le faire sans respecter les délais de préavis selon l'avis juridique actuel.

Si le frontalier ne souhaite pas continuer à être assuré en Suisse en vertu de la LAMal, il peut faire usage de l'option dans les trois mois suivant son déménagement.

Exemple

Une personne vit et travaille en Suisse. Elle a une assurance maladie avec vous.

Pour

Le 1er juin, elle a déménagé sa résidence en Allemagne, mais a continué à travailler en Suisse. Le 2 juin, elle résiliera son contrat avec vous avec effet rétroactif au 31 mai, car elle souhaite s'assurer auprès d'un autre assureur suisse.

solution

Selon la législation en vigueur, le transfert de résidence à l'étranger et le changement simultané de statut en faveur d'un frontalier devraient permettre à ce dernier de changer d'assureur sans avoir à donner de préavis.

Il en va de même dans le cas inverse si un frontalier assuré depuis lors en Suisse en vertu de la LAMal déménage son domicile en Suisse et perd ainsi le statut de frontalier.

Selon l'avis juridique actuel, un changement d'assureur devrait également être possible au moment du transfert du domicile en Suisse sans tenir compte des délais de préavis.

Exemple

Une personne vit en Allemagne et travaille en Suisse. Elle est assurée auprès de vous selon la LAMal. Le 1er juin, elle a déménagé sa résidence en Suisse et a continué à travailler en Suisse. Le 12 juin, elle vous informera rétroactivement au 31 mai en raison d'une prime plus avantageuse auprès d'un autre assureur.

solution

Selon l'avis juridique actuel, le transfert du domicile en Suisse a pour but de permettre à cette personne de changer d'assureur sans avoir à donner de préavis.

4.3.1.3 Informations générales au sujet du droit d'option des travailleurs frontaliers

Les frontaliers qui résident en Allemagne, en France, en Italie ou en Autriche, travaillent en Suisse et disposent d'un permis de frontalier (G) ou d'un permis de court séjour (L) peuvent être exemptés de l'assurance obligatoire en Suisse sur demande s'ils peuvent prouver qu'ils sont couverts pour une maladie dans leur pays de résidence (*annexe XI R 883/2004*). La demande d'exemption doit être présentée à l'autorité compétente du canton d'emploi dans les trois mois suivant la survenance de l'obligation d'assurance en Suisse.

En principe, une exemption est définitive et ne peut être révoquée.

L'exemption s'applique à tous les membres de la famille qui résident dans le même Etat et qui n'exercent pas d'activité lucrative.

4.3.1.3.1 Droit d'option distinct - Travailleurs frontaliers allemands

Les membres de la famille sans activité lucrative des frontaliers **résidant en Allemagne** peuvent exercer le droit d'option pour eux-mêmes, même si le frontalier lui-même reste soumis à l'obligation d'assurance maladie suisse et n'exerce pas ce droit (droit d'option distinct ou droit d'option individuel).

La constellation peut-être la suivante : le frontalier lui-même est assuré selon la LAMal chez vous, tandis que les membres de sa famille sont assurés en Allemagne.

Attention

Le droit d'option des membres de la famille ne peut être exercé que comme une unité. Il n'est donc pas possible, par exemple, que le conjoint non salarié d'un frontalier assuré en Suisse soit exempté de l'assurance obligatoire alors que les enfants s'assurent auprès du frontalier en Suisse.

Le présent règlement ne s'applique pas aux frontaliers d'autres pays.

Exemple

Un frontalier vit avec sa famille en Allemagne, près de la frontière. Il souhaite s'assurer auprès de vous conformément à la LAMal. Il avait entendu dire que l'assurance maladie légale allemande offrait un modèle d'assurance favorable pour son épouse avec une assurance familiale gratuite pour les trois enfants.

solution

Le frontalier lui-même peut vous contacter directement et demander à être admis à la LAMal. Les membres de sa famille doivent être formellement exemptés de l'assurance obligatoire en Suisse par l'autorité cantonale compétente. Ce n'est qu'alors que l'assurance auprès de l'assurance maladie allemande est possible.

L'exemption de l'assurance obligatoire pour les membres de la famille doit être formelle. Le cas échéant, informer le frontalier qu'une demande doit être soumise à l'autorité cantonale. Veuillez également tenir compte de la [procédure spéciale avec l'Allemagne](#).

4.3.1.3.2 Affiliation tardive à l'assurance LAMal

En application analogue de l'*art. 5 al. 1 et 2 LAMal*, l'assurance déploie ses effets rétroactivement au début de l'obligation s'assurer. En cas d'une affiliation tardive, c'est à dire après trois mois, l'assurance déploie ses effets au moment de l'affiliation (*art. 7 al. 8 LAMal*, voir aussi [4.3.1.1.1 Nouvelle assurance](#)). Il en résulte des lacunes en matière d'assurance et de couverture qui, dans certaines circonstances, peuvent avoir une incidence sur le droit aux prestations dans un autre pays (par exemple, dans le pays de résidence).

4.3.1.3.3 Durée de l'exemption

Quiconque a opté pour l'assurance maladie en Suisse selon la LAMal ou a fait usage de la possibilité de s'assurer dans son pays de résidence reste lié par cette décision pendant la durée de son emploi ininterrompu en Suisse.

4.3.1.3.4 Renouvellement de l'exercice du droit d'option

Les frontaliers qui n'ont pas encore fait usage du droit d'option, ont la possibilité de présenter une demande d'exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse lorsque leur cellule familiale s'agrandit (du fait d'un mariage ou d'une naissance (exception: France, cf. [3.12.2 Particularité en France](#)). La demande doit être présentée à l'autorité cantonale compétente dans les trois mois suivant le mariage ou la naissance. L'exemption est valable rétroactivement à partir de cet événement (voir également la *lettre d'information de l'OFSP aux cantons du 16 décembre 2016*).

4.3.1.3.5 Transfert de domicile à l'étranger

L'exercice du droit d'option est lié au pays de résidence et étroitement lié au choix du système de soins de santé dans le pays de résidence. Pour cette raison, la situation au regard du droit des assurances doit être réévaluée si le domicile est transféré d'un Etat de l'UE avec des droits d'option à un autre Etat de l'UE avec des droits d'option. Au moment du transfert de domicile, la personne est de nouveau soumise à l'assurance obligatoire en Suisse, avec la possibilité d'exercer à nouveau son droit d'option dans les trois mois.

Pour exercer légalement le droit d'option conformément à l'annexe XI du règlement (CE) n° 883/2004, la personne doit, entre autres, être en mesure de prouver une couverture d'assurance dans son pays de résidence. Si une personne a exercé son droit d'option en faveur d'une assurance dans son pays de résidence et qu'elle a été exemptée de l'assurance obligatoire en Suisse, on ne peut pas supposer qu'en cas de transfert de résidence dans un autre pays avec droit d'option, elle est automatiquement assurée dans son nouveau pays de résidence. Au moment du transfert de

domicile, la personne doit donc pouvoir soit passer à l'assurance selon la LAMal, soit être exemptée de l'assurance obligatoire selon la LAMal.

Exemple

Un frontalier réside en France et y est assuré parce qu'il a été légalement exempté de l'assurance obligatoire en Suisse au début de son activité transfrontalière. Il s'installe maintenant en Allemagne et souhaite s'assurer auprès de vous selon la LAMal. Il vous demandera si c'est possible.

solution

En raison du changement de résidence de la France vers l'Allemagne, la situation du droit des assurances doit être réévaluée. Comme il souhaite s'assurer en Suisse, il doit être assuré conformément à la LAMal.

Il en va de même si la personne vivait auparavant dans un pays sans droit d'option et déménage maintenant dans un pays avec un droit d'option (par exemple, du Luxembourg vers la France). Dans ce cas, la personne peut faire usage du droit d'option et être exemptée de l'obligation d'assurance en Suisse si les conditions sont remplies.

En revanche, un changement de résidence **à l'intérieur de l'Etat de résidence** n'a aucun effet sur l'obligation de contracter une assurance ou sur le droit d'option.

4.3.1.3.6 Perte de la couverture d'assurance

La condition préalable à l'exemption de l'obligation d'assurance en Suisse est remplie si le travailleur frontalier est couvert par une assurance dans son pays de résidence et s'il est couvert en cas de maladie pendant un séjour dans l'UE ou en Suisse (*art. 2 al. 6 OAMal*). L'équivalence avec l'assurance maladie selon la LAMal n'est pas nécessaire.

Si un frontalier est couvert par une assurance privée dans son pays de résidence et qu'il perd cette couverture d'assurance **sans faute de sa part**, les conditions d'exemption de l'assurance obligatoire en Suisse ne sont plus remplies. En conséquence, la responsabilité de l'assurance maladie est transférée du pays de résidence à la Suisse. La Suisse doit inclure dans le système d'assurance-maladie obligatoire un frontalier qui perd sa couverture d'assurance sans qu'il y ait faute de sa part.

Dans ces rares cas, le travailleur frontalier doit s'adresser à l'autorité compétente du canton d'emploi et fournir la preuve du motif de la résiliation de l'assurance. La preuve de la dissolution ne suffit pas à elle seule.



conseil pratique

Dans ces cas exceptionnels, demander à l'autorité cantonale compétente la preuve que le frontalier est (de nouveau) soumis à l'assurance obligatoire en Suisse. Cette preuve vous donne une sécurité juridique dans la mise en œuvre de l'assurance et sert également à éviter toute double assurance.

4.3.1.4 Activité lucrative d'un parent ou du conjoint d'un travailleur frontalier/d'une travailleuse frontalière

Si l'un des parents exerce une activité lucrative en Suisse en tant que frontalier et l'autre parent exerce une activité lucrative dans le pays de résidence, les enfants doivent être assurés dans le pays de résidence (cf. *art. 32 al. 2 R 883/2004*). Du fait de l'activité lucrative des parents, deux possibilités d'assurance théorique s'offrent aux enfants, d'une part via le parent qui exerce une activité lucrative dans le pays de résidence et d'autre part via le parent qui exerce une activité lucrative de frontalier en Suisse (voir aussi [3.13.2 Droit dérivé](#)). L'assurance dans le pays de résidence a la priorité sur l'assurance en Suisse.

Ceci s'applique également si l'emploi rémunéré est marginal (p. ex. 450 EUR-jobs en Allemagne).

L'Etat matrimonial des parents ne joue aucun rôle à cet égard. L'autre parent ne doit pas nécessairement être le conjoint. L'emploi du partenaire civil déclenche également l'assurance obligatoire des enfants.

Exemple

Un frontalier assuré avec vous vit avec sa famille en Allemagne. Lui et toute sa famille sont assurés avec vous en vertu de la LAMal. Le conjoint prend une position de 50% en Allemagne au 1er octobre. Comme l'emploi est limité à un an, le conjoint ne veut pas s'assurer en Allemagne et vous demande de continuer l'assurance pour lui et ses enfants.

solution

Même si l'emploi est limité à un an, le conjoint est soumis à l'obligation de sécurité sociale du pays de résidence, l'Allemagne. Les enfants doivent également être assurés en Allemagne du fait de l'activité lucrative de la mère ou du père et il doit être mis fin à l'assurance selon la LAMal. Après la fin de l'activité lucrative, l'assurance doit être rétablie conformément à la LAMal.

Si, en revanche, les deux parents travaillent comme frontaliers, l'assurance LAMal peut être choisie pour les enfants. Dans ce cas, il n'y a pas de revendications prépondérantes.

4.3.1.5 Réduction des primes

Les frontaliers qui vivent dans des conditions économiques modestes peuvent demander au canton de leur lieu de travail des réductions de primes pour eux-mêmes et les membres de leur famille assurés en Suisse. Cela ne s'applique pas aux travailleurs frontaliers qui ont une assurance maladie dans leur pays de résidence après avoir exercé leur droit d'option.

4.3.1.6 Autorisation frontalière (livret G)

L'autorisation frontalière n'est accordée qu'aux personnes **résidant à l'étranger en vertu du droit civil**. Les titulaires d'une attribution G peuvent exercer le droit d'option s'ils résident dans un pays auquel le droit d'option s'applique.

Les citoyens suisses qui déménagent de la Suisse vers un autre Etat et passent ainsi au statut de frontalier ne reçoivent pas d'autorisation de frontalier.

Traitements médicaux : Les frontaliers de droit civil résidant à l'étranger sont couverts pour les soins médicaux en Suisse par la carte d'assurance suisse et dans le pays de résidence par le [formulaire E 106](#) ou l'[attestation S1](#).

Prime à appliquer : Personnes résidant dans l'UE/AELE (prime de l'UE)

4.3.1.7 Autorisation de séjour (livret B)

Dans le cas d'une personne titulaire d'une autorisation de séjour B, le **séjour de droit civil en Suisse doit d'abord** être présumé (*cf. lettre d'information de l'OFSP du 12 juillet 2007*). Le permis de séjour B n'est accordé que si la personne transfère sa résidence en Suisse. En conséquence, la personne ne peut pas faire usage du droit d'option et doit s'assurer en Suisse conformément à la LAMal.

Toutefois, l'*art. 1 chif. f) R 883/2004* ne lie pas la définition du travailleur frontalier à l'existence d'une autorisation frontalière. L'*annexe XI du R 883/2004* ne fait pas non plus de déclaration à ce sujet. Par conséquent, le seul facteur pertinent pour déterminer si la personne est un travailleur frontalier est qu'elle exerce une activité lucrative et qu'elle retourne habituellement dans son pays de résidence quotidiennement, mais au moins une fois par semaine. Dans la pratique, ces différentes définitions peuvent conduire à une situation dans laquelle une personne, bien que titulaire d'un titre de séjour B pour la Suisse, doit être considérée comme un travailleur frontalier au sens de la loi de coordination, car elle retourne dans son pays de résidence au moins une fois par semaine. De telles situations nécessitent, en particulier, une clarification approfondie des faits si le frontalier vit avec sa famille dans l'autre Etat.

Il appartient à l'autorité cantonale compétente de vérifier si la personne doit être considérée comme frontalière en sachant qu'elle est titulaire d'un permis de séjour B. Elle tiendra compte des circonstances réelles. L'exemple suivant vise à illustrer les différents points de vue :

Exemple

Une personne travaille en Suisse en tant que salarié et vit dans un appartement d'une pièce et demie en Suisse, où elle reste du lundi au vendredi. Chaque week-end, il retourne dans sa famille en Allemagne, où se trouve le centre de ses intérêts. Il a fait usage de son option dès le début de son travail en Suisse et a depuis été assuré auprès de l'AOK en Allemagne. Après un permis de court séjour L de cinq ans, l'Office cantonal des migrations lui délivre désormais un nouveau permis de séjour B. Le nouveau permis de séjour B est délivré par l'Office cantonal des migrations. Il se demande s'il doit maintenant s'assurer en Suisse

solution

Maintenant que le frontalier a légalement opté pour son assurance dans le pays de résidence, la question se pose de savoir s'il doit assurer B en Suisse dès l'obtention du permis de séjour. Toutefois, étant donné que sa situation en matière de logement et d'emploi ne changera pas, l'autorité cantonale compétente conclura que le droit d'option exercé reste juridiquement valable. La seule délivrance de l'agrément B n'entraîne pas à elle seule un changement de circonstances ni la nullité du droit d'option.

4.3.1.8 Autorisation de courte durée (livret L)

L'octroi d'une autorisation de courte durée L ne nécessite pas nécessairement un transfert de résidence en Suisse (*voir lettre d'information de l'OFSP du 12 juillet 2007*).

Dans le cas des frontaliers titulaires d'un permis L, l'autorité cantonale compétente peut donc supposer que la personne ne transfère pas son domicile en Suisse mais le conserve à l'étranger. Si la personne réside dans un pays auquel s'applique le [droit d'option](#), elle peut être exemptée de l'assurance obligatoire en Suisse sur la base de l'*art. 2 al. 6 OAMal*.

Traitements médicaux : Sur la base de la *lettre d'information de l'OFSP du 12 juillet 2007*, en tant qu'assureur maladie, vous pouvez également supposer que le frontalier réside à l'étranger au sens du droit civil, de sorte qu'il est couvert pour les soins médicaux en Suisse via la carte d'assurance suisse et dans son pays de résidence via le [formulaire E 106](#) ou le [document S1](#).

Prime à appliquer : Personnes résidant dans l'UE/AELE (prime de l'UE)

Liste de contrôle à la fin du chapitre

Quelles informations vous **devez** avoir au **début de l'affaire** :

- La personne exerce-t-elle une activité lucrative en Suisse ?
- Où réside la personne ?
- Où la personne assurée était-elle assurée immédiatement avant (pourrait-il s'agir d'un droit d'option éventuellement déjà exercé) ?
- La personne fait-elle usage du droit d'option (uniquement en cas de résidence en Allemagne, en France, en Italie ou en Autriche) ?
- Y a-t-il des membres de votre famille que vous devez assurer ?
- La personne vit-elle en Allemagne ?

Quelles sont les informations que vous **pouvez** avoir au **début de l'affaire** :

- L'employeur est-il connu ?
- De quelle autorisation dispose la personne ?
- Le conjoint exerce-t-il également une activité lucrative ? Si oui, où ?

Attention Les informations ci-dessus ne doivent pas nécessairement être obtenues. Ces renseignements peuvent toutefois vous être utiles pour évaluer les faits de l'affaire.

Quelles sont les informations dont vous pourriez disposer à l'**avenir** :

- La personne exerce-t-elle le droit d'option en raison d'un changement d'Etat civil ?
- Un membre de la famille coassuré travaille-t-il dans le pays de résidence ?

4.3.2 Détachés

Comme déjà mentionné au point [3.5 Détachement](#), une personne détachée de Suisse auprès de l'UE/AELE reste soumise à la législation suisse en matière de sécurité sociale. La personne reste donc assurée à l'assurance maladie pendant toute la durée du détachement.

Pour les travailleurs salariés et indépendants qui séjournent dans l'UE/AELE dans le cadre d'un détachement, l'assurance maladie doit donc être maintenue conformément à la LAMal. Il en va de même pour les membres de la famille qui n'exercent pas d'activité lucrative et qui accompagnent la personne détachée à l'étranger.

Avant de décider quelle prime demander et quel certificat de droit à pension délivrer, vous devez connaître le type de séjour :

- Si le détachement implique un séjour temporaire dans l'UE/AELE et que la personne conserve sa résidence en Suisse ou
- Si le détachement est lié à un changement de résidence et que la personne transfère sa résidence de la Suisse vers l'Etat d'envoi

Après avoir reçu les informations nécessaires, vous décidez si la prime UE/AELE doit être appliquée ou si elle doit rester si vous résidez en Suisse. Vous trouverez des informations sur le droit aux soins médicaux dans l'UE/AELE ici : [5 Prestations dans l'Etat de résidence et de séjour](#).

Si nécessaire, renseignez-vous auprès de la personne assurée sur son séjour à l'étranger afin que vous puissiez prendre la bonne décision :

- **Séjour temporaire** : prime pour le séjour en Suisse / utilisation de la [carte européenne d'assurance maladie pour les](#) soins médicaux
- **Transfert de domicile** : Prime UE/AELE/utilisation d'un traitement médical via l'attestation [S1](#) ou le formulaire [E 106](#)

Il en va d'ailleurs de même pour les personnes qui résident dans un pays de l'UE/AELE dans le cadre de leurs activités de recherche.



conseil pratique

Veillez trouver aussi des informations au sujet de la sécurité sociale des travailleurs détachés sur le site internet de l'Office fédéral des assurances sociales (www.bsv.admin.ch -> Informations aux -> Travailleurs détachés) et de l'AVS (www.ahv-iv.info -> Mémentos et Formulaires -> International).

4.3.2.1 Membres de la famille des travailleurs détachés

Lorsque des membres de la famille accompagnent la personne détachée et que ces membres sont assurés auprès de la même institution d'assurance maladie que la personne détachée, ils sont soumis aux mêmes règles que la personne détachée en matière de prime et de droit aux prestations.

Si les membres de la famille ne sont pas assurés par la même caisse maladie que la personne détachée et si le détachement est **temporaire**, l'assureur maladie des membres de la famille doit également être informé des faits du détachement. La responsabilité incombe à la personne détachée et doit, au mieux, être assumée à l'avance, en cas de doute au moment du traitement médical dans l'UE/AELE. Une bonne circulation de l'information protège la personne assurée et l'assureur maladie, par exemple, de prendre de mauvaises décisions lors de l'examen du remboursement des soins médicaux.

Si les membres de la famille ne sont pas assurés auprès de la même caisse maladie que la personne détachée et si le détachement implique un **changement de domicile**, l'art. 4a LAMal s'applique (voir aussi [4.4 Choix de l'assureur pour les membres de la famille tenus de s'assurer](#)). Les membres de la famille doivent donc changer d'assureur. Avant qu'un changement d'assureur ne soit effectué, les deux assureurs maladie doivent disposer du même niveau d'information et prendre la même décision.

En cas de transfert de résidence au **Danemark**, au **Portugal**, en **Suède**, en **Espagne**, en **Hongrie** ou au **Royaume-Uni**, les membres de la famille sont soumis à l'assurance obligatoire dans l'Etat de résidence (voir [4.3.4.1 Exemptions du maintien de l'assurance obligatoire](#) et *annexe XI du rR 883/2004, point 3 a) iv*). Dans ce cas, l'assurance selon la LAMal doit être résiliée au moment du transfert de domicile ou l'assurance ne doit pas être conclue au début de l'obligation d'assurance (voir aussi le tableau "Obligation d'assurance et droit d'option dans l'assurance maladie" sous [3.12.1 Généralités](#)).

Attention

Les membres de la famille ne sont soumis à l'assurance obligatoire que tant qu'ils n'exercent pas d'activité lucrative dans cet Etat. Si le membre de la famille exerce une activité lucrative dans cet Etat, l'exercice d'une activité lucrative dans cet Etat entraîne une obligation distincte de contracter une assurance et un [droit autonome](#) aux prestations. Ce droit autonome a [priorité](#) sur le droit dérivé en tant que membre de la famille et peut également avoir des effets sur l'obligation d'assurance des enfants (voir [3.13 Règles de priorité en matière de droit à prestations](#)).

4.3.2.2.2 Double statut des frontaliers détachés

Normalement, la personne détachée reste dans l'Etat dans lequel elle est détachée. Mais que se passe-t-il si elle vit dans un Etat autre que celui dans lequel elle est envoyée ? Cela peut être le cas, par exemple, si l'employeur est proche d'une frontière avec un autre pays de l'UE/AELE. La personne a donc le double statut de frontalier détaché - frontalier. L'exemple suivant en est une illustration :

Exemple

Une personne assurée vous informe qu'elle sera détachée au Luxembourg par une société suisse pour une durée de trois ans (sous réserve d'un accord d'exemption). Il ne sait pas s'il reviendra après cette période et déclare sa résidence en Suisse. Il note que les appartements en Belgique sont nettement moins chers qu'au Luxembourg et y loue un appartement. Désormais, il se rend quotidiennement sur son lieu de travail. Il vous demandera maintenant comment il sera assuré auprès de vous et quel certificat de droit il doit utiliser pour quel pays.

solution

Sa résidence se trouve en Belgique, de sorte que la prime UE/AELE s'applique à la Belgique. L'attestation S1 doit être délivrée pour pouvoir bénéficier des prestations en Belgique. Son séjour au Luxembourg n'étant que temporaire (aller, activité, retour), il justifie de son droit auprès de la CEAM s'il utilise des services au Luxembourg.



conseil pratique

Afin d'éviter toute confusion, il est recommandé qu'en plus du certificat de radiation en Suisse, la personne assurée soit tenue de fournir un certificat de résidence de l'Etat concerné.

4.3.2.2.3 Détachement et assurance privée

Certains employeurs souscrivent une assurance maladie privée pour leurs employés qui sont détachés dans un autre pays, qu'ils soient détachés dans un pays de l'UE/AELE ou dans un autre pays. La collision entre la loi sur les services de l'employeur et la loi sur l'assurance maladie donne l'impression d'une double assurance.



conseil pratique

Lors d'une demande de renseignements, informez la personne assurée que l'obligation d'assurance dans le cadre du droit de coordination l'emporte sur l'assurance maladie privée. Il est possible de continuer à bénéficier d'une assurance maladie privée à titre complémentaire.

Liste de contrôle à la fin du chapitre

Quelles informations vous devez avoir au **début de l'affaire** :

- La personne était-elle assujettie à l'assurance obligatoire en Suisse immédiatement avant ?
- Si l'employeur est domicilié en Suisse
- S'agit-il d'un séjour temporaire ou d'un transfert de résidence ?
- La personne est-elle accompagnée de membres de sa famille ?

De quelles informations vous aurez besoin à l'**avenir** :

- Un membre de la famille exerce-t-il une activité lucrative ?
- Les enfants dépassent-ils la limite d'âge de 18 ou 25 ans ?

4.3.3 Titulaires de pension et les membres de leur famille

Les titulaires de pension sont couverts par une assurance maladie dans l'Etat dont ils **perçoivent** une pension (*art. 24 al. 2 chif. a) R 883/2004*, « La personne qui **perçoit** une pension [...] »). La perception effective d'une pension est donc déterminante pour le déclenchement de l'obligation d'assurance. Il ne suffit pas que la personne ait seulement droit à une pension. Les rentiers qui reportent leur rente AVS et ont donc droit à la rente, mais qui y ont en fait droit ultérieurement.

 Les rentiers sont soumis à l'assurance obligatoire en Suisse s'ils perçoivent l'une des rentes suivantes :

- Assurance vieillesse et survivants (AVS)
- Assurance invalidité (AI)
- Assurance militaire (AM)
- Assurance accidents (AA)
- Prévoyance professionnelle (PP, caisse de pension). Le versement d'un capital par l'institution de prévoyance déclenche également l'assurance obligatoire si l'âge de la retraite prévu par le règlement est atteint, mais au plus tôt dès l'âge de 58 ans (*cf. art. 1i OPP2*).

La liste est définitive.

Les pensions ne comprennent pas les prestations provenant de régimes privés, comme les **polices d'assurance-vie**.

Exemple général

Un Suisse ne reçoit qu'une seule rente de l'AVS et de la BV. Il déménage sa résidence au Danemark. Il se demande où il devra se procurer une assurance maladie.

solution

Puisqu'il perçoit une rente de la Suisse et non de son pays de résidence, il est soumis à l'assurance obligatoire en Suisse.

Exemple d'une prestation en capital de la prévoyance professionnelle

Un citoyen suisse peut se faire verser son avoir de prévoyance professionnelle à l'âge de 59 ans. Il ne perçoit pas de rente AVS. Il déménage sa résidence en Irlande. Comme il ne perçoit pas de rente mensuelle, il est d'avis de ne pas être obligé de s'assurer en Suisse.

solution

Les retraits de capital entraînent également l'obligation de s'assurer en Suisse, de sorte qu'ils doivent (ou continuent à) s'assurer en Suisse. Dans cet exemple, on suppose que la caisse de retraite a réglé l'âge de la retraite de 58 ans dans son règlement.

Une rente AVS est également soumise à une obligation d'assurance lorsqu'elle repose exclusivement sur des cotisations en tant que personne sans activité lucrative ou lorsque la personne perçoit une rente dans le cadre de la répartition du conjoint.

L'**allocation pour impotent** est une prestation spéciale en espèces à caractère non contributif qui n'est pas non plus couverte par les pensions. Les **prestations complémentaires (PC)**, qui sont versées en plus de l'AVS et de l'AI si les rentes ne couvrent pas le coût de la vie minimum, ne sont pas non plus incluses dans les rentes.

Outre les pensions actuelles, les prestations en capital (cf. prévoyance professionnelle à la page précédente) et les **allocations supplémentaires** sont également incluses dans les pensions (*art. 1 chif. w) R 883/2004*).

+ Une **allocation supplémentaire** au sens de l'*art. 1 chif. w) R 883/2004* en Suisse est la **rente pour enfant** qui s'ajoute à la rente de vieillesse selon l'art. 22ter LAVS ou à la rente d'invalidité selon l'art. 35 LAI. La rente pour enfant est octroyée en complément de la rente de vieillesse ou d'invalidité pour les personnes ayant droit à une rente, dans le but de l'utiliser pour le soutien et l'éducation de l'enfant. Le droit à la rente pour enfant est déclenché par la personne ayant droit à la rente, par conséquent l'enfant ne doit pas être considéré comme un rentier/une rentière au sens du R 883/2004 et la perception de la rente ne déclenche aucune compétence propre pour l'enfant.

4.3.3.1 Pension de l'Etat de résidence

Les titulaires de pension sont soumis à l'assurance obligatoire dans leur pays de résidence s'ils reçoivent une pension de leur pays de résidence (*art. 23 R 883/2004*). Le montant de la pension et la durée du versement de la cotisation ne sont pas déterminants. Ainsi, même les petites pensions conduisent à une assurance obligatoire dans le pays de résidence.

Exemple

Outre les rentes AVS et AVS, un citoyen suisse perçoit également une petite rente mensuelle danoise de 600 DKK (environ 85 CHF) pour une courte période d'emploi antérieure au Danemark. Il déménage sa résidence au Danemark et vous demande s'il peut continuer à avoir une assurance maladie en Suisse.

solution

Comme il perçoit également une pension de son pays de résidence en plus de sa pension de la Suisse, il est obligé de s'assurer au Danemark. Le faible niveau de la pension danoise ne modifie pas l'obligation d'assurance.

Les personnes qui perçoivent une pension de l'Etat de résidence ne peuvent pas exercer le droit d'option, car elles relèvent déjà de la compétence de l'Etat de résidence en vertu de l'*article 23 du règlement 883/2004* ([4.3.3.6 Droit d'option en cas de transfert de la résidence aux Etats avec droit d'option](#)).

4.3.3.2 Plusieurs pensions, mais aucune de l'Etat de résidence

Si une personne perçoit plusieurs pensions de différents Etats, mais aucune de l'Etat de résidence, l'Etat dans lequel elle a cotisé le plus longtemps à l'assurance pension est responsable de l'assurance maladie (*art. 24, al. 2, chif.. b, R 883/2004*). Ce n'est pas le montant de la pension qui est déterminant, mais la durée du versement de la cotisation.

Exemple

Outre les rentes AVS et AVS, un citoyen suisse perçoit également une rente italienne. Les pensions de la Suisse sont plus élevées que celles de l'Italie, mais il a payé plus en Italie qu'en Suisse. Il a déménagé sa résidence au Danemark et s'est demandé dans quel Etat il devait maintenant souscrire une assurance maladie.

solution

Ne percevant pas de pension de l'Etat de résidence et ayant payé le plus longtemps en Italie, il est soumis à l'assurance obligatoire en Italie. Le fait que les rentes suisses soient plus élevées n'est pas déterminant.

4.3.3.3 Flexibilisation de la retraite (ajournement et anticipation)

Comme déjà décrit au point [4.3.3 Titulaires de pension et membres de leur famille](#) l'obligation d'être assuré en tant que pensionné naît lorsque la personne perçoit effectivement la pension et non lorsqu'elle y a seulement droit. Une personne qui ajourne sa pension de retraite de cinq ans dans le cadre de l'âge flexible de la retraite n'est assujettie à l'assurance en tant que retraité que cinq ans plus tard.

D'autre part, une personne qui anticipe sa pension deux ans à l'avance sera soumise à l'assurance en conséquence plus tôt qu'un retraité.

4.3.3.4 Nouvelles assurances

Les explications suivantes s'appliquent aux

- Les titulaires de pension qui vivaient auparavant en Suisse et qui ont l'intention de transférer leur lieu de résidence dans l'UE/AELE, ainsi que pour
- Les titulaires de pension qui résident déjà dans l'UE/AELE et qui demandent maintenant à être affiliés à l'assurance maladie LAMal.

Pour les assureurs maladie qui, conformément à l'art. 4 OSAMal, n'offrent pas d'assurance aux personnes résidant dans l'UE/AELE.

Si le titulaire de pension fait une demande d'assurance auprès de vous, elle ne peut pas être pratiquée. Si le titulaire de pension réside dans un pays de l'UE/AELE, veuillez l'adresser à un assureur maladie qui lui offre l'assurance.

Pour les assureurs maladie qui proposent une assurance aux personnes résidant dans l'UE/AELE

Si le retraité fait une demande d'assurance avec vous, vous devez d'abord examiner attentivement les faits. Pour pouvoir s'assurer correctement selon la LAMal, il faut savoir où le rentier était auparavant assuré et ce qui le soumet à l'assurance obligatoire en Suisse.

Si l'assureur précédent est un assureur maladie qui est exempté d'offrir l'assurance aux personnes résidant dans un pays de l'UE/AELE selon l'art. 4 OSAMal, vous pouvez pratiquer l'assurance sans respecter les délais de préavis. Veuillez vérifier que la date du transfert de résidence coïncide avec la date de début de votre assurance afin qu'il n'y ait pas de différence d'assurance. L'ancienne caisse maladie doit résilier l'assurance à la date précédant le transfert de résidence.

Si la personne a été assurée auprès d'un assureur maladie qui propose une assurance à domicile dans l'UE/AELE, mais que le retraité souhaite se tourner vers vous en raison d'une prime plus avantageuse, vous pouvez également accepter l'admission ici selon l'avis juridique actuel sans respecter les délais de préavis.

4.3.3.5 Assurance existante

Un titulaire de pension vit en Suisse et a l'intention de déménager dans l'UE/AELE. Il est assuré auprès de vous et vous informera du changement de résidence sous toutes ses formes (e-mail, fax, lettre, lettre de résiliation, etc.).

Pour les assureurs maladie qui, conformément à l'art. 4 OSAMal, n'offrent pas d'assurance aux personnes résidant dans l'UE/AELE.

Adressez le titulaire de pension à un assureur maladie qui offre une assurance aux personnes résidant dans un pays de l'UE/AELE. Les délais de préavis ne doivent pas être respectés. L'assurance doit être résiliée la veille du transfert de domicile. Si

le titulaire de pension est membre de sa famille, il doit être référé à l'assureur maladie auprès de laquelle il est lui-même assuré (*art. 4a LAMal*). Voir aussi [4.4 Choix de l'assureur pour les membres de la famille tenus de s'assurer](#)

Pour les assureurs maladie qui offrent une assurance aux personnes résidant dans l'UE/AELE

L'assurance doit être maintenue pour le moment. Analysez svp. la situation sur la base des points suivants. Veuillez noter que les informations suivantes ne s'appliquent qu'aux pays sans droits d'option. Des informations sur le transfert de domicile dans les Etats ayant des droits d'option se trouvent sous [4.3.3.6 Droit d'option en cas de transfert de résidence dans un Etat avec droit d'option](#).

Analyse des faits :

La personne déménage-t-elle réellement dans un pays de l'UE/AELE ?

Tout d'abord, clarifier la question du transfert de domicile. Pour que le titulaire de pension ou de rente puisse prétendre à des prestations dans l'UE/AELE, un [transfert effectif de résidence](#) doit avoir lieu (*art. 24 R 883/2004*). A cet effet, un certificat de radiation de l'ancienne commune de résidence peut être utile, mais n'est pas obligatoire ([3.1 Résidence](#)). Le jour suivant la radiation correspond alors au début du droit aux prestations dans son nouveau pays de résidence. A partir de cette date, la prime UE/AELE doit également être prélevée.

Exemple

Un assuré vous informe que son épouse et lui quitteront la Suisse le 1er octobre pour passer au moins les dix prochaines années aux Pays-Bas. Il dit qu'il y a acheté une maison et qu'il ne sera probablement en Suisse qu'à Noël et à Pâques. Afin d'éviter la prime élevée de l'UE/AELE pour les Pays-Bas, il déclare qu'il veut laisser "ses écrits" en Suisse. Il affirme qu'il continuera donc à résider en Suisse.

solution

Lors de la clarification du [lieu de résidence](#), les circonstances réelles doivent toujours être prises en compte. Dans cet exemple, le centre de vie et donc de résidence se trouve sans aucun doute aux Pays-Bas. D'autres raisons (raisons fiscales, écrits, etc.) ne justifient pas la résidence en Suisse.

La personne perçoit-elle effectivement une rente de la Suisse ?

Dans la prochaine étape, déterminez si la personne reste soumise à l'assurance obligatoire en Suisse en tant que rentier, même après le transfert de résidence. Vérifiez si la personne

perçoit effectivement une [rente](#) d'un assureur vieillesse, invalidité etc. légale en Suisse. Au besoin, demandez une preuve du droit à pension.



conseil pratique

Pour les assurés de nationalité suisse qui atteignent l'âge ordinaire de la retraite de l'AVS, il est presque certain qu'ils percevront une rente AVS. Vous pouvez supposer que ces personnes ont versé des cotisations ou que les cotisations ont été considérées comme versées. Dans ces cas, vous pouvez vous passer de preuves.

En revanche, vous devez insister sur le fait que la personne n'a pas encore atteint l'âge AVS normal et n'a pas encore droit à une anticipation de la rente. La personne peut recevoir une rente PP ou d'une autre branche de la sécurité sociale.

La personne perçoit-elle une pension de l'Etat de résidence ?

Les rentiers qui transfèrent leur résidence dans un pays de l'UE/AELE et reçoivent une rente de leur pays de résidence en plus de leur rente de la Suisse sont soumis à l'obligation d'assurance maladie de leur pays de résidence. Le montant de la pension n'est pas pertinent (*art. 23 R 883/2004*). Vérifiez si la personne perçoit une pension du pays de résidence.

Exemple

Une personne assurée vous informe qu'elle déménagera dans son ancien pays de résidence au Portugal le 1er octobre. Travaillant en Suisse depuis vingt ans, il perçoit une rente de vieillesse AVS. En outre, il perçoit également une pension portugaise, qui ne représente toutefois même pas un quart de la pension AVS. Il souhaite rester assuré auprès de vous.

solution

Conformément à l'article 23 R 883/2004, l'assurance maladie dans le pays de résidence est prioritaire si une pension y est perçue, quel que soit le montant de la pension. Il ne peut donc pas rester assuré en Suisse. L'assurance doit être résiliée avant le 30 septembre.

La personne perçoit-elle deux pensions, mais aucune de l'Etat de résidence ?

Si une personne perçoit à la fois une pension suisse et une pension d'un autre pays de l'UE/AELE, mais aucune pension du pays de résidence, il faut d'abord vérifier dans quel pays elle a accompli les périodes d'assurance les plus longues. Ce n'est qu'à ce moment-là qu'il est possible de déterminer dans quel pays le titulaire de pension ou de rente est tenu de s'assurer (*art. 24 al. 2 chif. b, R 883/2004*).

⚠ Attention

Ce n'est pas le montant de la pension qui est déterminant, mais la durée de la cotisation, lorsqu'il s'agit de déterminer quel Etat est responsable de la mise en œuvre de l'assurance maladie. Si les années de cotisation en Suisse l'emportent sur les années de cotisation, le rentier doit rester assuré chez vous. Si les années de cotisation d'un autre pays prédominent, l'assurance doit être résiliée au moment du transfert de résidence.

Vous pouvez maintenant envoyer l'attestation de droit S1 ou E 121 et déterminer la prime UE.

Si vous avez analysé les faits et que vous arrivez à la conclusion que la personne doit continuer à être assurée auprès de vous, déterminez la prime UE et émettez [S1](#) ou [E 121 en](#) leur faveur. Le début du droit correspond à la date du transfert de résidence. En vertu de l'ancien règlement de coordination no 1408/71, l'attestation de droit E 121 était envoyée à l'avance à l'institution d'assurance pension pour confirmation. Cette procédure ne sera pas poursuivie avec l'application du règlement (CE) n° 883/2004, de sorte que vous devrez accéder vous-même à ces informations sur les pensions. S1 n'est pas confirmée par l'assureur de rente.

Dans l'assistance qui suit, il est supposé que la personne effectivement transfert/ a transféré sa résidence et perçoit une rente d'un assureur de rente légale.

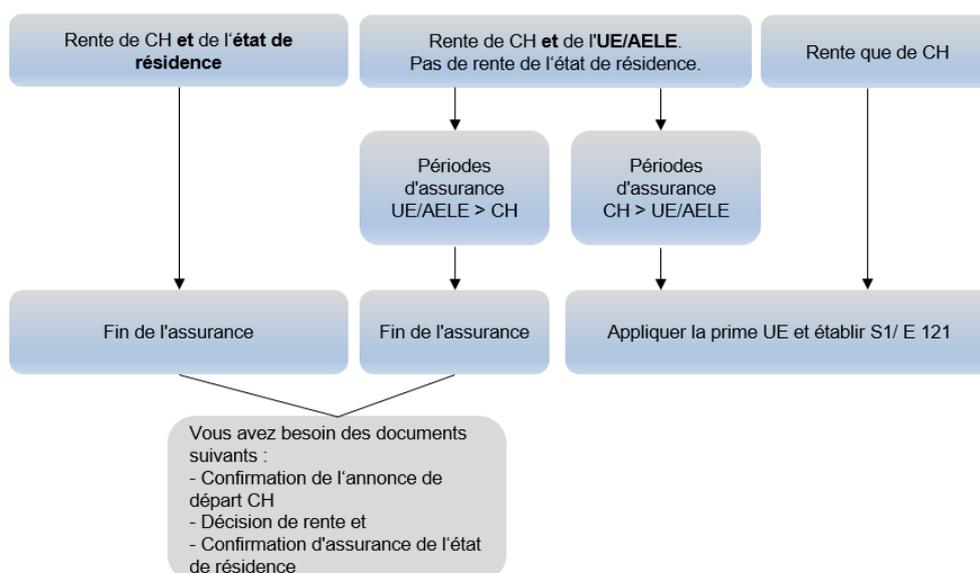


Figure 4 : Procédure de transfert de résidence à un Etat sans droit d'option

4.3.3.6 Droit d'option en cas de transfert de résidence dans un Etat avec droit d'option

Si le titulaire de pension et les membres de famille sans activité lucrative vivent en **Allemagne**, en **France**, en **Italie**, en **Autriche**, au **Portugal** ou en **Espagne**, ils peuvent être exemptés de l'assurance obligatoire en Suisse s'ils souhaitent adhérer à l'assurance maladie de l'Etat de résidence.

Règles spéciales si la personne réside en/au :

Espagne : Le « convenio especial » est un accord entre la Suisse et l'Espagne (convention de sécurité sociale). Elle ne s'applique qu'aux personnes qui perçoivent une rente de la Suisse et qui sont de nationalité espagnole et/ou suisse. Le droit d'option ne s'applique pas aux personnes qui ont une autre nationalité. Vous trouverez de plus amples informations dans la fiche d'information, que vous pouvez télécharger sur www.kvg.org -> *Particuliers* -> *Obligation de s'assurer -> Rentiers dans l'UE/AELE*

Portugal : Ici, seul le titulaire de pension lui-même a la possibilité d'exercer son droit d'option. Les membres de la famille qui n'exercent pas d'activité lucrative doivent être assurés au Portugal. Ils ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire en Suisse. L'assurance des membres de la famille inactive d'un titulaire de pension résidant au Portugal doit donc être résiliée ou ne peut être souscrite.

Le titulaire de pension doit présenter par écrit à l'Institution commune LAMal la demande d'exemption de l'assurance obligatoire en Suisse dans les trois mois suivant son départ à l'étranger ou après le début du droit à la rente (**sauf en Espagne**, où l'option peut être exercée à tout moment sans préavis).

Un modèle de demande d'exemption est disponible sur l'internet à l'adresse www.kvg.org -> *Particuliers* -> *Obligation de s'assurer -> Rentiers dans l'UE/AELE* ou à l'[annexe 4](#). Avant de demander l'exemption, le titulaire de pension ou de rente doit clarifier son affiliation au système d'assurance maladie du pays de résidence et, si nécessaire, obtenir une confirmation écrite de son admission.

Exemple

Une personne assurée perçoit une rente AVS et s'installe le 1er mai sur la côte atlantique française. Sa femme est française, employée et y a une assurance maladie. Il décide de s'assurer en France et vous demande si cela serait possible.

solution

La France étant un pays avec des droits d'option, il est en principe possible d'y souscrire une assurance. La demande de dérogation doit être présentée à l'Institution commune LAMal avant le 31 juillet.

⚠ Attention

Ne résiliez pas l'assurance jusqu'à ce que l'Institution commune LAMal ait accordé une exemption de l'obligation d'assurance (voir également [4.6 Fin de l'assurance](#)). Veuillez noter qu'un transfert de résidence dans un pays avec des droits d'option ne signifie pas automatiquement que la personne est exemptée de l'assurance obligatoire en Suisse. L'Institution commune LAMal n'accorde pas d'exemption formelle de l'assurance obligatoire tant que toutes les conditions nécessaires ne sont pas remplies.



conseil pratique

N'envoyez pas le S1 ou le E 121 avant que trois mois ne se soient écoulés. Les trois mois correspondent à la période d'exercice du droit d'option. Si vous envoyez l'attestation de droit avant l'expiration d'un délai de trois mois, vous risquez de devoir révoquer S1 ou E 121 et éventuellement d'avoir déjà utilisé et facturé des prestations.

L'aide suivante est basée sur l'hypothèse que la personne déménage effectivement sa résidence dans l'UE/AELE et perçoit une pension suisse ([4.3.3 Titulaires de pension et les membres de leur famille](#)).

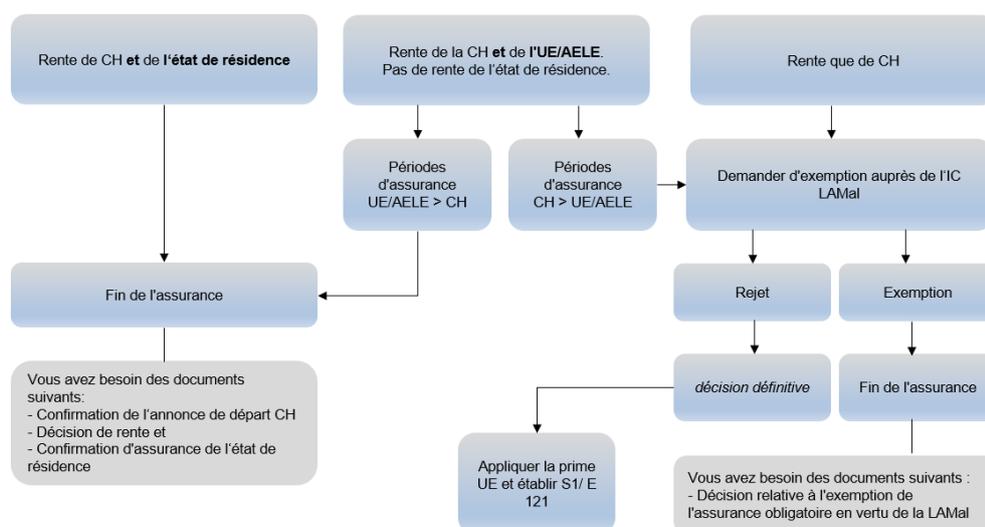


Figure 5 : Procédure de transfert de résidence à un Etat avec droit d'option

Cas spécial pour les titulaires de rente résidant en Allemagne

Si un **titulaire de rente** suisse déménage en Allemagne, les conditions particulières d'admission à l'assurance maladie des titulaires de rente (« Krankenversicherung der Rentner », KVdR) doivent être respectées lors de l'exercice du droit d'option. En principe, l'admission n'est possible que si certaines périodes de préassurance ont été respectées. Pour le KVdR, les 9/10 au moins de la seconde moitié de la période d'assurance doivent avoir été dans l'assurance légale. Bien que les périodes d'assurance en Suisse soient prises en compte dans l'obligation de [totalisation des périodes](#), une période minimale d'assurance préalable auprès d'un régime légal d'assurance maladie allemand doit être respectée. Une période de pré-assurance doit également être respectée pour l'assurance volontaire légale. L'exemption de l'assurance

obligatoire en Suisse n'est accordée que si une assurance maladie (facultative) peut être prouvée en Allemagne.

Exemple

Un retraité AVS s'installe en Allemagne, dans la forêt bavaroise. Dans les années 70, il a été assuré à l'AOK pendant deux ans pendant ses études. Il a été assuré avec vous pour le reste de sa vie. Il a maintenant l'intention de s'assurer auprès de l'AOK et se demande s'il peut être exempté de l'assurance obligatoire en Suisse. L'AOK accepte l'assurance facultative.

solution

Le titulaire de pension ne reçoit qu'une seule rente de la Suisse. Il déménage sa résidence en Allemagne. Puisqu'il remplit les conditions requises par le droit allemand pour l'assurance maladie volontaire, il peut être exempté de l'assurance obligatoire en Suisse. Après sa libération, il est assuré facultative auprès de l'AOK.

4.3.3.7 Transfert de résidence à l'étranger

L'exercice du droit d'option est lié au pays de résidence et étroitement lié au choix du système de soins de santé dans le pays de résidence. Pour cette raison, la situation au regard du droit des assurances doit être réévaluée si le domicile est transféré d'un Etat de l'UE avec des droits d'option à un autre Etat de l'UE avec des droits d'option. Au moment du transfert de domicile, la personne est de nouveau soumise à l'assurance obligatoire en Suisse, avec la possibilité d'exercer à nouveau son droit d'option dans les trois mois.

Pour exercer légalement le droit d'option conformément à l'*annexe XI du règlement (CE) n° 883/2004*, la personne doit, entre autres, être en mesure de prouver une couverture d'assurance dans son Etat de résidence. Si une personne a exercé son droit d'option en faveur d'une assurance dans son pays de résidence et qu'elle a été exemptée de l'assurance obligatoire en Suisse, on ne peut pas supposer qu'en cas de transfert de résidence dans un autre pays avec droit d'option, elle est automatiquement assurée dans son nouveau pays de résidence. Au moment du transfert de domicile, la personne doit donc pouvoir soit passer à l'assurance selon la LAMal, soit être exemptée de l'assurance obligatoire selon la LAMal.

Il en va de même si la personne vivait auparavant dans un pays sans droit d'option et déménage maintenant dans un pays avec un droit d'option (par exemple, de la Pologne vers la France). Dans ce cas, la personne peut faire usage du droit d'option et être exemptée de l'obligation d'assurance en Suisse si les conditions sont remplies.

Exemple

Un retraité AVS assuré auprès de votre assureur est marié à une Polonaise et vit avec elle dans son pays d'origine depuis plusieurs années. Entre-temps, tous deux en ont assez du climat local et décident de s'installer dans le sud de la France. Il a appris qu'il existe une convention spéciale avec la France et vous demande s'il peut également s'assurer en France.

solution

La Pologne n'accorde aucun droit d'option, c'est-à-dire que le retraité est assuré pour la durée de son séjour en Pologne en Suisse. S'il s'installe en France, qui lui accorde en principe le droit d'option, l'Institution commune LAMal décide si les conditions d'exemption de l'assurance obligatoire en Suisse sont remplies.

Un transfert de résidence à **l'intérieur d'un Etat** n'a aucun effet sur l'obligation d'assurance ni sur le droit d'option.

Liste de contrôle à la fin du chapitre

Quelles informations vous devez avoir au **début de l'affaire** :

- Est-il possible de souscrire une assurance auprès de vous si vous résidez dans un pays de l'UE/AELE ?
- Le rentier reçoit-il une rente légale de la Suisse (AVS, AI, AM, LPP, AA)?
- Y a-t-il réellement un changement de domicile ?
- Le retraité reçoit-il une pension de son futur Etat de résidence ?
- Le retraité reçoit-il une pension d'un autre pays de l'UE/AELE ?
- A-t-il un emploi rémunéré dans le futur pays de résidence ?
- Y a-t-il des membres de la famille qui doivent être couverts par l'assurance ?
- Est-ce qu'il vit dans un Etat où le droit d'option s'applique ?

De quelles informations vous aurez besoin à **l'avenir** :

- Le retraité perçoit-il une pension de l'Etat de résidence ?
- A-t-il un emploi rémunéré dans l'Etat de résidence ?

4.3.4 Membres de famille d'un travailleur salarié/indépendant résidant en Suisse et soumis à l'assurance obligatoire

Les membres de la famille résidant dans l'UE/AELE d'une personne assujettie à l'assurance obligatoire suisse en raison de son activité lucrative (salariée ou non salariée) et de son domicile en Suisse sont également soumis à l'assurance obligatoire en Suisse (*art. 1 al. 2 let. d. OAMal, annexe XI R 883/2004, chif. 3 let. a iv*)).

Si les membres de famille sans activité lucrative d'un travailleur résidant et assuré en Suisse transfèrent leur domicile dans l'UE/AELE, ils restent assurés en Suisse, à condition qu'aucun événement dans le futur pays de résidence n'entraîne une obligation d'assurance (par exemple, en raison d'une activité lucrative ou d'une réception d'une rente/pension).

Exemple

Une famille vit en Suisse. Les parents sont employés ici. Le fils de treize ans est envoyé dans un internat à Munich/DE pour cinq ans jusqu'à l'obtention de son diplôme. Il ne rendra visite à ses parents en Suisse que trois fois par an pendant une courte période. Le père vous demandera si le fils doit être assuré en Allemagne ou s'il peut rester assuré chez vous.

solution

Le fils reste assuré pendant toute la durée de son séjour en Allemagne en Suisse, car la condition prévue à l'annexe XI du règlement 883/2004 est remplie (membre de la famille d'un travailleur salarié résidant en Suisse). Le droit d'option reste ici réservé (cf. 4.3.4.3).

L'Etat de résidence détermine qui doit être considéré comme un membre inactif de la famille et qui peut être inscrit au bénéfice de l'aide internationale conformément à sa législation. Les membres de la famille ne sont donc soumis à l'assurance obligatoire ou n'ont droit aux prestations en Suisse que dans la mesure où les dispositions légales de l'Etat de résidence le prévoient.

L'exemple suivant illustre le cas où l'institution du lieu de résidence refuse l'enregistrement parce que le membre de la famille n'appartient pas au groupe des personnes éligibles.

Exemple

Un assuré âgé de vingt ans transfère sa résidence à Paris à des fins d'études. Ses parents continuent de vivre et de travailler en Suisse. Vous délivrez le certificat S1/Formulaire E 109. Toutefois, l'institution française refuse l'enregistrement au motif qu'elle ne remplit pas les conditions valables en France.

solution

En France, les étudiants de 20 ans et plus sont soumis au régime spécial de la Sécurité Sociale pour les étudiants. La loi française ne les considère plus comme des membres de la famille, la décision doit donc être acceptée et l'assurance doit être résiliée sans préavis. Toutefois, la raison de la non-inscription doit être indiquée.

4.3.4.1 Exceptions de la prolongation de l'obligation de s'assurer

Si les membres de la famille vivent dans l'un des Etats suivants, ils sont soumis à l'assurance obligatoire dans leur Etat de résidence et non plus en Suisse :

- Danemark
- Royaume-Uni (voyez [2.2 En cas d'application du droit de coordination \(champ d'application territorial\)](#))
- Portugal
- Suède
- Espagne
- Hongrie

Dans ce cas, l'assurance sous la LAMal doit être résiliée au moment du transfert de domicile ou l'assurance ne doit pas être conclue au début de l'obligation d'assurance (voir également l'aperçu "Obligation d'assurance et droit d'option dans l'assurance maladie" sous [3.12.1 Généralités](#) et *annexe XI du règlement 883/2004, ch. 3 a) iv*).

4.3.4.2 Nouvelles assurances

Si un travailleur salarié domicilié en Suisse demande à bénéficier de l'assurance-maladie obligatoire, vous devez d'abord vérifier s'il y a des membres de sa famille à l'étranger, où ils vivent et s'ils sont employés.

N'assurez que les membres de la famille visés par la définition ([3.9 Membres de la famille sans activité lucrative](#)) c'est-à-dire le conjoint, les enfants mineurs et les enfants majeurs à charge.

Exemple

Un jeune employé slovène a l'intention d'acquérir de l'expérience pendant les vendanges en Suisse. Il travaille toute une année dans un domaine viticole au bord du lac de Biemme afin de pouvoir suivre l'ensemble du processus. Il s'assure auprès de vous, mais comprend mal la question des membres de la famille et vous informe donc par erreur qu'il n'en a pas. Après deux mois, vous recevrez un E 107 de Slovénie avec la demande de délivrance du certificat S1.

solution

Si les membres de votre famille n'exercent pas d'activité lucrative en Slovénie, vous souscrivez une assurance pour eux. Communiquez au préalable avec la personne assurée afin qu'elle puisse vous fournir les renseignements nécessaires. Délivrez ensuite le certificat [S1](#) pour les membres de la famille en Slovénie.

Voir aussi cet exemple : [4.3.5.1 Travailleurs saisonniers et personnes dans la procédure d'annonce](#)

Si les membres de la famille résident en Belgique, en Bulgarie, à Chypre, en République tchèque, en Estonie, en Grèce, en Hongrie, en Irlande, en Islande, en Lettonie, en Lituanie, au Luxembourg, à Malte, en Norvège, aux Pays-Bas, en Pologne, en Roumanie, en Slovaquie, en Slovénie ou en République tchèque, une assurance en Suisse est obligatoire.

Si vous résidez dans l'un des pays mentionnés au point [4.3.4.1 Exceptions de la prolongation de l'obligation de s'assurer](#) vous ne pouvez pas souscrire l'assurance.

S'ils résident en Allemagne, en Finlande, en France, en Italie ou en Autriche, ils sont également soumis à l'assurance obligatoire en Suisse, mais peuvent exercer leur [droit d'option](#).

4.3.4.3 Assurance existante

Une personne assurée vous informe qu'elle déménagera dans l'UE/AELE. Vous constatez qu'il s'agit d'un membre de la famille d'un travailleur salarié/indépendant domicilié en Suisse qui est lui-même assuré auprès d'un autre assureur maladie suisse.

Pour les assureurs maladie qui, conformément à l'art. 4 OSAMal, n'offrent pas d'assurance aux personnes résidant dans l'UE/AELE.

Dans ce cas, le membre de la famille doit être référé à l'assureur du travailleur salarié si l'assureur propose une assurance pour la résidence dans l'UE/AELE.

Si le travailleur salarié lui-même est également assuré auprès d'un assureur exonéré au sens de l'art. 4 OSAMal, **les deux parties** doivent passer à un autre assureur maladie (art. 4a LAMal). Voir aussi [4.4 Choix de l'assureur pour les membres de la famille tenus de s'assurer](#).

Les délais de préavis ne doivent pas être respectés. L'assurance doit être résiliée la veille du transfert de résidence.

Pour les assureurs maladie qui proposent une assurance aux personnes résidant dans l'UE/AELE

Si vous êtes déjà assuré et que la personne transfère sa résidence dans l'UE/AELE, l'assurance doit être maintenue. Veuillez noter les points suivants :

La personne déménage-t-elle réellement dans l'UE/AELE ?

Pour que le membre de la famille puisse faire valoir son droit aux prestations de l'UE/AELE conformément à l'article 24 du règlement 883/2004, le [transfert de résidence](#) effectif doit avoir lieu. Dans ce cas, il est conseillé de demander un certificat de radiation à l'ancienne commune de résidence. Le jour suivant la radiation correspond alors au début du droit aux prestations dans son nouvel Etat de résidence.

4.3.4.4 Droit d'option

Les membres de la famille d'un travailleur salarié ou non salarié résidant en Suisse et assuré en Suisse en vertu de la LAMal peuvent être exemptés de l'assurance obligatoire en Suisse s'ils résident en Allemagne, en Finlande, en France, en Italie ou en Autriche et prouvent qu'ils ont droit aux prestations d'assurance maladie dans leur pays de résidence (*annexe XI du règlement 883/2004*). La demande d'exemption doit être présentée à l'autorité compétente du canton de domicile du travailleur salarié dans les trois mois suivant la survenance de l'obligation d'assurance en Suisse.

Une exemption de l'obligation de s'assurer ne peut pas être renoncée.

Attention

Veillez ne pas confondre le droit d'option pour les membres de la famille résidant en Allemagne avec le droit d'option distinct pour les frontaliers résidant en Allemagne (cf. [4.3.1.3.1 Droit d'option distinct - Travailleurs frontaliers allemands](#)).

Exemple

Une famille vit en Suisse. Les parents sont employés ici. Le fils de vingt ans poursuivra ses études commencées en Suisse à Munich/DE et a l'intention de s'y installer. Il prévoit également de trouver un emploi en Allemagne à la fin de ses études. Comme l'assurance maladie des étudiants en Allemagne est moins chère pour lui, il donne son préavis auprès de votre assureur.

solution

Le fils reste assuré en Suisse même après le transfert de sa résidence en Allemagne. Pour pouvoir résilier l'assurance, vous avez besoin d'une décision d'exemption de l'assurance obligatoire. L'autorité cantonale de l'ancien lieu de résidence en Suisse décide de l'exemption.

4.3.4.5 Conséquences de l'admission d'études à l'étranger

Cette figure vous montre les conséquences que peut avoir l'admission d'un étudiant en matière de droit des assurances et des prestations. Elle peut également être utilisée pour donner des conseils aux personnes assurées. La figure existe actuellement qu'en allemand.

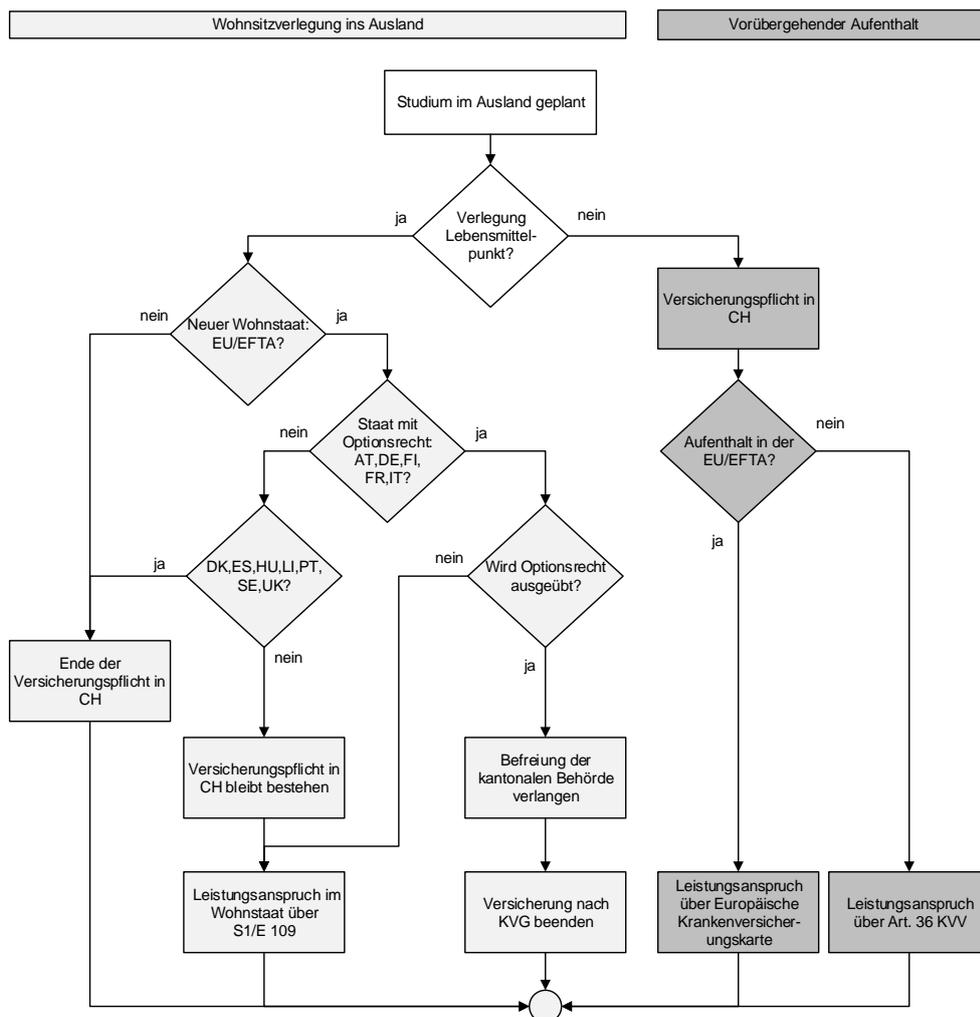


Figure 6 : Conséquences de l'admission d'études à l'étranger

4.3.5 Autres catégories de personnes

4.3.5.1 Travailleurs saisonniers et personnes en procédure d'annonce

Les travailleurs saisonniers ou les **personnes qui se trouvent dans la procédure d'annonce** venant de l'UE/AELE sont également soumis à l'assurance obligatoire en Suisse en raison du principe du lieu de travail s'ils disposent d'une autorisation de courte durée ou d'une autorisation de séjour valable au **moins trois mois** (*art. 1 al. 2 chif. f OAMal*). Ils peuvent faire usage du [droit d'option](#) s'ils vivent dans un Etat auquel le droit d'option est destiné.

Les personnes qui exercent une activité lucrative en Suisse pendant **trois mois au maximum** et qui n'ont pas besoin d'une autorisation de séjour à cette fin (soit-disant procédure d'annonce) ne sont pas soumises à l'assurance obligatoire si elles ont une couverture d'assurance équivalente (*art. 1 al. 2, chif. g OAMal*). Etant donné que l'obligation de s'assurer des personnes assurées dans l'UE/AELE dans le cadre d'un système d'assurance maladie obligatoire découle du principe du lieu de travail selon l'*art. 11 al. 3 chif. a) R 883/2004*, l'*art. 1 al. 2 chif. g) KVV* s'applique uniquement aux personnes assurées dans le privé. Les personnes qui étaient (auparavant) assurées par l'assurance-maladie légale sont soumises à l'assurance obligatoire dès leur entrée en activité lucrative en Suisse - quelle que soit leur durée.

L'affirmation générale selon laquelle une personne ne doit pas être assurée en Suisse si elle n'y séjourne pas plus de trois mois n'est donc valable que dans une mesure limitée, compte tenu des aspects susmentionnés, et doit être examinée au cas par cas (par exemple, dans le cas d'un séjour sans activité lucrative en tant que touriste, un séjour à des fins médicales (voir *art. 2 al. 1 let. b, LCAV*), etc.)

Exemple

Un jeune employé slovène a l'intention d'acquérir de l'expérience pendant les vendanges suisses. Il travaille pendant les mois de septembre et d'octobre dans un domaine viticole au bord du lac de Biene. Il s'inscrit correctement auprès de la municipalité. Il n'a pas de famille. Connaissant son activité lucrative en Suisse, l'assureur maladie légal slovène résilie l'assurance le 31 août.

solution

Même si l'activité lucrative ne dépasse pas trois mois et qu'il n'a pas besoin d'une autorisation de séjour selon l'Accord sur la libre circulation des personnes, l'assurance reste obligatoire en Suisse. L'assurance doit être pratiquée pour cette période.



conseil pratique

Comme ces personnes ne sont pas toujours facilement joignables après leur courte période d'activité, il est recommandé de réclamer les primes en temps utile, c'est-à-dire avant la fin de leur assurance obligatoire ou de leur activité lucrative en Suisse.

4.3.5.2 Autorisation de courte durée (livret L)

L'autorisation de courte durée (livret L) est délivrée aux personnes qui peuvent présenter un contrat de travail d'une durée de trois mois à une année. L'obtention du livret L n'est pas subordonnée au transfert du domicile en Suisse ([4.3.1.8 Autorisation de courte durée \(livret L\)](#)). L'intéressé peut conserver son domicile à l'étranger et peut demander à être exemptée de l'assurance obligatoire si elle réside dans un pays prévoyant un [droit d'option](#). L'autorité cantonale compétente vérifie si les conditions du maintien de la résidence dans cet Etat sont remplies et si l'exemption de l'assurance obligatoire peut être accordée.

La procédure administrative simplifiée par laquelle l'autorité peut partir du principe que le titulaire d'un livret L conserve son domicile à l'étranger ne signifie pas automatiquement qu'il doit l'être sans exception. Les personnes séjournant de courte durée peuvent également résider en Suisse si leur situation personnelle l'indique clairement. Dans ce cas, cependant, ils perdent leur droit d'option.



Conseil pratique sur l'application de la prime

Pour les personnes titulaires d'un permis de courte durée, vérifiez où se trouve le lieu de résidence de la personne. Si la personne vient d'un pays prévoyant un droit d'option, la faire confirmer par l'autorité cantonale au moyen d'une exemption de l'assurance obligatoire. Décidez ensuite si la prime UE/AELE ou la prime pour résidence en Suisse s'applique.

Si la personne demande à résider dans l'UE/AELE, l'attestation S1/Formulaire E 106 doit lui être délivrée pour pouvoir profiter des [prestations dans l'Etat de résidence](#).

Pour les assureurs maladie qui, conformément à *l'art. 4 OSAMal*, n'offrent pas d'assurance aux personnes résidant dans l'UE/AELE, la question de la résidence est déterminante pour savoir si l'assurance peut être conclue ou si la personne doit être envoyée à un autre assureur.

4.3.5.3 Personnes sans activité lucrative

Si une personne transfère son domicile dans un pays de l'UE/AELE et qu'il n'y a plus de situation à laquelle s'applique l'obligation de s'assurer en Suisse (personne privée), l'assurance peut être résiliée conformément à l'*art. 3, al. 3 LAMal. 3*. Toutefois, l'assurance ne peut être résiliée qu'après un examen attentif des faits de l'affaire.

Exemple

Un assuré fortuné de 50 ans décide de passer sa vie sur l'Adriatique italienne et déclare son intention de résider en Suisse. Il n'exerce pas d'activité lucrative et ne perçoit pas de pension. Il vous demande s'il peut toujours rester assuré avec vous.

solution

Comme il n'y a plus de lien avec la Suisse, l'assurance doit être résiliée. Il n'est plus soumis à l'obligation d'assurance suisse.
Variante : En cas de versement ultérieur d'une rente, la personne assurée est à nouveau soumise à l'assurance obligatoire en Suisse.

↔ En revanche, une personne qui transfère sa résidence en Suisse doit en principe s'assurer en Suisse si elle n'est pas assujettie à l'assurance obligatoire en raison (par exemple) d'une activité salariée/non salariée dans un autre pays ou d'une réception de rente d'un autre pays.

Exception : Si elle est titulaire d'une autorisation de séjour pour les personnes sans activité lucrative et dispose d'une couverture d'assurance équivalente à celle de la LAMal pour son séjour en Suisse, elle peut être exemptée de l'assurance obligatoire en Suisse selon l'*art. 2 al. 7 LAMal*.

4.3.5.4 Séjour dans un centre, un foyer ou un établissement pénitentiaire

Aux termes de l'*art. 23 al. 1 du Code civil suisse (CC)*, le séjour dans une institution de formation ou le placement dans un établissement d'éducation, un home, un hôpital ou une maison de détention ne constitue en soi pas le domicile. Par conséquent, les personnes qui sont assurées à l'étranger et qui sont admises dans un tel établissement en raison de leur séjour en Suisse ne sont pas soumises à l'assurance obligatoire en Suisse.

↔ La situation est différente si la personne était auparavant soumise à l'assurance obligatoire en Suisse et qu'elle est désormais transférée dans un établissement. L'obligation de s'assurer en Suisse reste en vigueur et repose sur le fait que le domicile antérieur reste valable (*art. 23 CC*).

4.3.5.5 Fonctionnaires

Les fonctionnaires sont soumis à la législation de l'Etat membre dont relève l'administration qui les emploie. Par conséquent les fonctionnaires et personnes assimilées employés en Suisse par un Etat de l'UE/AELE sont donc exceptés de l'obligation de s'assurer selon la LAMal. A l'inverse, les dispositions légales suisses s'appliquent aux fonctionnaires et aux personnes assimilées qui sont employées par la Suisse dans un pays de l'UE/AELE (*art. 11 al. 3 chif. b, R 883/2004*).

 Pour la Suisse, les fonctionnaires sont des ressortissants de l'UE ou suisses qui travaillent pour un employeur de droit public en Suisse, dans un canton ou une commune. Le financement des salaires par des fonds publics et la réglementation de la relation de travail dans le cadre d'un contrat de droit public parlent en faveur de la qualification de fonctionnaire. Cela ne dépend pas de la durée du contrat de travail. En outre, la personne doit être active « dans la fonction publique » ou exercer des tâches publiques et doit représenter l'autorité administrative concernée dans cette activité à l'extérieur, à la vue d'autrui (source : www.bsv.admin.ch).

4.3.5.6 Personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international

Selon la *loi fédérale sur les privilèges, les immunités et les facilités, ainsi que sur les aides financières accordés par la Suisse en tant qu'Etat hôte (LEH)*, les personnes travaillant pour ou pour le compte d'organisations intergouvernementales, d'institutions internationales, de missions diplomatiques ou permanentes, de postes consulaires, de conférences internationales, etc. et les membres de leur famille qui les accompagnent bénéficient de privilèges, immunités et facilités. Cela inclut, entre autres, l'exemption du système de sécurité sociale suisse ou des dispositions suisses en matière d'entrée et de séjour (*art. 3 al. 1 chif. h. et i. LEH*). En outre, les titulaires d'une carte de légitimation* qui n'ont pas la nationalité suisse sont dispensés de l'obligation de s'enregistrer auprès de l'autorité de contrôle des résidents (*art. 17 al. 4 de l'ordonnance sur l'Etat hôte*).

*carte de légitimation

Le Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) délivre une carte de légitimation aux personnes jouissant des privilèges et immunités prévus par la loi sur l'Etat hôte (LEH) et aux membres de leur famille autorisés à les accompagner.

Les points suivants vous montreront,

- qui est exempté de l'assurance obligatoire, mais peut se soumettre à l'assurance suisse sur requête de leur part et
- qui peut être exemptés de l'obligation de s'assurer.



conseil pratique

Si cette personne a l'intention de s'assurer auprès de votre assureur, demandez à l'autorité cantonale de vous fournir la preuve qu'elle est soumise à l'assurance maladie suisse.

Attention

Pour le personnel d'entreprise (personnel domestique, personnel administratif, personnel technique, etc.) sans statut diplomatique ou consulaire, le principe du lieu de travail est applicable selon les *articles 11 et suivants du Règlement (CE) n° 883/2004*. Par conséquent ces personnes sont soumis à l'assurance de l'Etat dans lequel ils exercent leur activité lucrative.

L'explication de la modification de *l'art. 6 OAMal* et un aperçu des organisations internationales ayant des accords de siège se trouvent dans la *lettre d'information de l'OFSP du 13 décembre 2017*.

4.3.5.6.1 Travailleurs salariés jouissant de privilèges eux-mêmes

Les travailleurs salariés jouissant de privilèges en vertu du droit international ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire en Suisse (*art. 6 al. 1 OAMal*). Ils sont soumis à l'assurance selon LAMal sur requête de leur part. la requête doit être présentée à l'autorité cantonale compétente dans les six mois suivant la réception de la carte de légitimation. L'assurance déploie ses effets le jour de la réception de la carte de légitimation (*art. 7 al. 6 OAMal*).

4.3.5.6.2 Membres de la famille jouissant de privilèges eux-mêmes

Les membres de la famille sans activité lucrative d'un travailleur salarié bénéficiant de privilèges en vertu du droit international ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire en Suisse. Ils sont soumis à l'assurance maladie suisse sur requête (*art. 6 al. 1 OAMal*).

Les membres de la famille qui travaillent échangent leur carte d'identité contre une carte Ci et ne sont pas non plus soumis à l'assurance obligatoire en Suisse. Vous êtes assuré sur demande (*art. 6 al. 1 OAMal*).

Attention

Pour les membres de la famille salariés qui sont assurés dans l'UE/AELE par l'ayant droit dans un **système d'assurance-maladie** obligatoire, l'assurance devient obligatoire en Suisse dès le début de leur activité professionnelle (*art. 11 et suivants du règlement (CE) n° 883/2004*).

4.3.5.6.3 Membres de la famille sans privilèges

Si les membres de la famille sans privilèges qui sont en possession d'une autorisation de séjour B, d'une autorisation d'établissement C, d'une autorisation frontalière G ou de la nationalité suisse sont co-assurés avec le bénéficiaire institutionnel auprès de l'assurance de l'organisation internationale, ils peuvent être dispensés de l'assurance obligatoire en Suisse dans les trois mois suivant leur affiliation à l'organisation internationale, à condition de détenir une assurance privée équivalente (*art. 6 al. 4 OAMal*).

4.3.5.6 Personnes précédemment employées

Les anciens travailleurs salariés bénéficiant de privilèges en vertu du droit international sont soumis à l'assurance obligatoire en Suisse, mais peuvent être exemptés de l'assurance obligatoire sur demande s'ils disposent d'une couverture d'assurance privée équivalente (*art. 6 al. 3 OAMal*).

4.3.5.7 Recevoir des indemnités journalières

Comme décrit au point [3.11 Prestations en espèces](#) une personne qui perçoit une prestation en espèces du fait ou à la suite de l'exercice de son activité salariée ou non salariée est considérée comme exerçant cette activité. Il est donc présumé que les personnes continueront à exercer cette activité (*art. 11 al. 2 R 883/2004*). Cela ne s'applique toutefois qu'aux prestations en espèces à court terme (p. ex. indemnité journalière de l'assureur accident). Pour vous, cela signifie que vous devez continuer à assurer les bénéficiaires de prestations en espèces à court terme, sauf s'ils sont soumis à l'assurance obligatoire dans leur pays de résidence (par exemple parce qu'ils exercent une activité professionnelle).

Exemple

Un salarié résidant en Allemagne est employé temporairement par un employeur en Suisse. Elle a une assurance maladie avec vous. Votre contrat de travail prend fin le 30 avril. Le 15 février, elle a été victime d'un grave accident du travail et reçoit depuis lors une indemnité journalière de l'assureur accident. L'indemnité journalière continuera à être versée jusqu'au 31 mai.

solution

Tant que la personne perçoit l'indemnité journalière de l'assurance-accidents, elle reste soumise à l'assurance obligatoire en Suisse, même si le contrat de travail a déjà pris fin. Vous devez donc l'assurer jusqu'au 31 mai. A partir du 1er juin, les faits de l'affaire doivent être réévalués.

4.4 Choix de l'assureur pour les membres de la famille tenus de s'assurer

Si les membres de la famille sans activité lucrative résident dans l'UE/AELE, ils doivent être assurés (sous réserve de la possibilité du [droit d'option](#)) auprès du même assureur-maladie que

- la personne assujettie à l'assurance obligatoire en raison d'une activité lucrative en Suisse,
- la personne qui est tenue d'être assurée parce qu'elle touche une rente suisse,
- la personne tenue de s'assurer parce qu'elle perçoit un prestation d'assurance chômage suisse

(art. 4a LAMal).

Si les personnes concernées ne sont pas assurées auprès du même assureur-maladie et qu'un changement d'assureur est indiqué conformément à l'art. 4a LAMal, aucun délai de préavis selon l'art. 7 LAMal ne doit être respecté. Le changement à l'autre assureur-maladie doit avoir lieu au moment du transfert de résidence.



conseil pratique

Même s'il n'y a pas de délai de préavis à respecter en principe, le changement devrait néanmoins intervenir sans délai. Cela vous permet d'économiser des remboursements de primes et des demandes de remboursement onéreux.

Exemple

Une famille vit en Suisse. Le père exerce une activité lucrative et est assuré auprès de l'assureur-maladie X, qui offre une assurance pour les personnes résidant dans l'UE/AELE. La mère et l'enfant commun sont assurés auprès de l'assureur Y, qui est dispensé de l'obligation offrir une telle assurance selon l'art. 5 let. g LSAMal. Après la séparation (pas le divorce!), la mère et son enfant déménagent en France. Elle n'exerce pas d'activité lucrative et demande à son assureur-maladie si elle et son enfant peuvent continuer à y être assurés.

solution

Etant donné que l'assureur-maladie Y n'offre pas d'assurance pour les personnes résidant dans l'UE/AELE, la mère et l'enfant ne peuvent pas rester assurés auprès de celui-ci après le transfert du domicile en France. Au moment du changement de résidence, ils doivent passer à l'assureur-maladie du père/de l'épouse (art. 4a chif. a) LAMal). Les délais de préavis ne doivent pas être respectés.

⚠ Attention, la situation doit être réévaluée lorsque le mariage est définitivement divorcé et qu'il n'existe donc plus de droit dérivé pour la femme.

4.5 Primes UE/AELE

Pour les assurés résidant dans l'UE/AELE, la prime doit être calculée séparément et doit, selon l'art. 25 al. 3 OAMal, couvrir les coûts qui surviennent dans cet Etat. Ceci en tenant compte des différences de coûts (niveaux de prix). Un aperçu des primes pour les assurés résidant dans l'UE/AELE est disponible sous www.priminfo.admin.ch/fr (-> Primes UE/AELE).

En cas du prélèvement des primes, il convient de noter qu'il peut en principe être effectué sur une base mensuelle - même trimestrielle - sans le consentement de la personne assurée. L'assureur prélève les primes en francs suisses (CHF) ou en Euros (EUR) (art. 92a OAMal).

Le changement de la prime en cas de résidence en Suisse à la prime en cas de résidence dans l'UE/AELE doit être effectué au moment de la modification de la situation resp. au moment du transfert de la résidence dans l'autre Etat, ce qui signifie également, le cas échéant, avec effet rétroactif.

4.5.1 Non-paiement des primes et des participations aux coûts (art. 105m OAMal)

4.5.1.1 Recouvrement des créances en cas de résidence en UE/AELE

Suite à l'échange électronique de données avec les États de l'UE/AELE (EESSI), il convient de procéder différemment en ce qui concerne le recouvrement des créances en cas de résidence dans l'UE/AELE. Art. 105m al. 2 OAMal est à interpréter d'une manière nouvelle.

Si une personne habitant dans l'UE/AELE ne paie pas ses primes et participations aux coûts, l'assureur maladie doit demander un recouvrement transfrontalier des créances à [l'Etat de résidence](#).

Pour que la procédure de recouvrement se déroule sans problème, certaines exigences doivent être respectées.

Les demandes de recouvrement de créances doivent satisfaire aux exigences de l'art. 78 R 987/2009. Il doit s'agir d'un **original** ou d'une **copie certifiée** conforme d'un titre exécutoire suisse. La créance à l'encontre du débiteur doit donc être rédigée sous la forme d'une décision et sa force exécutoire doit être prouvée.

La force exécutoire est prouvée par les documents suivants (art. 54 et 62 al. 2 LPGa) :

- décisions et décisions sur opposition formellement en force
- arrêts des Tribunaux cantonaux des assurances formellement en force
- arrêts du Tribunal fédéral.

Les rappels ou les rappels de paiement sans indication des voies de droit **ne** remplissent **pas** les conditions de force exécutoire.

Les demandes de recouvrement ne sont satisfaites que si le montant à recevoir est d'au moins 350 EUR.



conseil pratique

Veillez utiliser le BUC correspondant (**SED R017**) que pour la demande de recouvrement de créances. Les champs marqués d'un « * » sont obligatoires. Avec un R017 correctement rempli, vous contribuez à une procédure opérationnelle efficace et fluide.

N'oubliez pas de joindre les documents qui vous donnent droit à une créance du débiteur .

- l'original ou une copie certifiée conforme du titre permettant son exécution
- créance d'au moins 350 EUR
- R017 entièrement rempli



conseil pratique

Veillez trouver des informations sur les procédures en vigueur dans les différents Etats et sur les institutions compétentes ici : [Recovery procedures](#) (disponible uniquement en anglais).

Si le débiteur n'est pas solvable, la créance ne sera pas reprise par une autre autorité.

Les autorités chargées du recouvrement des créances ne vérifient que la **situation financière actuelle**. Si le débiteur ne peut pas régler la créance aujourd'hui, mais à une date ultérieure, vous devez soumettre à nouveau la demande de recouvrement.

Si le débiteur propose un paiement échelonné de sa propre initiative, vous en serez informé par l'autorité compétente.



Attention

Pour pouvoir recouvrer une créance dans le cadre de cette procédure d'exécution, le débiteur ne doit pas (encore) nécessairement être assuré chez vous. La procédure d'exécution s'applique également aux anciens assurés.

Dans le cas des frontaliers, les avoirs situés en Suisse peuvent faire l'objet d'une saisie-arrêt (**exécution de la saisie-arrêt**). Les biens du débiteur sont saisis en vertu de la loi sur l'exécution forcée. Cela comprend également la partie du salaire de l'employeur qui dépasse le minimum vital prévu par la loi sur le recouvrement des créances (pour une période maximale d'un an).

Des informations détaillées se trouvent aussi dans la *lettre d'information de l'Office fédéral de la santé publique du 25 mai 2022*.

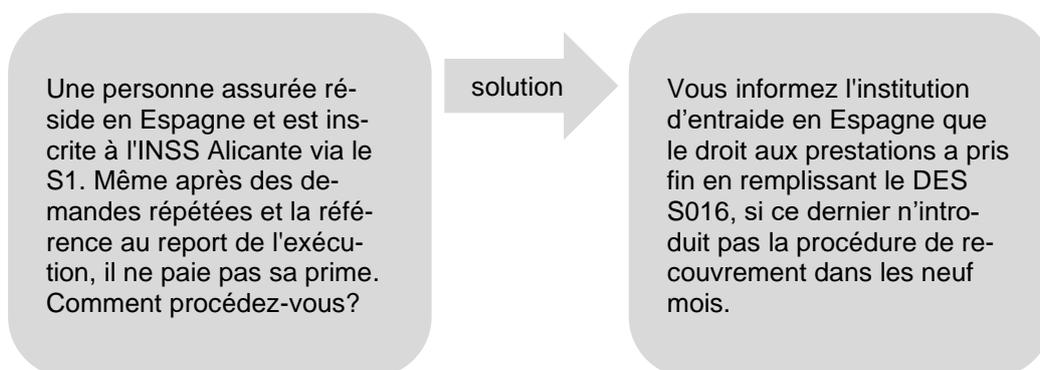
4.5.1.2 Suspension des prestations si l'institution de l'Etat de résidence n'introduit pas la procédure de recouvrement

L'art. 105m al. 2 OAMal prévoit que les assurés résidant dans un Etat de l'UE/AELE qui ne paient pas leurs primes et participations aux coûts doivent d'abord être informés des conséquences du retard de paiement.

Si l'institution de l'Etat de résidence n'introduit pas la procédure de recouvrement décrite sous [4.5.1.1 Recouvrement des créances en cas de résidence en UE/AELE](#) dans les neuf mois dès la transmission de la demande, l'assureur maladie **peut** alors suspendre la prise en charge des coûts des prestations. La suspension prend fin dès que les primes et les participations aux coûts ayant fait l'objet d'une sommation ont été payés.

En même temps, l'assureur maladie informe l'institution du lieu de résidence de la personne assurée que les prestations ont été suspendu ([4.8.1 Notification de la fin du droit aux prestations](#)). Le DES S016 est utilisé à cet effet. Si les primes et les participations aux coûts sont finalement payés intégralement, les frais de prestations pendant cette période doivent être pris en charge par l'assureur maladie.

Exemple



Si une suspension des prestations est imposée conformément à l'*art. 105m al. 2 OAMal* et si vous avez envoyé le DES S016, la personne doit payer elle-même les coûts du traitement médical. Si la personne se trouve dans une situation financière défavorable, cette suspension des prestations aggrave la situation. Il n'existe pas d'obligation légale d'ordonner la suspension des prestations. Il s'agit plutôt d'une règle facultative. Cette marge de manœuvre doit être utilisée pour trouver des solutions au cas par cas (p. ex. paiements échelonnés, compensation).

4.5.2 Réduction des primes

4.5.2.1 Réduction des primes par la Confédération

Les titulaires de rente résidant dans un pays de l'UE/AELE et se trouvant dans une situation économique modeste ont droit à des réductions de primes par le biais de l'Institution commune LAMal (*art. 18 al. 2quinquies LAMal*). Le droit à la réduction de prime doit être revendiqué chaque année au moyen d'un formulaire officiel. Le paiement est effectué par l'Institution commune LAMal à l'assureur maladie, qui réduit la prime en conséquence. La réduction de prime est financée par la Confédération (*art. 66a al. 2 LAMal*).

La réduction de prime prend effet si la prime moyenne annuelle actuelle dans le pays de résidence est supérieure à six pour cent du revenu à prendre en compte. Celle-

ci est calculée sur la base de la demande du titulaire de pension, en tenant compte du pouvoir d'achat dans le pays de résidence. La procédure est régie par l'Ordonnance concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie en faveur des rentiers qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège (*ORPMCE*).

4.5.2.1 Réduction des primes par les cantons

Les cantons accordent des réductions de primes aux assurés vivant dans des conditions économiques modestes s'ils appartiennent aux catégories de personnes suivantes et résident dans un Etat de l'UE/AELE (*art. 65a LAMal*) :

- les frontaliers ainsi que et les membres de leur famille,
- les membres de la famille des résidents de courte durée, des résidents et des résidents permanents, et
- les personnes qui perçoivent une prestation de l'assurance-chômage suisse et les membres de leur famille.

4.5.3 Formes particulières d'assurance

Le choix d'une forme particulière d'assurance (franchise annuelle à option, choix limité des fournisseurs de prestations, assurance avec bonus) encourage la responsabilité personnelle des personnes assurées et contribue ainsi à la réduction des coûts.

Pour les personnes qui résident dans l'UE/AELE et qui sont assurées en Suisse selon la LAMal, le droit aux prestations dans le pays de résidence est défini par la législation du pays de résidence ([5.4 Prestations dans l'Etat de résidence \(UE/AELE\)](#)). Ils sont généralement plus proches des fournisseurs de prestations de l'État de résidence que de ceux de la Suisse. Pour ces personnes, l'encouragement à la responsabilité individuelle et à la réduction des coûts qui en découle passe à côté de l'objectif.

Par conséquent, les personnes qui résident dans l'UE/AELE n'ont pas le droit aux formes particulières d'assurance prévues aux articles 93 à 101 de l'OAMal (*art. 101a OAMal*).

4.6 Fin de l'assurance

L'assurance prend fin lorsque la personne n'est plus soumise à l'assurance obligatoire (*art. 5 al. 3 LAMal*) ou lorsque les personnes soumises à l'assurance obligatoire selon l'*art. 1 al. 2 let. d. et e. LAMal* ne remplissent plus les conditions pour être soumises à l'assurance maladie suisse (*art. 7 al. 8 LAMal*). Le droit de coordination régit l'Etat responsable de l'assurance pendant combien de temps (cf. [3 Législation de sécurité sociale applicable](#)). L'assurance selon la LAMal doit continuer à exister tant que la Suisse est responsable de l'assurance sociale sur la base du droit de coordination. En cas d'extinction de la juridiction suisse, l'assurance doit être résiliée sans tenir compte des délais de préavis.

Les retards dans la déclaration des changements dans la juridiction d'un Etat sont souvent associés à des dépenses supplémentaires pour les remboursements de primes et les demandes de remboursement des prestations.

L'exemple suivant montre une **notification tardive du changement de faits**.

Exemple

Un frontalier résidant en Allemagne est couvert par votre assurance maladie depuis quelques années. Il est licencié le 15 juillet. A partir du 16 juillet, il percevra des allocations de chômage de l'Allemagne. Ils n'en prennent conscience que le 10 septembre et se demandent quand ils doivent résilier leur assurance.

solution

Comme la personne n'est plus soumise à l'assurance obligatoire en Suisse depuis le 16 juillet en raison de l'allocation de chômage reçue d'Allemagne, l'assurance doit être résiliée à partir du 15 juillet. Toute prime doit être remboursée. Les bénéfices peuvent être récupérés.



conseil pratique

Évitez les revirements qui prennent beaucoup de temps en réagissant aux changements dans les faits à un stade précoce. Prenez des mesures préventives telles que des contrôles réguliers de l'inventaire. Des premières indications peuvent apparaître si la correspondance ne peut plus être livrée (cf. [8.3 Adresse inconnue ou ne plus actuelle](#)).

Comme il n'y a pas de procédure de notification entre l'employeur/le travailleur et l'institution d'assurance sociale en Suisse, vous dépendez des informations fournies par la personne assurée (cf. [assistance administrative](#), obligations de coopération).

L'assurance selon la LAMal ne peut être résiliée tant que l'obligation d'assurance en Suisse n'a pas pris fin de manière vérifiable. Il ne doit pas y être mis fin au seul motif que la personne déménage sa résidence à l'étranger. Si nécessaire, demandez une preuve d'assurance dans le nouveau pays de résidence, par exemple sur le formulaire E 104 ou SED S040/S041.

Veillez également vous référer à la *lettre d'information de l'Office fédéral de la santé publique du 13 décembre 2017*, en particulier au *point 5*, qui explique plus en détail le début et la fin de l'assurance pour les courts séjours et dans des cas particuliers.

4.7 Début de l'enregistrement à l'étranger

Dès que vous avez constaté que l'assurance maladie doit être pratiquée ou prolongée conformément à la LAMal, la personne concernée doit être inscrit dans l'Etat de résidence dans le cadre de l'entraide en matière des prestations (*art. 24 al. 1, phrase 1 R 987/2009*). Lors de son inscription, la personne assurée reçoit des prestations en nature de l'institution de l'Etat de résidence conformément à la législation applicable dans cet Etat (*articles 17, 22, 24, 25 et 26 R 883/2004*). Les coûts des prestations en nature sont dans un premier temps à la charge de l'institution de l'Etat de résidence et dans un second temps à la charge de l'assureur suisse (cf. [7 Procédure de remboursement](#)).

Veillez noter que l'assureur maladie compétente **ne prend pas en charge** directement les coûts de prestations de la personne assurée. Les règles relatives au [remboursement des coûts supportés par la personne assurée](#) ne s'appliquent qu'aux personnes séjournant temporairement dans un autre Etat. Les personnes résidant dans un autre Etat demandent le remboursement auprès de l'institution du lieu de résidence. Si une personne assurée qui est enregistrée dans le cadre de l'entraide en matière de prestations dans l'Etat de résidence vous demande de rembourser les frais, veuillez l'adresser à l'institution du lieu de résidence.

Pour avoir droit aux prestations en nature dans l'Etat de résidence, la personne assurée a besoin d'une [attestation de droit](#).

L'attestation de droit est délivrée soit directement par l'assureur maladie compétent dès que le changement de résidence est connu, soit, à la demande de l'institution d'entraide dans l'Etat de résidence, sur le formulaire E 107 (*art. 24 al. 1 deuxième phrase R 987/2009*) si l'assuré contacte tout d'abord l'institution de son Etat de résidence. Des renseignements détaillés concernant le droit aux prestations se trouvent au chapitre [5 Prestations dans l'Etat de résidence et de séjour](#).

Le [certificat S1](#) est utilisé comme attestation de droit qui confirme le début de l'enregistrement.

En principe l'enregistrement commence au moment du transfert de la résidence dans l'autre Etat. Les attestations de droit doivent toujours être présentés à l'institution de l'Etat de résidence, jamais au fournisseur de prestations. Le cas échéant, indiquez-le à vos assurés.

Attention

Dès que vous délivrez un certificat S1 ou un formulaire E, vous confirmez que la personne assurée a pleinement droit aux prestations en nature dans son pays de

résidence. Pour l'Etat de résidence la délivrance d'une attestation de droit est équivalente à une garantie de prise en charge. Cela vous oblige à payer les [factures de coûts](#) ultérieures sur la base de l'attestation de droit délivré. Il en va de même pour les membres de la famille qui ont été déclarés ayants droit aux prestations par l'institution de l'Etat de résidence et qui ont été inscrits à l'aide sociale (cf. [3.9 Membres de famille sans activité lucrative](#)).



conseil pratique

Ne délivrez le certificat de droit qu'après vous être assuré que vous avez souscrit ou avez souscrit une assurance et que la personne n'a exercé aucun droit d'option. Une autre possibilité serait de ne délivrer le certificat de droit qu'après l'expiration du délai de validité du droit d'option (trois mois). Avant de délivrer le certificat de droit à pension, renseignez-vous sur les [membres de la famille qui doivent être coassurés](#) et assurez-les au besoin.

Liste de contrôle à la fin du chapitre

Ce à quoi vous devez faire attention lorsque vous délivrez le certificat d'admissibilité et lorsque vous recevez la confirmation de l'inscription :

Délivrance de l'attestation de droit à pension

- Quand le changement de résidence aura-t-il lieu ?
- Quand le droit aux prestations commence-t-il dans le pays de résidence ?
- L'assurance est-elle réellement souscrite ou y a-t-il quelque chose qui prouve le contraire ?
- Le délai pour faire valoir le droit d'option est-il déjà expiré ?

Réception de la confirmation d'inscription

- Y a-t-il des membres de famille inscrits qui ne sont pas assurés chez nous ? Dans ce cas, l'assurance doit être souscrite le plus rapidement possible.

4.8 Durée de l'enregistrement à l'étranger

En principe, l'institution compétente est autorisée de déterminer la durée de validité d'une attestation de droit. L'attestation de droit reste valable jusqu'à ce que l'institution compétente informe l'institution de l'Etat de résidence de son annulation (*art. 24 al. 2 R 987/2009*).

Veillez informer en temps utile et sans délai l'institution d'entraide de tout changement susceptible d'entraîner la révocation ou la résiliation d'une inscription (p. ex. fin de l'assurance auprès de votre assureur). Le cas échéant, envoyez le formulaire E 108 par lettre recommandée.

Outre l'institution compétente, l'institution d'entraide peut également décider de la durée de l'enregistrement. L'institution du lieu de résidence est chargée de vérifier que les conditions d'enregistrement soient toujours remplies. Si les conditions d'enregistrement ne soient plus remplies, l'institution de l'Etat de résidence vous informera de l'[annulation de l'enregistrement](#) par le biais du DES S018.

Liste de contrôle à la fin du chapitre

Ce à quoi vous devez faire attention lorsque vous vous inscrivez dans votre pays de résidence :

- Y a-t-il encore un droit dans le pays de résidence ?
- Y a-t-il des informations importantes qui pourraient influencer l'enregistrement ?
- Les informations sont-elles traitées en temps utile et communiquées à l'institution du lieu de résidence ?

4.9 Fin de l'enregistrement à l'étranger

L'attestation de droit aux prestations dans un autre pays comprend non seulement une date de début, mais aussi une date de fin. La cessation du droit à l'entraide en matière de prestations peut avoir lieu pour diverses raisons, qui seront traitées dans les chapitres suivants. La notification est faite soit par vous, soit par l'institution de l'Etat de résidence.

Attention

Il est extrêmement important de notifier en temps opportun la fin de la réclamation. Les notifications tardives peuvent entraîner le paiement de [factures de coûts](#) à une période où la personne n'était plus assurée auprès de vous. En principe, le remboursement du coût des prestations en nature prend fin à la date de la radiation de l'enregistrement notifiée à l'institution compétente par l'institution du lieu de résidence (*cas 1, partie I, no 3, décision S6 de la commission administrative*) ou à la date de l'annulation de l'attestation de droit notifiée à l'institution du lieu de résidence par l'institution compétente (*cas 2 ; partie I, no 3, décision S6 de la commission administrative*). La période entre la date de fin du droit aux prestations ou de l'enregistrement et l'envoi de la notification doit être aussi court que possible.

4.9.1 Notification de la fin du droit aux prestations

L'institution compétente informe l'institution du lieu de résidence que l'attestation de droit qu'elle délivre prendra fin.

Les raisons possibles d'une résiliation sont les suivantes :

- changement d'assureur-maladie
- transfert de résidence de retour en Suisse
- transfert de résidence dans un autre Etat

Attention

L'énonciation de l'*art. 24 al. 2, première phrase R 987/2009* (« Le document visé au paragraphe 1 reste valable jusqu'à ce que l'institution compétente informe l'institution du lieu de résidence de son annulation ») indique que l'attestation de droit est valable jusqu'à réception de la notification de l'institution compétente visée à l'*art. 17 al. 2 de l'ancien règlement d'application n° 574/72*. Toutefois, le service juridique du secrétariat de la commission administrative a confirmé dans un avis circonstancié que l'élément déterminant n'est pas la réception de la notification mais la modification effective de la législation applicable. Toutefois, l'institution notifiante reste tenue de rembourser l'institution du lieu de résidence si les informations parviennent en retard à l'institution (ancienne) prêteuse. Sachez à quel point il est important de communiquer l'information en temps opportun.

En cas de **suspension des prestations** en raison du [non-paiement de la prime](#), la fin du droit aux prestations doit également être notifiée immédiatement et sans délai à l'institution d'entraide. Le droit à la coordination ne contient aucune exigence à cet égard. Sélectionnez la date à partir de laquelle le blocage des prestations doit s'appliquer afin que l'institution temporaire dispose encore de suffisamment de temps pour traiter la demande et informer la personne assurée si nécessaire (par exemple, décision qu'une suspension des prestations sera imposé le 20 mai; fin du droit aux prestations le 30 juin).

4.9.2 Notification de la fin de l'enregistrement

L'institution d'entraide informe l'institution compétente que le droit à l'entraide en matière de prestations dans l'Etat de résidence cesse d'exister.

Les raisons possibles d'une résiliation sont les suivantes :

- assurance obligatoire dans l'Etat de résidence (par exemple en raison de l'exercice d'une activité lucrative)
- membre de la famille n'appartient plus au groupe des ayants droit de la famille (p. ex. en raison d'un dépassement de l'âge limite).
- transfert de résidence dans un autre Etat
- décès

4.10 Divers

4.10.1 Formulaire R821 de la Deutsche Rentenversicherung (assurance pension allemande)

Les personnes qui perçoivent une pension de l'assurance pension allemande et qui sont couvertes par l'assurance maladie légale dans un pays de l'UE/AELE bénéficient d'une subvention pour leur prime dans certaines circonstances. Pour avoir droit à cette allocation, l'institution d'assurance pension doit leur fournir le formulaire R821, qu'ils doivent avoir confirmé auprès de leur caisse d'assurance maladie. Si la personne est assurée chez vous et vous soumet le formulaire, vous pouvez le confirmer sans hésitation. Il est important que vous ne cochez que la première case de la deuxième page dans laquelle il est écrit [...] notre compagnie d'assurance maladie [...] et la Suisse.

 Deutsche
 Rentenversicherung

Versicherungsnummer 6 4 1 7 0 4 7 4 L 5 2 3	Kennzeichen (soweit bekannt)
--	---------------------------------

R821

Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente:
 Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

A Bescheinigung des privaten Krankenversicherungsunternehmens zur Krankenversicherung
 Wir bestätigen, dass ein Versicherungsvertrag gegen die durch Krankheit entstehenden Vermögensschäden (z. B. ambulante Arztbehandlung, stationäre Krankenhausbehandlung, Arzneien, Heilmittel, zahnärztliche Behandlung) besteht für

Es wird bestätigt, dass

- unser Krankenversicherungsunternehmen der deutschen Aufsicht oder der Aufsicht eines anderen Staates unterliegt, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit anzuwenden sind (das sind die Mitgliedstaaten der Europäischen Union - EU - sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz).
- auf unsere Leistung ein Rechtsanspruch besteht, der nicht von der Bedürftigkeit des Versicherungsnehmers abhängt.
- ein eigenständiger Versicherungsschutz besteht, der nicht von der Disposition eines Dritten abhängig ist. Für zusammengefasste Familienversicherungen in einem Vertrag ist diese Voraussetzung erfüllt, wenn jederzeit eine Umwandlung in eigene Verträge möglich wäre.

Veillez également indiquer le montant de la prime mensuelle dans le champ suivant. Le "montant de la prime" se réfère ici au montant de la prime auprès de votre caisse maladie.

Exemple :

Hohe des Beitrages ohne Anspruch auf Krankentagegeld	
vom - bis	monatlich
01.01.2014 - 31.12.2014	238,00 EUR

5 Prestations dans l'Etat de résidence et de séjour

Le droit aux prestations dans un autre Etat naît lorsqu'un assuré réside temporairement ou réside dans un autre Etat et a besoin d'un traitement médical et prouve son droit à un traitement médical au moyen d'un certificat de droit. Si le droit est prouvé, les coûts du traitement médical sont réglés par la procédure de l'**assistance internationale**.

Dans les deux chapitres suivants vous trouvez des explications au sujet des [prestations en cas de séjour temporaire](#) et des [prestations dans l'Etat de résidence](#) dans le cadre de l'entraide en matière de prestations dans l'UE/AELE et les constellations de cas qui doivent être distinguées dans le contexte du droit aux prestations.

5.1 Protection tarifaire

Selon l'*art. 44 LAMal*, les fournisseurs de prestations sont tenus de respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente et ne peuvent facturer d'autres honoraires pour les prestations selon la LAMal. Ceci s'applique au traitement en Suisse des personnes assurées selon la LAMal ainsi que des assurés de l'UE/AELE qui ont droit à l'entraide internationale en matière de prestations **en Suisse** par l'Institution commune LAMal (institution d'entraide).

Les personnes assurées selon la LAMal bénéficient de la même protection tarifaire pendant leur séjour **dans l'UE/AELE** si elles peuvent prouver leur droit aux prestations au moyen d'un justificatif (p. ex. carte européenne d'assurance maladie). La protection tarifaire est assurée conformément à la législation de l'Etat de séjour ou de résidence.

5.2 Différents prestations et participations aux coûts dans les autres Etats

En règle générale, les assurés suisses qui résident ou séjournent temporairement dans l'UE/AELE ont droit aux soins médicaux dans les mêmes conditions que les ressortissants du pays concerné. Le droit aux prestations en nature est identique, par sa nature et son étendue, à celui d'une personne assurée dans l'Etat de séjour ou de résidence (art. 17, art. 19 al. 1 et 24 R 883/2004). Ce principe découle, entre autres, du principe de l'égalité de traitement en vertu de l'*art. 4 R 883/2004*.

Les différents systèmes de sécurité sociale de l'UE/AELE ne permettent pas d'établir une comparaison avec l'étendue des prestations de la LAMal. Outre les services de soins de base, tels que les traitements médicaux ambulatoires ou hospitaliers, il existe parfois des différences considérables.

Par exemple, lorsqu'une personne assurée séjourne dans un autre pays, elle peut avoir droit à des prestations en vertu de la législation de ce pays qui ne constituent pas des prestations obligatoires selon la LAMal. Inversement, si une personne assurée séjourne dans l'UE/AELE, elle peut se trouver dans une situation où elle n'y reçoit pas de soins médicaux qui seraient couverts par l'assurance maladie obligatoire en Suisse.

Dans le cadre de la [procédure de l'entraide en matière de prestations](#) (remboursement des prestations sur la base des dépenses réelles), vous devez donc tenir compte du fait qu'en tant qu'assureur, vous devrez facturer des frais de traitement médical dans l'UE/AELE, qui ne constituent pas des prestations d'assurance maladie obligatoires (prestations non obligatoires) selon le droit suisse.

La participation aux frais médicaux dans l'UE/AELE (participation aux coûts) est également régie par la législation du pays de séjour ou de résidence. L'assuré est ainsi confronté non seulement à un ensemble différent de prestations, mais aussi à différentes formes de partage des coûts, qui peuvent être plus élevées dans un pays et plus faibles dans un autre qu'en Suisse.



conseil pratique

Des informations sur les droits aux prestations et le partage des coûts pour les séjours temporaires dans l'UE/AELE sont disponibles sur www.kvg.org - > *Particuliers* -> *Séjour au sein de l'UE/AELE* ou sur le site web de la [Commission européenne](#) (dans toutes les langues officielles).



Attention

Indépendamment du fait que la personne assurée ait déjà payé sa part des frais conformément aux dispositions légales de l'UE/AELE, elle ne peut pas se voir imputer en plus la part des frais conformément au droit suisse.

La participation aux frais payée par la personne assurée dans l'UE/AELE n'est pas remboursable en vertu de la LAMal, même si la personne assurée a déjà payé la totalité de la participation aux frais (franchise maximale et franchise maximale) en Suisse (*voir Arrêt du Tribunal fédéral 141 V 612 du 14 octobre 2015*).

Les deux exemples suivants visent à illustrer cette différence. La condition préalable est que la personne assurée soit en possession de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) et ait donc droit à l'entraide en matière de prestations.

Exemple

Une personne assurée est en vacances sur la côte méditerranéenne espagnole et doit être transportée à l'hôpital le plus proche en ambulance à la suite d'un accident sur la plage. Après un traitement ambulatoire de deux heures, il est informé que, bien que les frais de traitement médical soient facturés par le système de santé espagnol, il doit assumer lui-même les frais de transport médical.

solution

Le système de soins de santé espagnol ne prévoit la prise en charge des frais de transport médicalement nécessaires que si ceux-ci sont suivis d'un traitement hospitalier. Ce n'est pas le cas ici. Bien que le droit suisse (KLV) prévoie la prise en charge des frais même pour les traitements ambulatoires, la personne assurée doit en principe prendre en charge les frais de transport en Espagne.

Exemple

Lors d'un voyage circulaire en Finlande, un assuré est tellement blessé qu'il doit être transporté en ambulance à l'hôpital à 60 km de distance. Les coûts de transport (EUR 1'250) seront à la charge du système de santé finlandais. Il reçoit une facture de EUR 9.25 euros (participation aux coûts, *patient's co-payment*), qu'il paie immédiatement.

solution

Le système de santé finlandais prévoit un partage des coûts de 9,25 euros pour les transports médicalement nécessaires. Même si la personne assurée n'a pas encore épuisé la franchise annuelle et la franchise selon le droit suisse, aucun autre frais ne peut lui être facturé.

5.3 Prestations pendant un séjour temporaire

Lors d'un [séjour temporaire](#) dans un autre Etat, la personne assurée et les membres de sa famille « peuvent bénéficier des prestations en nature qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical au cours du séjour, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour. Ces prestations sont servies pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si les personnes concernées étaient assurées en vertu de cette législation » (*art. 19 al. 1 R 883/2004*).

Il y a donc trois conditions pour le remboursement des coûts de prestations lors d'un séjour temporaire dans un Etat de l'UE/AELE :

- nécessité médicale en raison de
- la durée du séjour et
- la nature des prestations.

Il est vrai que les trois conditions de prise en charge des coûts doivent être remplies. Un critère particulièrement important est cependant la nécessité médicale, où l'appréciation médicale joue un rôle décisif.

La personne assurée a droit à toutes les prestations nécessaires du point de vue médical afin que la personne assurée ne soit pas contrainte de rejoindre, avant la fin de la durée prévue de son séjour, l'Etat compétent pour y recevoir le traitement nécessaire (*art. 25 al. 3 R 987/2009*).

Généralités :

Les frais de traitement qui ne peuvent être reportés jusqu'à la date prévue du retour dans l'Etat de résidence sont couverts. Le traitement médical doit permettre au patient de retourner dans un proche avenir dans son Etat de résidence afin que le traitement effectif ou continu puisse y avoir lieu (si nécessaire).

Caractéristiques spéciales :

Première consultation auprès du médecin généraliste

Si les deux critères de la durée du séjour et la nature de prestations sont remplis, les frais de la première consultation devraient en principe être remboursés facilement, car une première consultation auprès du médecin est toujours nécessaire pour établir un diagnostic et, le cas échéant, pour évaluer la suite du traitement.

consultations ultérieures

Les coûts des consultations de suivi doivent également être couverts s'ils sont en rapport avec la durée prévue du séjour.

maladies préexistantes

Si la personne assurée est atteinte d'une maladie préexistante et que son état de santé ou sa maladie chronique permet de supposer qu'elle a besoin d'un traitement pendant son séjour temporaire, ces frais doivent également être pris en charge dans le cadre de l'*art. 19 al. 1 R 883/2004* (cf. *décision S3 de la commission administrative*, voir également [5.3.3 Droit en cas de grossesse, maladie chronique ou maladie actuelle](#)).

5.3.1 Le droit aux prestations

Une personne assurée et les membres de sa famille séjournant temporairement dans un autre Etat de l'UE/AELE ont droit aux prestations en nature selon les dispositions de la législation de l'institution du lieu de séjour, comme si les personnes concernées y étaient assurées (*art. 19 al. 1 R 883/2004*).

Cette énonciation du subjonctif est particulièrement importante pour comprendre pourquoi le droit aux prestations dans l'autre Etat n'est pas identique au droit aux prestations et à l'étendue des prestations en Suisse. La personne assurée est ainsi placée dans la même situation que si elle était assurée dans l'Etat concerné. Le droit aux prestations dans l'autre Etat peut, dans certains cas, différer considérablement de celui de la Suisse. Vous devez connaître la différence, surtout si vous traitez les factures de coûts ultérieurs, qui peuvent inclure des prestations qui ne sont pas obligatoires selon la LAMal.

L'étendue du droit aux prestations doit toujours être évaluée à la lumière des conditions énoncées au chapitre précédent sur les [prestations pendant un séjour temporaire](#).

Exemple

Un assuré prend des vacances sur la côte de la Baltique allemande. Au petit-déjeuner à l'hôtel, il remarque que son dentier dans la mâchoire supérieure ne s'ajuste plus correctement. Comme cela lui cause des douleurs, il décide d'aller chez le dentiste de la station, qui détecte une fracture de la prothèse et la répare immédiatement, afin qu'il puisse continuer ses vacances sans diminution. Il emporte son EHIC avec lui et, étonnamment pour lui, reçoit une part des coûts de l'AOK local. L'essentiel, cependant, doit être porté par lui-même. Enfin, il se demande si ces frais sont couverts par la CEAM, puisque l'assurance de base en Suisse ne le prévoit pas du tout.

solution

Le droit de la personne assurée aux prestations est régi par la législation allemande sur l'assurance maladie. Il est prévu d'y contribuer aux coûts des soins dentaires. Toutefois, ce droit n'existe que pour la durée du séjour en Allemagne et uniquement pour les soins dentaires qui permettent de poursuivre le séjour (par exemple, pas de prothèse coûteuse). Si un traitement complémentaire s'avérait nécessaire après son retour en Suisse, la prise en charge des frais serait de nouveau régie par le droit suisse.

Le délai entre l'utilisation du service et la réception de la demande de remboursement limite vos options de contrôle. Si vous n'informez pas la personne assurée à l'avance, vous ne constaterez le paiement des prestations pour l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie que lorsque vous recevrez la demande de remboursement des frais. Les frais de traitement médical par l'intermédiaire de la beneficiaushilfe ne sont pris en charge que s'il existe une preuve valable du droit et si la prestation est réclamée dans le cadre de la législation de l'Etat de séjour. Toutefois, il peut arriver qu'une déclaration de coûts soit incorrecte ou que vous ayez des doutes raisonnables quant à son exactitude. La [procédure de contestations des factures de coûts](#) est à votre disposition à cette fin.



conseil pratique

Les coûts ne sont pas toujours pratiqués dans le cadre de l'entraide en matière de prestations. Par exemple, vous pouvez recevoir une [facture de coûts](#) pour un traitement médical. Par contre la personne assurée vous envoie directement une facture pour les médicaments. Dans ce cas, il est recommandé d'obtenir les renseignements nécessaires auprès de la personne assurée avant de rembourser les coûts des médicaments. Cela vous évite d'avoir à les vérifier plus tard. Notez les informations nécessaires (par exemple, « était en vacances en Espagne du 11 au 25 avril »).

5.3.2 Faire valoir le droit aux prestations

Afin de faire valoir son droit aux prestations en cas d'un séjour dans un autre Etat, la personne assurée doit présenter au fournisseur de prestations un document valable délivré par son assureur maladie compétent. Il peut s'agir de la carte européenne d'assurance maladie, du certificat provisoire de remplacement ou du formulaire E 112/certificat S2. Si la personne assurée ne dispose pas d'un tel document, l'institution du lieu de séjour en fait la demande à l'assureur maladie compétent (*art. 25 al. 1 R 987/2009*).

Exemple

Une personne assurée se trouve dans le sud de la France pour des vacances. A la suite d'une maladie soudaine, il doit se rendre à l'hôpital le plus proche à Nice. En entrant, il constate qu'il a oublié sa CEAM chez lui en Suisse. Cependant, la région du sud de la France ayant une grande expérience dans le traitement médical des touristes étrangers, la Caisse primaire d'assurance maladie de Nice vous demandera un certificat provisoire pour remplacer l'EHIC.

solution

Dans ce cas, l'institution temporaire vous demandera, à vous, l'institution compétente, un document attestant le droit de la personne assurée à l'aide aux prestations. Il s'agit ici du certificat provisoire en remplacement de la CEAM. Si vous disposez d'une police d'assurance LAMal en cours de validité, le document doit être établi.

L'exemple ci-dessus illustre le processus envisagé sur la base de l'*art. 25 al. 1 R 987/2009*. Dans la pratique, toutefois, dans la plupart des cas, le document de demande n'est pas demandé directement par l'institution de l'Etat de séjour, mais par le prestataire de services. Toutefois, cela ne se produit que dans les cas où le prestataire de services peut prendre les mesures appropriées pour demander un document de réclamation, c'est-à-dire s'il dispose des moyens appropriés, tels que l'administration du patient à l'hôpital.

Ainsi, si le droit de l'Etat de séjour prévoit la facturation au patient (correspond au système du "garant animal" en Suisse), le prestataire de services ne demande pas de document de réclamation. Après paiement des frais de traitement, le patient peut demander le remboursement ([5.3.4 Remboursement, si la personne assurée a effectivement supporté les coûts](#))

5.3.3 Droit en cas de grossesse, de maladie chronique ou de maladie préexistante

Si une personne se rend dans un autre Etat en vue d'un séjour temporaire et qu'un traitement médical y devient nécessaire à la suite d'une maladie chronique, d'une maladie existante ou d'une grossesse, ou s'il y a accouchement dans l'Etat de séjour ou si un traitement médical ou un accouchement est déjà prévisible, il convient de se demander si les frais de l'aide sociale sur base de la carte européenne d'assurance maladie doivent être pris en charge par l'assurance maladie compétente.

Compte tenu de la mobilité des personnes assurées au sein de l'UE/AELE, il n'est pas toujours possible pour l'assureur maladie compétent d'établir une distinction claire entre les cas de prestations sur la base de la [carte européenne d'assurance](#)

[maladie](#) et les cas dans lesquels la personne se déplace effectivement dans un autre pays pour y recevoir un traitement ([cas d'autorisation](#)).

Le droit aux prestations en cas d'un séjour temporaire est défini à l'*art. 19 al. 1 R 883/2004* en liaison avec l'*art. 25 al. 3 R 987/2009*. Cela prend en compte l'essence de la jurisprudence européenne, selon laquelle il n'est pas nécessaire qu'une maladie survienne de manière inattendue ou soudaine pour avoir droit aux prestations via la carte européenne d'assurance maladie. Il suffit que l'évolution de l'état de santé de la personne assurée pendant son séjour temporaire soit liée à une maladie existante ou chronique.

La décision S3 de la commission administrative confirme que, lors d'un séjour temporaire dans un autre Etat, « les prestations en nature qui doivent être servies en application de l'*art. 19 al. 1 R 883/2004* en liaison avec l'*art. 25 al. 3 R 987/2009* comprennent les prestations relatives à des maladies chroniques ou préexistantes ainsi qu'à la grossesse et à l'accouchement. »

Exemple d'un examen de contrôle pendant la grossesse

Une assurée se trouve à la 31^e semaine de grossesse et passe deux semaines de vacances sur la côte atlantique française, qu'elle a réservée avec son partenaire bien avant le début de la grossesse. L'avant-dernier jour des vacances, elle ressent soudain une "traction" inhabituelle dans l'estomac. Comme elle a un long voyage de retour en voiture, elle décide de faire clarifier la situation par le gynécologue le plus proche. Elle se demande si les frais de traitement sont pris en charge par l'EHIC.

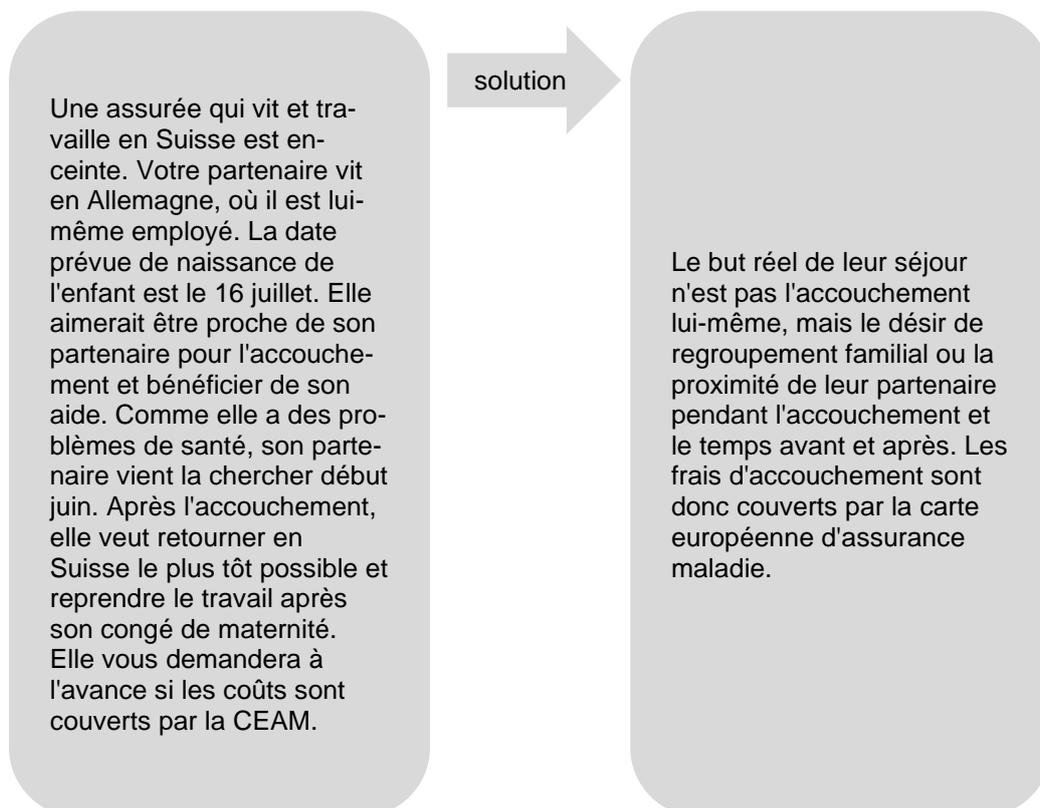
solution

Étant donné que la prestation est liée à sa grossesse, l'article 19, paragraphe 1, du règlement (CE) no 883/2004 doit être appliqué. Les frais de traitement sont pris en charge par l'EHIC. La personne assurée ne peut pas faire l'objet d'une demande de remboursement rétroactive au motif que le traitement a été planifié dans le cadre de la grossesse.

En ce qui concerne l'**accouchement** dans un autre Etat, la Commission administrative pour la coordination des systèmes de sécurité sociale va encore plus loin, dans laquelle les frais doivent être calculés sur la base de la carte européenne d'assurance maladie même si l'accouchement est destiné au regroupement familial ou si l'accouchement doit avoir lieu dans l'Etat où réside le père ou la famille pour être à proximité ou pour recevoir une aide familiale.

En d'autres termes, l'accouchement ne devrait avoir lieu que dans l'autre Etat parce que le partenaire ou la famille y vit (voir également *la lettre d'information de l'OFSP du 9 décembre 2019*).

Exemple d'accouchement aux fins du regroupement familial



Les dispositions de l'*art. 19 al. 1 R 883/2004* s'appliquent également aux prestations qui deviennent nécessaires en cas de **maladie chronique** ou **préexistante**.

Quel que soit l'Etat de santé d'une personne, elle doit se voir accorder le droit à la liberté de circulation. Si, avant le début du voyage à l'étranger, il est déjà prévisible que la personne assurée aura besoin d'un traitement médical vital pendant son séjour temporaire, qui n'est disponible que dans des établissements médicaux spécialisés et/ou dans des établissements équipés d'équipements et/ou de personnel spécialisés appropriés, un accord préalable entre la personne assurée et l'établissement médical est nécessaire afin de garantir que le traitement est disponible et puisse être fourni pendant son séjour.

Ceci s'applique en particulier à (liste non exhaustive)

- dialyse rénale
- oxygénothérapie
- thérapie spéciale contre l'asthme
- l'échocardiographie dans les maladies auto-immunes chroniques
- chimiothérapie
- etc.

Exemple de maladie chronique

Une personne assurée souffre d'une maladie rénale grave et doit être dialysée plusieurs fois par semaine. Néanmoins, il ne veut pas se passer de ses vacances. Sur une île espagnole, il clarifie les rendez-vous avec le personnel germanophone du centre de dialyse sur place. Comme le traitement a été déterminé à l'avance, il doute que son assurance-maladie couvre les frais de dialyse et vous interroge à ce sujet.

solution

Les traitements (vitaux) liés à une maladie chronique relèvent également de l'article 19, paragraphe 1, du règlement (CE) n° 883/2004 ; les frais de traitement sont pris en charge par la CEAM, bien que les traitements soient fixés à l'avance.

Note : Le but du séjour n'est pas le traitement, mais le souhait de vacances.

Attention

Les frais ne seront pas couverts par la carte européenne d'assurance maladie que si la personne se rend manifestement dans un autre pays pour y **recevoir un traitement ou accoucher**, soit en le déclarant à l'avance, soit en l'indiquant sur la base des circonstances extérieures. Ce n'est que dans ces cas-là que l'autorisation de l'assureur maladie compétent est requise ([cas d'autorisation](#)).

5.3.4 Remboursement, si la personne assurée a effectivement supporté les coûts

Comme indiqué dans le chapitre [5.3.2 Faire valoir le droit aux prestations](#), la personne assurée peut contacter directement le prestataire de soins dans l'Etat de séjour pour obtenir un traitement médical. Le coût du traitement stationnaire est normalement réglé entre le prestataire de soins et l'institution qui fournit l'assistance dans l'Etat de séjour. En cas de traitement ambulatoire, de médicaments, etc., l'assuré reçoit cependant souvent une facture du prestataire de services (ce qui correspond au système « tiers garant » en Suisse). Une fois la facture payée, la personne assurée peut demander le remboursement des frais de traitement de différentes manières. Ces possibilités seront examinées dans les chapitres suivants.

5.3.4.1 Remboursement par l'institution du lieu de séjour

Si la législation appliquée par l'institution du lieu de séjour permet le remboursement des frais à la personne assurée, celle-ci peut demander le remboursement à l'institution du lieu de séjour. Dans ce cas, l'institution d'entraide rembourse directement le montant des frais correspondant à ces prestations dans les limites et conditions de tarifs de remboursement prévus par sa législation (*art. 25 al. 4 R 987/2009*).

Attention

La participation aux coûts calculée dans le pays de séjour et prise en charge par la personne assurée n'est pas remboursable dans l'assurance de base en Suisse et ne peut être déduite de la franchise annuelle ou du quote-part.

Exemple

Après une hospitalisation à l'hôpital de Nice, l'assuré doit se soumettre à deux examens ambulatoires avant la fin de ses vacances. Il paie lui-même la facture du médecin pour EUR 250 et la soumet à la Caisse primaire d'assurance maladie de Nice, qui a déjà demandé le certificat provisoire de remplacement pour lui. Comme il a déjà atteint sa franchise annuelle en Suisse, il vous soumet à nouveau la facture avec la demande de remboursement des EUR 100 restants.

solution

Non seulement le droit effectif aux prestations est régi par la législation de l'Etat de séjour, mais aussi l'obligation de payer une contribution aux frais. L'assurance de base suisse ne peut pas rembourser la participation aux frais exigée par la législation française.

5.3.4.2 Remboursement par l'assureur maladie compétent conformément à la loi et aux tarifs de l'Etat de séjour

Si la personne assurée ne s'est pas adressée directement à l'institution du lieu de séjour pour obtenir le remboursement ou si elle n'a pas pu le faire et qu'elle vous remet maintenant la facture directement, le remboursement est régi par la loi et les tarifs de l'Etat de séjour. Pour connaître le montant à rembourser, veuillez utiliser le formulaire E 126/ SED S067 pour votre demande à l'institution de l'Etat de séjour.

Pour déterminer le montant à rembourser, l'institution de l'Etat de séjour tient compte des tarifs et des modalités de participation aux frais en vigueur dans cet Etat. Sur le formulaire E 126/S068, il vous donnera les informations nécessaires sur le montant à rembourser. Vous remboursez ensuite le montant notifié à la personne assurée (*art. 25 al. 5 R 987/2009*) sans aucune autre déduction. Si l'institution de l'Etat de séjour indique une participation aux frais sur le formulaire E 126/S068, celle-ci ne peut être ni remboursée par l'assurance maladie obligatoire ni créditée sur la franchise annuelle ou le quote-part (voir également *arrêt du Tribunal fédéral du 14 octobre 2015 - 9C_209/2015*).

Note sur le temps de traitement administrative:

Le remboursement des frais à l'assuré doit être aussi rapide et efficace que possible, surtout lorsqu'il s'agit de sommes importantes. Dans cette procédure, vous dépendez du temps de traitement de l'institution étrangère, qui peut être très long dans certains cas. Nous n'avons qu'une influence limitée sur le temps de traitement.

En cas de frais importants supportés par la personne assurée, vous pouvez lui verser une avance raisonnable après qu'elle vous a soumis les factures (*art. 25 al. 9 R 987/2009*). Il s'agit d'une disposition facultative. La personne assurée n'a pas de droit légal à cela. Si la structure tarifaire n'est pas claire ou s'il existe des obstacles linguistiques ou des doutes quant à l'exactitude des informations, un paiement anticipé n'est pas conseillé.

Exemple

Après son séjour sur la côte atlantique portugaise, qui a été marqué par plusieurs traitements médicaux, l'assuré vous remet toutes les factures qu'il a déjà payées au Portugal. Non seulement à cause de la langue, mais aussi à cause de l'autre système de santé, il est difficile de reconnaître quels types de traitements ont été effectués. Comment procédez-vous ?

solution

Le remboursement des frais de traitement doit être effectué conformément à la législation portugaise. Copiez les factures et envoyez-les à l'aide du formulaire E 126/S067 à l'institution portugaise qui a fourni l'assistance pour la demande de renseignements sur les taux de restitution. Le montant confirmé par cette institution est remboursé à la personne assurée.

Attention

Il est possible que la demande adressée à l'institution temporaire ait pour conséquence qu'un remboursement à la personne assurée selon les tarifs suisses aurait été avantageux. En d'autres termes, la personne assurée aurait reçu un remboursement plus élevé que celui demandé à l'institution de l'Etat de séjour. La personne assurée n'a aucun droit légal à un remboursement ultérieur selon les tarifs suisses.

Si le montant des factures présentées par la personne assurée est nettement supérieur au montant indiqué sur le formulaire E 126 / S068 communiqué par l'institution de l'Etat de séjour, vous pouvez prendre en charge les frais selon l'*art. 36 al. 4 KVV* (cf. *lettre d'information de l'Office fédéral de la santé publique du 21 janvier 2015, chiffre II*).

Attention

La demande sur le formulaire E 126/ S068 est applicable si la personne s'est trouvée temporairement dans l'autre Etat (*art. 19 du règlement 883/2004*) ou si la personne a reçu de vous l'[autorisation](#) de recevoir de soins médicaux dans l'autre Etat (*art. 20 R 883/2004*).

Le formulaire E 126 / S068 ne doit pas être utilisé si la personne assurée réside dans le pays concerné (cf. [5.4.4 Remboursement des coûts supportés par la personne assurée](#)).

5.3.4.3 Remboursement par l'assureur maladie compétent conformément au droit et aux tarifs suisses

Par dérogation au [remboursement conformément à la loi et aux tarifs de l'Etat de séjour](#), l'institution compétente peut procéder au remboursement des frais exposés dans les limites et conditions des tarifs de remboursement fixés par sa législation, à condition que la personne assurée ait donné son accord pour se voir appliquer cette disposition (*art. 25 al. 6 R 987/2009*). Le remboursement s'effectue selon le tarif simple. La franchise annuelle et le quote-part doivent être déduites dans ce cas.

N'effectuez pas le remboursement selon les tarifs suisses tant que la personne assurée n'a pas donné son accord. En cas de doute, demandez un consentement écrit. En particulier, la personne assurée ne pourrait pas donner son accord si elle n'a pas encore atteint sa franchise annuelle et ne pourrait donc même pas bénéficier d'un remboursement (le montant du remboursement serait déduit du taux de franchise annuel).

Exemple de remboursement selon les tarifs suisses

Une personne assurée a déjà atteint sa franchise annuelle. De sa franchise, CHF 380.- reste à payer. Il vous soumet la facture de 256 euros pour son traitement médical à Malte et accepte que vous puissiez effectuer un remboursement similaire à Tarmed (tarif simple). Il en résulte un montant de remboursement de CHF 248.

solution

Comme la personne assurée accepte le remboursement selon le droit suisse, transférez CHF 223.20 (CHF 248 moins CHF 24.80 de franchise).

Exemple de remboursement selon la loi de l'Etat de résidence

Une personne assurée a choisi une franchise annuelle de CHF 2'500. Pendant ses vacances en Espagne, il doit recevoir des soins médicaux d'une valeur totale de CHF 1'230. Comme il n'a pas encore atteint sa franchise annuelle, il vous demande de vous renseigner auprès de l'institution d'aide et de faire déterminer le montant remboursable. L'institution temporaire espagnole annonce sur le formulaire E 126 le montant du remboursement de CHF 980 (CHF 250 = prestation non obligatoire).

solution

La personne assurée n'est pas d'accord avec le remboursement selon le droit suisse (la raison pour laquelle elle n'est pas d'accord n'est pas pertinente en principe), vous devez donc en faire la demande à l'institution de l'Etat de séjour. La personne assurée a droit à un remboursement de CHF 980.-, qu'elle ait atteint ou non sa franchise annuelle.

Si, en revanche, le pays de résidence ne prévoit aucun remboursement direct, vous pouvez effectuer le remboursement selon les tarifs suisses sans le consentement de la personne assurée (*art. 25 al. 7 R 987/2009*).

Si le traitement médical est effectué par un fournisseur de prestations privé et s'il s'agit d'une urgence, veuillez vérifier le remboursement au cas par cas.

5.3.4.4 La directive européenne sur les droits des patients 2011/24/UE

La directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers (directive européenne sur les droits des patients).
Attention : la directive européenne sur les droits des patients ne s'applique pas à la Suisse !

Cette directive donne à tous les patients en Europe une garantie claire et sûre de leurs droits s'ils souhaitent recevoir des soins de santé dans un autre pays de l'UE. Les frais de traitement à l'étranger sont remboursés par votre caisse maladie jusqu'à concurrence du montant qui aurait été encouru si un traitement comparable avait eu lieu en Allemagne. La directive ne couvre que les traitements planifiés à l'étranger. Les personnes assurées dans l'UE qui se rendent dans un autre pays pour y recevoir un traitement ont désormais deux options pour en assumer les coûts :

- ils font approuver le traitement à l'avance par leur caisse d'assurance-maladie. La caisse maladie délivre le formulaire E 112 ou S2. Les coûts seront couverts dans le cadre des tarifs du pays de traitement.
- ils déménagent dans un autre pays dans le cadre de la directive sur la mobilité des patients, c'est-à-dire sans l'autorisation préalable de leur caisse d'assurance maladie. Les frais encourus sont d'abord supportés par les patients eux-mêmes et sont traités comme s'ils étaient assurés à titre privé. Les coûts seront supportés à hauteur du même montant qu'ils auraient été supportés en Allemagne.

Veuillez répondre aux demandes de renseignements des personnes assurées comme suit : « La directive européenne sur les droits des patients est en vigueur dans l'UE. Elle ne s'applique pas à la Suisse. »

5.3.5 Non-acceptation de la carte européenne d'assurance maladie

L'entraide en matière de prestations dans un autre État ne se déroule pas toujours sans heurts. Le problème du refus de la carte européenne d'assurance maladie par certains fournisseurs de prestations dans les États de l'UE/AELE vous est bien connu. En principe la carte européenne d'assurance maladie peut être utilisée dans n'importe quel pays de l'UE/AELE pour accéder directement aux traitements médicaux par le fournisseur de prestations sans devoir contacter préalablement l'institution d'entraide local. Les soins médicaux sont fournis dans les mêmes conditions que pour les personnes assurées dans cet État. En général, on doit vérifier auprès du fournisseur de prestations avant de commencer un traitement médical s'il est autorisé de facturer les coûts dans le cadre du système d'assurance maladie de base. Des informations sur les médecins accrédités peuvent être obtenues auprès de l'institution d'entraide. Sur le site internet de l'institution commune LAMal, vous trouverez des informations importantes sur l'entraide en matière de prestations dans tous les États de l'UE/AELE.

Si la carte européenne d'assurance maladie n'est pas acceptée par le médecin ou l'hôpital, cela peut avoir les causes suivantes :

- Comme en Suisse, les factures pour les traitements médicaux ambulatoires sont émises au patient (« tiers garant »).
- Il ne s'agit pas d'un fournisseur de prestations autorisé de facturer les coûts dans le cadre du système d'assurance maladie de base.

Dans certains pays, le prestataire de services exige un paiement direct parce qu'il veut éviter le détour par le système de santé local.

Dans ce cas, la personne assurée n'a d'autre choix que de payer elle-même la facture et de la présenter soit à l'institution du lieu de séjour (voir également la liste à la fin des fiches d'information de l'Institution commune LAMal : www.kvg.org -> *Séjour au sein de l'UE/AELE*) soit à vous pour remboursement ([5.3.4 Remboursement, si la personne assurée a effectivement supporté les coûts](#)).

Exemple

Une personne assurée est en vacances sur l'île espagnole de Gran Canaria et doit demander une assistance médicale en raison d'une maladie aiguë. Il se tourne vers un centre de santé local, où travaille également un médecin suisse. Pour cela, il doit payer la facture directement. La personne assurée est heureuse d'être soignée par un médecin qui la comprend et qui paie immédiatement la facture.

solution

La personne assurée demande le remboursement des frais auprès de l'institution qui a fourni l'assistance, si cela est possible sur place, ou directement auprès de vous (voir [5.3.4 Remboursement, si la personne assurée a effectivement supporté les coûts](#)).

5.4 Prestations dans l'Etat de résidence (UE/AELE)

Tandis que les personnes séjournant que temporairement dans un autre Etat n'ont droit qu'aux prestations qui sont médicalement nécessaires pendant leur séjour prévu et ne peuvent être reportées jusqu'à leur retour prévu, les [résidents](#) dans un autre Etat de l'UE/AELE ont droit à des prestations supplémentaires.

5.4.1 Le droit aux prestations

L'*art. 17 R 883/2004* prévoit qu'une personne assurée et les membres de sa famille dans l'Etat membre de résidence bénéficient des prestations en nature de l'institution du lieu de résidence conformément à sa législation comme s'ils y étaient eux-mêmes assurés. Ici aussi, le subjonctif est reconnaissable, ce qui met la personne assurée sur un pied d'égalité avec une personne directement assurée dans l'Etat de résidence. En ce qui concerne les prestations en nature, elles sont donc intégrées dans le système d'assurance maladie de l'Etat de résidence.

Le droit aux prestations comprend donc toutes les prestations auxquelles une personne assurée dans le pays de résidence peut également prétendre, telles que les examens médicaux préventifs, les cures préventives ambulatoires, les prestations en cas de besoin de soins de longue durée, les traitements dentaires, etc.

Ici aussi, il est particulièrement important d'être conscient de la différence entre les prestations servies dans le pays de résidence et celles de l'assurance maladie obligatoire en Suisse, afin que les demandes de renseignements ou les factures de coûts ultérieures (E 125) puissent être correctement évaluées. Comme dans le cas d'un séjour temporaire, la personne assurée peut également avoir droit à des prestations dans le pays de résidence que vous ne connaissez pas de la LAMal.

5.4.2 Faire valoir le droit aux prestations

Pour avoir droit aux prestations dans l'Etat de résidence, la personne assurée doit s'inscrire auprès de l'institution d'entraide dans l'Etat de résidence. L'assureur maladie compétent délivre le [certificat S1](#) à cet effet à la demande de la personne assurée **ou à la** demande de l'institution qui a fourni l'assistance (*art. 24 al. 1 et 3 R 987/2009*). Voir également [4.7 Début de l'enregistrement à l'étranger](#).

Exemple

Un assuré vous a informé qu'il a déménagé sa résidence à Feldkirch/Autriche, mais qu'il est toujours soumis au droit suisse en raison de son activité lucrative en Suisse (il n'exerce **pas son** droit d'option). Il vous demande ce qu'il doit faire pour pouvoir prétendre aux prestations en Autriche.

solution

Ils lui délivrent le certificat S1, si nécessaire également pour les membres de sa famille qui y ont droit. Au mieux, l'informer qu'il doit soumettre la S1 à la Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) en tant qu'institution temporaire du nouveau pays de résidence afin de s'y inscrire.

Exemple

La personne assurée mentionnée dans l'exemple précédent a oublié de vous informer du changement de résidence. Il a un besoin urgent de soins médicaux et contacte le ÖGK. Pour l'enregistrement, vous devez d'abord remplir le formulaire S1 et le demander directement à l'aide du formulaire E 107.

solution

A la demande de la ÖGK, vous pouvez délivrer le S1 (à condition que la personne assurée y ait effectivement droit). Envoyez le S1 directement au VGKKK. Dans le meilleur des cas, envoyez une deuxième copie à la personne assurée.

5.4.3 Confirmation de l'enregistrement

Dans le cas d'un séjour temporaire (p. ex. touristes, étudiants), l'institution du lieu de séjour ne confirme pas l'inscription dans le cadre de l'entraide en matière de prestations. Toutefois, en cas de résidence dans un autre Etat, l'institution du lieu de résidence doit notifier l'enregistrement à l'institution compétente. La confirmation d'inscription doit vous informer que votre personne assurée a effectivement droit aux prestations dans le pays de résidence et que vous devez attendre à des factures de coûts (E 125, E 127). S'il n'y a pas d'enregistrement, par exemple parce que la personne assurée est soumise à la législation de l'Etat de résidence en raison d'une activité lucrative, vous devez également en être informé (notification de non-inscription).

Comme vous le savez les formulaires E comportent une section (partie B) dans laquelle l'institution d'entraide peut confirmer l'enregistrement ou énumérer les raisons du non-enregistrement. Le certificat [S1](#) est un document qui sert de preuve de droit à la personne assurée et n'est pas destiné à l'échange d'informations entre les institutions. Le S1 ne contient pas de section sur laquelle l'enregistrement peut être confirmée.

Comment pouvez-vous maintenant savoir si une personne assurée est inscrite dans l'autre Etat dans le cadre de l'entraide en matière de prestations ou non ?

Jusqu'à ce que l'échange de données informatisé (EESSI) soit introduit, vous pouvez compter sur la flexibilité et la bonne coopération des institutions. En tant qu'assureur maladie compétent et institution de l'Etat de résidence, vous souhaitez savoir si une personne a effectivement droit aux prestations en nature et si elle est effectivement assurée chez vous. Si l'enregistrement ne vous était pas confirmé, vous auriez même le droit, dans certains cas, de refuser toute demande d'indemnisation. Mais on ne devrait pas en arriver là.



conseil pratique

Dès qu'une personne assurée vous informe de son changement de résidence, vérifiez si le S1 peut être émis. Informez la personne assurée qu'elle doit s'adresser à l'institution d'assurance maladie du (futur) pays de résidence et y présenter la S1. La liste des institutions des autres Etats figure à l'[annexe 1 : Liste des institutions](#). Si vous ne recevez pas de notification d'enregistrement de la part de l'institution de l'Etat de résidence, contactez la personne assurée et demandez-lui auprès de quelle institution elle a présenté le certificat S1 (sauf s'il s'agit d'un Etat où l'institution relève automatiquement de la juridiction régionale, comme l'Italie). Informez ensuite l'institution que l'inscription doit être confirmée.

Exemple

Un retraité s'installe sur l'île espagnole de Tenerife. Ils lui donnent le certificat S1, qu'il emporte avec lui sur l'île espagnole. Ils lui disent de soumettre le S1 au transporteur de l'INSS de Tenerife. Après deux mois, vous n'avez toujours pas reçu de réponse.

solution

Contactez d'abord l'assuré et demandez-lui s'il y a effectivement remis le S1. Si tel est le cas, contactez l'INSS Tenerife et demandez-lui de confirmer l'entrée.

5.4.4 Remboursement, si la personne assurée a effectivement supporté les coûts

L'inscription auprès de l'institution de l'Etat de résidence signifie que toutes les prestations médicales reçues dans l'Etat de résidence sont calculées ou remboursées conformément à la législation de cet Etat.

Pour des raisons de transparence et pour éviter les remboursements multiples, la personne assurée doit soumettre les factures reçues pour paiement direct (« tiers garant ») exclusivement à l'institution de l'Etat de résidence. Informez la personne assurée si elle soumet des factures pour remboursement. Cela devient problématique si la personne assurée vit dans un Etat qui souffre de problèmes financiers considérables, ce qui a également un impact sur l'ensemble du système de soins de santé. Cela peut même faire en sorte que l'assuré ne reçoive aucun remboursement de sa part. Dans ces cas, vérifiez avec souplesse et pragmatisme si vous effectuez un remboursement. Toutefois, informez la personne assurée de la situation particulière.

5.4.5 Prestations pendant un séjour en Suisse

Si la personne assurée réside dans l'UE/AELE et a besoin d'un traitement médical pendant son séjour temporaire en Suisse ou si elle se rend en Suisse (Etat compétent) pour y être soignée, elle peut prétendre aux prestations de la LAMal à vos frais sans autre examen de votre part. Vous trouverez des informations détaillées à ce sujet dans le chapitre [droit d'option en matière de traitement](#).

5.4.6 Prestations en cas de séjour dans un autre pays de l'UE/AELE

Si la personne assurée vit dans un Etat de l'UE/AELE et a besoin d'un traitement médical pendant son séjour temporaire dans un autre pays de l'UE/AELE, la procédure habituelle de [l'entraide en matière de prestations pendant un séjour temporaire](#) est applicable. Les frais sont à la charge de l'institution de l'Etat de séjour. Vous recevrez une facture de coûts de l'institution d'entraide ([7.2 Remboursement sur la base des coûts effectifs](#)).

5.4.7 Prestations en cas d'un séjour dans un Etat hors UE/AELE

Si la personne assurée réside dans un pays de l'UE/AELE et a besoin d'un traitement médical pendant son séjour temporaire dans un Etat tiers, ces frais doivent être pris en charge par l'assureur maladie auprès duquel l'assurance de base existe, à concurrence du double du montant des frais qui seraient remboursés en Suisse (*art. 36 al. 4 OAMal*). S'il existe une assurance complémentaire, les surcoûts sont à la charge de cette dernière si l'assurance complémentaire prévoit de telles prestations.

5.5 Particularité : accidents non professionnels

Selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les employés en Suisse sont couverts non seulement par l'assurance accidents obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, mais aussi contre les accidents non professionnels (si la durée hebdomadaire du travail dépasse huit heures, cf. *art. 13 OLAA*). En revanche, dans les Etats de l'UE et de l'AELE, les accidents non professionnels et les accidents de loisirs sont assimilés à des maladies. Cela signifie que les accidents non professionnels sont soumis aux dispositions de coordination en cas de maladie.

Exemple

Une personne assurée est assurée par son employeur contre les accidents professionnels et non professionnels. Pendant ses vacances en France, en bord de mer, il est victime d'un accident et doit être soigné dans l'hôpital le plus proche. Bien qu'il sache qu'il est assuré contre les accidents de loisirs par son assurance accident, il présente sa carte européenne d'assurance maladie à l'hôpital.

solution

En France, comme dans les autres pays de l'UE/AELE, un accident de loisirs de ce type est traité comme s'il s'agissait d'une maladie au moyen de l'assistance sociale. La carte européenne d'assurance maladie est utilisée pour traiter les frais. Vous en trouvez des informations détaillées au sujet du remboursement entre l'institution d'entraide et l'institution compétente sous [7.2.1 Particularité : accidents](#).

Les personnes assurées contre les accidents en Suisse qui subissent un accident non professionnel à l'étranger doivent déclarer immédiatement l'accident à leur employeur et à leur assureur accident.

Étant donné que l'institution temporaire facture les frais de traitement médical pour les accidents non professionnels au moyen de la carte européenne d'assurance maladie, il est utile pour vous, en tant qu'assureur maladie, d'en être informé à un stade précoce par la personne assurée afin que vous puissiez, si nécessaire, introduire une demande de remboursement auprès de l'assureur accident lorsque vous recevrez la comptabilité analytique. Vous trouverez plus d'informations à ce sujet dans le chapitre [Remboursement sur la base des coûts effectifs](#).

5.6 Droit d'option en matière de traitement

5.6.1 Informations générales

Le droit d'option en matière de traitement signifie le droit de choisir entre un traitement dans l'Etat de résidence ou dans l'Etat compétent, ce qui n'était possible que dans une mesure limitée dans l'ancien règlement (CEE) n° 1408/71.

Depuis le 1er avril 2012, toutes les personnes assurées en Suisse selon la LAMal qui résident dans un Etat de l'UE/AELE ont le droit d'option en matière de traitement. Vous pouvez choisir de vous faire soigner soit dans votre pays de résidence, soit en Suisse. Ceci s'applique aux titulaires de pension et aux membres de leur famille ainsi qu'aux frontaliers et aux membres de leur famille et aux membres de la famille d'un travailleur salarié résidant en Suisse, même si le pays de résidence rembourse les frais sur une [base forfaitaire mensuelle](#). Le coût des soins médicaux en Suisse est pris en charge directement par l'assureur maladie suisse. Selon le système de remboursement, vous recevez la facture directement du fournisseur de prestations (« tiers payant ») ou l'assuré l'envoie afin de demander remboursement (« tiers garant »). La participation aux coûts est régi par l'*art. 103 al. 7 KVV*.

Attention

Le droit d'option en matière de traitement s'applique exclusivement au traitement médical dans le pays concerné, à savoir la Suisse. Elle ne s'applique pas aux traitements reçus dans un pays autre que le pays de résidence ou la Suisse. Si la personne assurée séjourne dans un autre pays de l'UE/AELE, la demande est fondée sur les dispositions relatives au [séjour temporaire](#) (*art. 19 VO 883/2004*).

5.6.1.1 Travailleurs frontaliers et leurs membres de famille

En raison des liens étroits qui existent entre le frontalier et l'Etat d'activité lucrative dans lequel il séjourne régulièrement, le frontalier peut continuer à faire usage de son droit illimité au traitement (*art. 18 al. 1 R 883/2004*). En vertu de l'ancienne législation, les membres de la famille du travailleur frontalier n'avaient droit, dans l'Etat compétent, qu'aux prestations découlant de leur [séjour temporaire](#) dans cet Etat. Aujourd'hui les membres de la famille d'un frontalier assuré selon la LAMal ont désormais le droit illimité d'être traités dans leur pays de résidence et en Suisse (*art. 18 al. 2 en liaison avec l'annexe III R 883/2004, non-enregistrement de la Suisse*). Ce n'était pas possible avant.

Exemple

Un frontalier qui vit à Lör-rach/Allemagne et travaille à Bâle est assuré auprès de toute la famille selon la LA-Mal. L'épouse souffre d'une maladie pour laquelle l'option de traitement la plus proche serait dans l'Etat de résidence à Fribourg. Sinon, elle pourrait être soignée à Bâle, ce qui serait beaucoup plus facile pour elle en raison des enfants. Elle vous demandera si vous prendrez en charge les frais du traitement choisi à Bâle.

solution

Comme il s'agit de membres de la famille d'un travailleur frontalier, l'épouse jouit du droit illimité de choisir son traitement. Dites-lui qu'elle a droit aux prestations. La comptabilisation des coûts s'effectue par le biais des systèmes de rémunération "tiers garant" et "tiers payant" en vigueur en Suisse. Le partage des coûts est régi par la LAMal.



conseil pratique

Pour les personnes résidant dans un Etat autre que l'Etat compétent, le [droit aux prestations](#) dans l'Etat de résidence est régi par la législation de cet Etat. Le chapitre sur les [prestations dans le pays de résidence](#) décrit que l'enregistrement dans l'Etat de résidence entraîne une différence entre l'étendue des prestations dans le pays de résidence et celle en Suisse. Il peut arriver, par exemple, que les soins médicaux ne figurent pas dans le catalogue des prestations de l'Etat de résidence, mais qu'ils soient payés en Suisse par l'assurance de base. Dans ce cas, si la personne assurée a une demande de renseignements, veuillez l'informer qu'elle peut se faire soigner en Suisse en raison de son droit à choisir un traitement.

Exemple

Le mari d'un frontalier assuré en Suisse et vivant à Como/I souffre d'un glaucome difficile à traiter. Comme les frais d'une ophtalmoscopie laser à balayage ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie italienne, il vous demande si vous prenez en charge les frais de traitement à l'hôpital universitaire de Bâle.

solution

Il s'agit d'un membre de la famille d'un frontalier, de sorte qu'il peut choisir d'être traité en Italie ou en Suisse. Il bénéficie désormais de l'avantage que la Suisse prend en charge les coûts de l'ophtalmoscopie laser à balayage. La participation aux coûts est régi par la LAMal

L'art. 18 (1) du Règlement 883/2004 s'applique également aux expatriés qui résident habituellement dans un Etat de l'UE/AELE (transfert de résidence et prime UE/AELE).

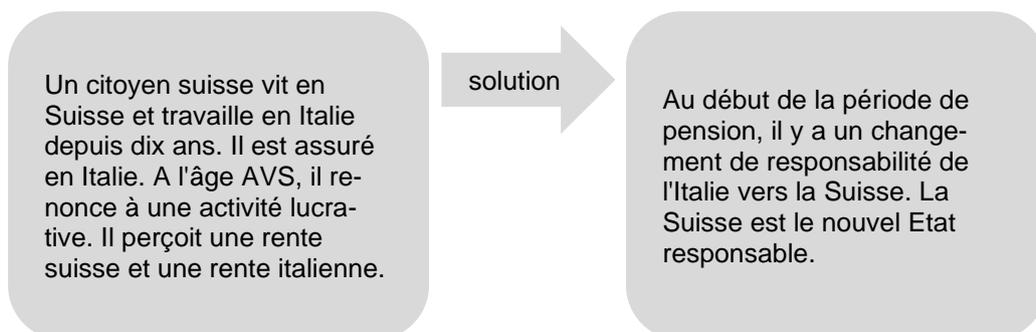
5.6.1.2 Travailleurs frontaliers pensionnés

Les travailleurs frontaliers qui deviennent titulaires d'une pension pour cause de vieillesse ou d'invalidité ont droit à un traitement médical dans l'Etat dans lequel ils exerçaient précédemment une activité lucrative, à condition qu'il s'agit de poursuivre un traitement entamé dans cet Etat. On entend par poursuivre un traitement le fait de déceler, de diagnostiquer et de traiter une maladie jusqu'à son terme (*article 28, paragraphe 1, du règlement (CE) no 883/2004*). Ceci ne s'applique pas aux traitements qui n'interviennent qu'après le début du versement de la rente.

Pourquoi cela est-il réglementé séparément alors qu'il existe déjà le droit de choisir un traitement ?

Dans le cas des travailleurs frontaliers retraités, il y a changement de compétence au moment de la retraite s'ils reçoivent également une pension de l'Etat de résidence. Cela signifie qu'au cours de la période d'emploi, un Etat différent de celui où la pension a commencé à être versée était responsable. L'exemple suivant en est une illustration.

Exemple



Si un traitement médical est commencé dans l'Etat d'activité pendant la période d'activité lucrative et qu'il est prévu qu'il s'y poursuive après le début de la retraite, vous devez, en tant que **nouvelle institution compétente**, donner votre accord à ce traitement, indépendamment du fait que le traitement serait également possible en Suisse dans un laps de temps raisonnable.

Exemple

La personne assurée mentionnée dans l'exemple précédent doit consulter un médecin en Italie quelques mois avant la retraite. Il diagnostique une insuffisance rénale chronique. Même après sa retraite, il aimerait être soigné par ce médecin, car il a acquis une grande confiance en lui. Il vous demandera si vous couvrirez les frais.

solution

Comme il s'agit d'une continuation du traitement qui a commencé au moment de l'emploi, le consentement doit être donné sans autre examen. La participation aux coûts est conforme à la législation italienne. Pour ce faire, délivre-lui le S3. ⚠
Attention : L'autorisation n'est valable que pour les traitements liés à l'insuffisance rénale.

Le consentement doit être donné pour tout traitement lié aux circonstances survenant **pendant la période d'emploi**. Le certificat [S3](#) doit être délivré à cet effet. Il découle de ce libellé qu'aucun consentement n'est requis pour les traitements qui ne commencent qu'après le changement de juridiction. Dans ce cas, la procédure ordinaire pour les [cas d'autorisation](#) doit être suivie en cas de résidence en Suisse (lettre d'information de l'Office fédéral de la santé publique : www.bag.admin.ch -> *Assurances* -> *Assurance-maladie* -> *Assureurs et surveillance* -> *Circulaires et lettres d'information* -> *Lettres d'information Affaires internationales*).

5.6.1.3 Titulaires de pension et membres de leur famille

Le droit des titulaires de pension et les membres de leur famille de choisir un traitement n'est accordé que si un Etat accepte d'accorder ce droit. La Suisse offre ce droit d'option en matière de prestations. Sur la base de l'*inscription de la Suisse à l'annexe IV R 883/2004*, les titulaires de pension et les membres de leur famille peuvent bénéficier d'un choix de traitement illimités qui, jusqu'au 31 mars 2012, étaient possibles uniquement en Belgique, en Allemagne, en France, aux Pays-Bas, en Autriche et en Hongrie.

Exemple

Un rentier AVS assuré auprès de votre assureur vit avec sa femme sur la côte méditerranéenne espagnole. Chaque année, à Noël, ils rendent visite à leurs enfants en Suisse. Ils décident de combiner leurs bilans annuels avec une visite chez les enfants. Après tout, ils connaissent leur médecin depuis plusieurs années et ont une grande confiance en lui. Ils vous demanderont si les coûts sont toujours couverts et ce qu'ils doivent prendre en considération.

solution

Grâce aux possibilités de traitement offertes, le couple peut profiter des examens médicaux préventifs en Suisse sans demander votre consentement. La comptabilisation des coûts s'effectue par le biais des systèmes de rémunération « tiers garant » et « tiers payant » en vigueur en Suisse. La participation aux coûts est régie par la LAMal.

5.6.2 Tarif applicable et choix du fournisseur de prestations pour le traitement en Suisse

En cas de traitement en Suisse, la personne assurée est libre de choisir le fournisseur de prestations. L'assureur maladie établit la garantie de prise en charge.

Pour les soins **ambulatoires**, le tarif pour les personnes assurées sur le lieu de traitement doit être repris.

5.6.2.1 Les frontaliers et les chômeurs ainsi que les membres de leur famille et les membres de la famille d'un travailleur salarié résidant en Suisse

Dans le cas des travailleurs frontaliers et des chômeurs et des membres de leur famille résidant dans l'UE ou en Islande et en Norvège, ainsi que des membres de la famille d'un travailleur salarié résidant en Suisse, l'assureur et le canton auquel la

personne est rattachée doivent, en cas de traitement hospitalier dans un hôpital répertorié, payer la rémunération au maximum selon le tarif applicable dans un hôpital répertorié du canton avec un point d'attache pour le traitement en question (*art. 41 al. 2bis, art. 49a al. 2 let. b, ainsi qu'al. 2bis LAMal*).

Comme point d'attache peut être considéré le canton d'activité lucrative (travailleurs frontaliers), le canton d'une activité lucrative précédente ou bénéficiaire d'allocations de chômage, ainsi que le canton dans lequel le conjoint ou les parents vivent (dans le cas de membres de la famille).

5.6.2.2 Les titulaires de pension et les membres de leur famille

En règle générale, les titulaires de pension et les membres de leur famille résidant dans l'UE, en Norvège ou en Islande n'ont plus de point d'attache par rapport à la Suisse et ne peuvent être directement affectés à aucun canton. Depuis le 1er janvier 2019, les coûts des soins hospitaliers en Suisse sont pris en charge conjointement par les cantons et les assureurs. Le tarif applicable au traitement en question est celui d'un hôpital répertorié dans le canton de référence de Berne (*art. 41 al. 2ter et art. 49a al. 3bis LAMal en liaison avec l'art. 36b OAMal*). L'assureur doit payer d'avance la part cantonale et la faire valoir contre l'Institution commune LAMal.

La procédure selon l'art. 19a KVV ne fait pas partie de ce guide. Vous trouverez des informations détaillées sur le site www.kvg.org ainsi que dans le *règlement sur la répartition de la part cantonale entre les cantons en cas de traitement hospitalier suivi par des rentiers qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ou par des membres de leur famille*, que vous pouvez consulter après être connecté (Login).

5.6.3 Participation aux coûts

Le chapitre sur les [prestations dans l'Etat de résidence](#) décrit que le droit aux prestations est régi par la législation de l'Etat de résidence. La loi de l'Etat de résidence s'applique également au participation aux coûts. Si la personne assurée exerce son droit d'option en matière de traitement et reçoit un traitement dans son Etat de résidence et en Suisse, la participation aux coûts doit donc également être payée conformément à la législation des deux pays. Il peut en résulter que la personne assurée soit confrontée à une participation aux coûts plus élevée en total que si l'ensemble du traitement avait été effectué dans un seul Etat.

Si la personne assurée bénéficie d'un traitement médical dans son Etat de résidence, la participation aux coûts est à payer directement dans cet Etat (*art. 17 R 883/2004*). Si la personne vient en Suisse pour un traitement, la participation aux coûts doit être payée conformément à la LAMal (*art. 103 al. 7 OAMal*).

Par conséquent, le droit d'option en matière de traitement ne donne pas seulement à la personne assurée l'avantage d'être traitée soit dans son Etat de résidence, soit en Suisse. Le cas échéant, une charge plus élevée doit être acceptée en raison des participations aux coûts différentes.

Exemple

Un assuré vit sur la côte méditerranéenne française et suit un traitement médical en raison de sa maladie chronique. Selon la loi française, il doit payer 40% du coût de sa dernière facture. Comme il souhaite que l'opération soit réalisée en Suisse, il vous demandera si les 40% de participation aux coûts de la France sera déduit de la franchise et du quote-part en Suisse.

solution

Pour les traitements médicaux en France, le partage des coûts en vertu de la loi française s'applique. Elle ne peut être déduite de la franchise et déductible en Suisse. La personne assurée doit payer la contribution suisse pour l'opération, même si la charge financière globale est plus élevée.

5.7 Cas d'autorisation

5.7.1 Cas d'autorisation - domicile en Suisse

En vertu du principe de territorialité, l'assurance maladie obligatoire ne couvre que les prestations fournies en Suisse. Sous certaines conditions, la personne assurée peut toutefois se rendre dans un Etat de l'UE/AELE pour y recevoir un traitement médical après autorisation préalable de son assureur maladie.

L'autorisation ne peut être refusée par l'assureur maladie si le traitement médical est obligatoire sur la base de LAMal et si, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de sa maladie, la personne assurée ne peut pas recevoir de soins en Suisse dans un délai normalement nécessaire à ces soins (*art. 20 al. 1 et 2 R 883/2004*).

En règle générale, l'assureur maladie est tenu de délivrer le certificat S2 (E 112) si les conditions ci-dessus sont remplies cumulativement.

Pour apprécier les faits de l'affaire, il faut tenir compte de la lettre d'information de l'Office fédéral de la santé publique du 8 avril 2008 sur les traitements médicaux à l'étranger (www.bag.admin.ch -> Assurances -> Assurance-maladie -> Assureurs et surveillance -> Circulaires et lettres d'information -> Lettres d'information Affaires internationales).

Les dispositions du droit de coordination sont restrictives et doivent être appliquées dans la pratique.

Exemple

Une personne assurée habite près du lac de Constance et vous demande si vous prendriez en charge les frais d'une opération de la cataracte à proximité de Constance/Allemagne, d'abord parce qu'elle est plus proche et ensuite moins chère qu'en Suisse.

solution

Une fois que vous avez établi que le traitement peut avoir lieu dans un délai médicalement acceptable en Suisse, vous refusez l'autorisation pour ce motif. Peu importe que la personne assurée doive accepter un voyage plus long.

Exemple

L'Etat de santé de votre assuré est si critique qu'il aura besoin d'une opération du pancréas dans les trois prochains jours. Le service médical confidentiel de votre caisse d'assurance-maladie conclut qu'en raison de la charge de travail élevée en Suisse, une intervention chirurgicale ne serait pas possible avant au moins une semaine au plus tôt. Cependant, il fait référence à la Charité de Berlin/Allemagne, qui a des capacités disponibles à court terme.

solution

Etant donné que l'allongement de la période d'attente pour un traitement en Suisse représenterait un risque pour son Etat de santé, l'autorisation de traitement doit être accordée. S2/E 112 doit être délivré à la personne assurée.

5.7.2 Cas d'autorisation - domicile dans l'UE/AELE

Si la personne assurée ne réside pas dans l'Etat compétent, elle doit demander l'autorisation de recevoir des soins dans un autre Etat auprès de l'institution d'entraide du lieu de résidence (*art. 26 al. 2 R 987/2009*). Dans ce cas de figure, la personne assurée n'a pas l'intention de se laisser traiter dans l'Etat de résidence ou dans l'Etat compétent. Il est présumé que l'institution du lieu de résidence a procédé à un examen visant à déterminer si le traitement n'aurait pas pu être effectué dans cet Etat dans un délai médicalement justifiable.

L'institution d'entraide transmet d'abord la demande à l'institution compétente. Cette disposition vise à donner à l'institution compétente la possibilité de faire traiter la

personne assurée dans son propre Etat, par exemple dans le cadre de l'utilisation des capacités de ses propres fournisseurs de prestations. Ici aussi, la lettre d'information de l'Office fédéral de la santé publique doit être respectée lors de l'appréciation des faits de l'affaire.

Si le résultat de l'examen montre que le traitement est possible en Suisse dans un délai médicalement justifiable, compte tenu de l'état actuel de santé actuel et de l'évolution probable de la maladie, l'autorisation peut être refusée. Dans le cas contraire, l'autorisation doit être accordée. L'institution d'entraide sera informée du résultat.

Vous pouvez recevoir la demande de l'institution d'entraide du lieu de résidence par le biais du formulaire SED S009. Après l'examen, vous avez la possibilité de répondre par une lettre individuelle* ou par le biais du formulaire SED S010.



*conseil pratique

Si vous utilisez une lettre individuelle, assurez-vous de fournir toutes les informations nécessaires au transporteur temporaire :

- le fait que l'autorisation est accordée, et
- la période d'éligibilité envisagée
ou
- le fait que l'autorisation n'est pas accordée parce que le traitement peut être administré dans un délai médicalement justifiable en Suisse, ou
- Le fait que l'autorisation n'est pas accordée parce que le traitement ne fait pas partie des prestations obligatoires prévues en Suisse.

⚠ Attention

Veillez faire attention que l'examen soit effectué sans délai, étant donné que l'*art. 26 al. 2 R 987/2009* dispose que si l'institution compétente ne répond pas dans les délais fixés par la législation nationale, l'autorisation est réputée accordée par l'institution compétente. Le terme « national » désigne la législation de l'Etat de résidence. Malheureusement, il n'y a pas de vue d'ensemble des délais applicables dans les différents Etats, de sorte que cette formulation n'est pas claire.

Exemple

Un retraité assuré avec vous vit au Luxembourg. L'institution luxembourgeoise S009 vous demande l'autorisation pour la chirurgie cardiaque à l'hôpital universitaire de Heidelberg/Allemagne. Le traitement n'est pas possible au Luxembourg.

solution

Une fois que vous avez établi que le traitement ne peut pas être accordé en Suisse dans un délai médicalement acceptable, vous l'autorisez. Vous le confirmez au moyen d'une lettre individuelle ou à l'aide du S010.

Exemple

L'articulation de la hanche du pensionné résidant au Luxembourg doit être réparée. Le traitement n'étant pas proposé au Luxembourg, l'institution luxembourgeoise demande l'autorisation pour cette procédure de routine en Allemagne.

solution

Étant donné que cette intervention de routine peut également être effectuée en Suisse dans un délai très court, l'autorisation peut être refusée. Le refus doit être notifié à l'institution luxembourgeoise qui a fourni l'assistance, avec indication des motifs du refus.

5.7.3 Cas d'autorisation - domicile dans l'UE/AELE : traitement d'urgence

Dans les cas décrits jusqu'à présent, un délai suffisant pourrait encore être accordé pour des éclaircissements médicaux. Toutefois, il peut arriver que la personne assurée soit en si mauvais état de santé qu'il n'y ait pas assez de temps pour clarifier la situation. L'*art. 26 al. 3 R 987/2009* fait référence aux traitements urgents et à caractère vital arrêtés. Dans le cas d'un tel traitement, l'autorisation ne peut être refusée, même si le traitement aurait pu être effectué dans l'Etat compétent.

L'institution compétente doit accepter les constatations et décisions médicales prises par l'institution du lieu de résidence. C'est donc l'institution du lieu de résidence qui prend la décision au nom de l'institution compétente.

L'institution d'entraide vous informera du traitement dans un autre Etat de l'UE/AELE. Vous pouvez recevoir le S011 pour cela.

Exemple

Un titulaire de pension assuré auprès de votre assureur vit dans l'ouest de la Slovaquie, près de la frontière autrichienne. Après un accident, il est dans une situation qui met sa vie en danger. Le transporteur slovaque le fait transporter à l'hôpital universitaire de Vienne/Autriche sans plus attendre et vous informe avec la S011.

solution

S'agissant d'un traitement urgent et vital, vous ne pouvez pas refuser l'autorisation. Il n'est donc plus nécessaire d'examiner si le traitement serait également possible en Suisse.

5.8 Prestations en cas de besoin de soins de longue durée

Une distinction est faite entre les prestations en nature et les prestations en espèces pour les personnes nécessitant des soins de longue durée. Si le droit aux prestations en nature est régi par la législation de l'Etat de résidence, la personne assurée bénéficie des prestations en espèces selon la législation appliquée par l'institution compétente. Cela peut avoir pour conséquence qu'une personne assurée résidant dans un autre Etat bénéficie de prestations de deux Etats différents (prestations en nature de l'Etat de résidence, prestations en espèces de l'Etat compétent).

Comme il n'y a pas de prestations en espèces dans le système suisse d'assurance-maladie en cas de besoin de soins de longue durée, le texte qui suit est pour votre information seulement. Ce sujet n'a aucun effet sur votre pratique professionnelle quotidienne.

L'allocation pour impotent est une prestation spéciale en espèces à caractère non contributif qui est très similaire à l'allocation de soins. Néanmoins, l'allocation pour impotent n'est pas exporté vers un autre Etat.

En raison de l'interdiction générale du cumul des prestations (prévention de la surcompensation), l'institution chargée de l'assistance et l'institution compétente doivent s'informer mutuellement de l'octroi des prestations en nature et des prestations en espèces. Cela peut se faire au moyen de lettres informelles ou de documents électroniques structurés. Si l'institution compétente constate que le versement de l'allocation de soins a donné lieu à une surcompensation, le montant est réduit en conséquence. L'institution temporaire doit informer l'institution compétente du montant des prestations en nature, de la durée des prestations, de leur régularité ou de leur fréquence (hebdomadaire, mensuelle, etc.), ainsi que de tout changement dans la perception des prestations.

Exemple

Un assuré vit en Suisse et est assuré en tant que retraité chez AOK Hessen à Francfort/Allemagne. Après un coup dur du destin, elle est dépendante des soins à domicile. L'AOK lui verse une allocation mensuelle de soins de 440 EUR. Elle reçoit aussi régulièrement des prestations du Spitex, mais celles-ci varient d'une semaine à l'autre.

solution

Sur demande de l'AOK, l'Institution commune LAMal doit déterminer les dépenses mensuelles du Spitex et l'en informer. L'AOK réduira alors proportionnellement l'allocation de soins.

6 Documents UE/AELE

6.1 Informations générales

Les **documents UE/AELE** sont tous les certificats, formulaires et attestations utilisés pour confirmer le droit aux prestations et pour l'échange d'informations entre institutions et autorités.

Depuis le 1er avril 2012 sont valables pour la Suisse non seulement les [formulaires E](#) mais aussi les [attestations \(documents portables\)](#) et les [documents électroniques structurés](#) (DES, en anglais : structured electronic documents).

Les **formulaires E** sont des instruments bien connus pour l'attestation de droit, d'une part, et pour l'échange d'informations dans le contexte de l'entraide en matière de prestations internationale, d'autre part.

Les **attestations (documents portables)** sont des documents destinés exclusivement à l'assuré, de sorte qu'il « a quelque chose en main ». Les assurés font valoir leur droit aux prestations dans un autre Etat en utilisant les attestations S1, S2 et S3. Ils ne font pas partie de l'échange de données entre les institutions compétentes et les institutions chargées de l'assistance, mais ne font que lancer le processus d'échange de données. Le document portable est individuel. Un document portable distinct est délivré pour chaque membre de la famille qui n'exerce pas d'activité lucrative et qui est coassuré.

Les **DES** sont des documents conçus pour l'échange électronique de données, mais ils peuvent également être utilisés sur papier. Un DES peut avoir la fonction d'une attestation de droit (S010, S045, S072) et être utilisé uniquement pour l'échange d'informations (par exemple, S041, S067).

Jusqu'au début de l'échange électronique de données (EESSI), la **flexibilité** et le **pragmatisme ne doivent pas empêcher** l'acceptation et la transmission des informations pertinentes, quelles que soient leur forme et leur structure. En d'autres termes, sur la base d'une "bonne coopération", vous devez accepter toute information que vous pouvez utiliser pour l'examen et la prise de décision des faits, à condition qu'elle soit complète, plausible et incontestable. Le principe fondamental est de simplifier autant que possible la procédure d'assistance et d'aider ainsi la personne assurée à faire valoir ses droits.

6.2 Carte européenne d'assurance maladie

Anglais : European Health Insurance Card - EHIC



Objectif de la CEAM

La CEAM est délivrée à toutes les personnes assujetties à l'assurance obligatoire en Suisse. Elle est imprimée au verso de la carte suisse d'assurance-maladie et donne droit aux soins médicaux nécessaires lors d'un séjour temporaire dans un autre Etat, compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour.

Utilisation de la CEAM

La CEAM doit être présentée directement au fournisseur de prestations auprès duquel la personne assurée reçoit le traitement médical. Dans le cas d'une demande de remboursement dans l'autre Etat, il peut également être nécessaire de la soumettre à l'institution d'entraide.

Attention

La CEAM est une carte d'identité visuelle. Elle peut être présentée au fournisseur de prestations pour qu'il puisse l'utiliser sous forme numérisée ou copiée en vue d'un règlement avec l'institution de l'Etat de séjour. Toutefois, elle doit ensuite être retournée à la personne assurée.

Quels sont les prestations couvertes par la CEAM ?

La CEAM couvre les prestations en nature qui deviennent médicalement nécessaires pendant le séjour. La nature des prestations et la durée prévue du séjour sont prises en compte. La personne assurée peut bénéficier des prestations nécessaires sur le plan médical pour ne pas avoir à retourner prématurément dans son Etat de résidence afin d'y recevoir les soins nécessaires. En outre, la CEAM couvre les frais de traitement qui ne peuvent être reportés jusqu'à la date prévue du retour dans l'Etat de résidence. La CEAM couvre bien plus que les cas d'urgence.

La CEAM en tant que garantie de prise en charge

La délivrance de la CEAM équivaut à la délivrance d'une garantie de prise en charge pour la période de validité de la CEAM. Il s'agit d'un **document d'identité visuelle** valable aux fins des prestations en nature si la date qui y figure (en bas à droite) n'a pas encore expiré. En principe, elle oblige l'assureur maladie émetteur à prendre en charge les frais même si la personne n'est plus assurée auprès de lui (*partie A, article 2 chiffre 2 de la décision S9 de la commission administrative* : « Une créance ne saurait être rejetée au motif que l'assuré n'est plus couvert par l'institution ayant délivré la CEAM ou le document attestant ses droits, pourvu que les prestations aient été servies au bénéficiaire au cours de la période de validité du document utilisé. »)

Les conséquences de l'abus sont à la charge de l'assureur maladie qui a établi la CEAM. Ce dernier peut toutefois demander l'aide administrative de l'assureur maladie nouvellement compétent dans l'autre Etat pour réclamer les prestations pris en charge.

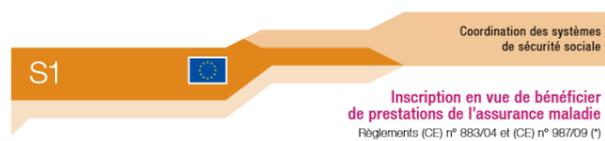
6.3 Attestations (documents portables)

S - Sickness (assurance maladie)

tableau comparatif	
Nouveau : Attestation	Précédemment: Formulare E
S1	E 106, E 109, E 120, E 121
S2	E 112
S3	-

Sur le site Internet de l'Institution commune LAMal (www.kvg.org -> *Assureurs* -> *Droit de coordination* -> *Documents UE/AELE*), vous trouverez une version à remplir pour chacun des attestations S1 à S3. Vous trouverez ici un aperçu de toutes les institutions du pays de résidence : [12.1 Annexe 1 : Liste des institutions](#)

6.3.1 Attestation S1 (Inscription en vue de bénéficiaire de prestations de l'assurance maladie)



Objet du S1

La [S1](#) atteste le droit d'un travailleur salarié/indépendant, d'un titulaire de pension et des membres de sa famille qui n'exercent pas d'activité lucrative aux prestations en nature de maladie et de maternité et aux prestations de paternité équivalentes si la personne ne réside pas dans l'Etat compétent. Le groupe des membres éligibles de la famille est déterminé par l'Etat de résidence.

Utilisation du S1

Contrairement aux formulaires E, l'attestation S1 est délivré à toutes les personnes résidant dans un autre pays, qu'elles exercent une activité lucrative, aux retraités ou aux membres de leur famille. Le statut de la personne éligible est indiqué au point 1.7. Si la personne assurée exerce une activité lucrative, vérifier le point 1.7.1. La S1 est présentée à l'institution d'entraide en matière de prestations dans l'Etat de résidence. La S1 pour les retraités n'a plus besoin d'être confirmée par la Centrale de compensation (CdC).

Quels sont les prestations couvertes par la S1 ?

La S1 ouvre droit à toutes les prestations en nature (soins médicaux, soins hospitaliers, médicaments, etc.) selon la législation de l'Etat de résidence comme si la personne y était assurée.

Membres de la famille

Si la personne est un membre de la famille dont les droits découlent du travailleur salarié/indépendant ou du titulaire de pension, le membre de la famille doit être enregistré conformément au point 1 (titulaire) et l'autre personne conformément au point 3.

point	remarque
1.1 Numéro du titulaire de police personnel	Numéro de client/d'assuré
1.2 Nom de famille	Nom de famille de la personne assurée
1.3 Prénom(s)	Prénom de la personne assurée
1.4 Nom de naissance	Remplissez le formulaire si vous le connaissez
1.5 Date de naissance	Date de naissance de la personne assurée
1.6 Adresse dans le pays de résidence	Adresse de la personne assurée dans le pays de l'UE/AELE, pas en Suisse
1.7 Situation	Vérifiez de quelle catégorie de personne il s'agit
2. des prestations en espèces en cas de besoin de soins de longue durée	Ne cochez pas cette case, car cela ne concerne pas la Suisse.
3. les données personnelles de la personne assurée	Si le certificat doit être délivré à un membre de la famille, le membre de la famille doit être indiqué au point 1 et l' assuré au point 3 .
4. la couverture d'assurance de/vers	Début et fin du droit pour lequel le certificat est délivré
5.1 Nom	Nom de la compagnie d'assurance maladie
5.2 Rue, n°, 5.3 Ville, 5.4 Code postal	Adresse de la caisse d'assurance maladie
5.5 Indicatif de pays	CH
5.6 Numéro d'identification de l'institution	Numéro de l'OFSP
5.7-5.9	Précisez si nécessaire
5.10 Date	Date de délivrance du certificat
5.11 Signature	Signature de l'assureur maladie

6.3.2 Attestation S2 (droit aux soins programmés)



Objet du S2

La [S2](#) permet à l'assuré de se rendre dans un autre pays pour y recevoir des soins médicaux.

L'utilisation de la S2

Le S2 doit être présenté à l'institution de l'Etat dans lequel la personne assurée se rend aux fins de bénéficier d'un traitement.

Quels sont les prestations couvertes par la S2

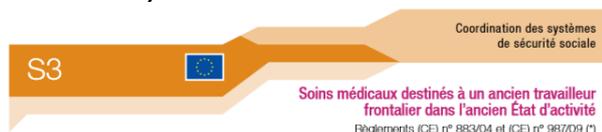
Les prestations sont basées sur les dispositions légales du pays dans lequel la personne assurée se rend. La durée de la prestation est déterminée par la législation de l'Etat compétent (durée de validité du certificat).

Spécialité

Contrairement au formulaire E 112, l'attestation S2 n'est plus délivré aux fins du transfert de résidence dans un autre Etat. Le point 2.1 du formulaire E 112 a été omis. Les cas de consentement au traitement en cas de transfert de résidence sont couverts par le certificat S1.

point	remarque
1.1 Numéro du titulaire de police personnel	Numéro de client/d'assuré
1.2 Nom de famille	Nom de famille de la personne assurée
1.3 Prénom(s)	Prénom de la personne assurée
1.4 Nom de naissance	Remplissez le formulaire si vous le connaissez
1.5 Date de naissance	Date de naissance de la personne assurée
1.6 Adresse actuelle	Adresse de la personne assurée en Suisse
2.1 Traitement	Description du traitement à effectuer (si nécessaire). <i>Exemple : Réparation de la prothèse de hanche.</i>
2.2 Lieu de traitement	Prestataire de services pour lequel le traitement doit être effectué. Précisez le plus précisément possible. <i>Exemple : Hôpital universitaire de Fribourg/D</i>
2.3 Durée estimée du traitement	Indiquez aussi précisément que possible le début et la fin prévus du traitement.
3.1 Nom	Nom de la compagnie d'assurance maladie
3.2 Rue, n°, 3.3 Ville, 3.4 Code postal	Adresse de la caisse d'assurance maladie
3.5 Indicatif de pays	CH
3.6 Numéro d'identification de l'institution	Numéro de l'OFSP
3.7-3.9	Précisez si nécessaire
3.10 Date	Date de délivrance du certificat
3.11 Signature	Signature de l'assureur maladie

6.3.3 Attestation S3 (Soins médicaux destinés à un ancien travailleur frontalier dans l'ancien Etat d'activité)



Objet de la S3

La **S3** est délivré aux personnes qui étaient auparavant des travailleurs frontaliers et qui résidaient dans un Etat de l'UE et qui souhaitent maintenant faire valoir leur droit (ou celui des membres de leur famille) à un traitement médical dans le pays où elles étaient précédemment employées. Ceci s'applique également aux membres de la famille si le dernier pays dans lequel ils ont travaillé n'est pas l'un des suivants : Danemark, Espagne*, Estonie*, Finlande, Irlande, Irlande, Pays-Bas*, Royaume-Uni, Italie*, Lituanie*, Suède, Hongrie* (les pays marqués d'un « * » ont supprimé cette restriction au 1er mai 2014).

Utilisation de la S3

L'attestation S3 est présentée à l'institution d'entraide de l'Etat dans lequel l'assuré exerçait auparavant une activité lucrative et se rend désormais dans cet Etat pour y recevoir des soins. Il en va de même pour les membres de la famille de l'ancien travailleur frontalier. Vous trouverez un exemple dans lequel, en tant qu'assureur maladie, vous devez délivrer un S3 sous [5.6.1.2 Travailleurs frontaliers pensionnés](#).

Quels sont les prestations couvertes par la S3 ?

Si le traitement est une continuation du traitement (déceler, diagnostiquer et traiter une maladie jusqu'à son terme) commencé dans cet Etat, ces prestations sont couvertes (*art. 28 al. 1 R 883/2004*). Il en va de même pour les membres de la famille de l'ancien travailleur frontalier.

Attention

Ceci ne s'applique pas si le traitement devient nécessaire après que la personne soit devenue retraitée. Dans ce cas, les règles régissant les cas de consentement s'appliquent.

point	remarque
1.1 Numéro du titulaire de police personnel	Numéro de client/d'assuré
1.2 Nom de famille	Nom de famille de la personne assurée
1.3 Prénom(s)	Prénom de la personne assurée
1.4 Nom de naissance	Remplissez le formulaire si vous le connaissez
1.5 Date de naissance	Date de naissance de la personne assurée
1.6 Adresse actuelle	Adresse de la personne assurée en Suisse
1.7 Numéro d'assurance personnel dans l'Etat membre de l'ancien emploi	Numéro du client/de l'assureur dans le pays dans lequel la personne était immédiatement assurée auparavant
1.8 Situation	Vérifiez de quelle catégorie de personne il s'agit

2.1 Poursuite d'un traitement.....	Le pays d'emploi antérieur doit être indiqué, ainsi qu'une brève description du traitement à donner. <i>Exemple : Traitement de l'insuffisance rénale</i>
2.2 Traitement dans l'Etat de l'ancien emploi	Cette zone ne doit pas être cochée.
2.3 Durée estimée du traitement	Indiquez aussi précisément que possible le début et la fin prévus du traitement.
3.1 Nom	Nom de la compagnie d'assurance maladie
3.2 Rue, n°, 3.3 Ville, 3.4 Code postal	Adresse de la caisse d'assurance maladie
3.5 Indicatif de pays	CH
3.6 Numéro d'identification de l'institution	Numéro de l'OFSP
3.7-3.9	Précisez si nécessaire
3.10 Date	Date de délivrance du certificat
3.11 Signature	Signature de l'assureur maladie

A – Applicable legislation (législation applicable en matière de sécurité sociale)

6.3.4 Attestation A1 (Certificat concernant la législation de sécurité sociale applicable au titulaire)



Objectif de l'A1

Une personne est toujours soumise à l'obligation d'assurance d'un seul Etat (cf. [subordination dans un Etat](#)). Si un travailleur salarié ou non salarié a un lien avec plus d'un pays de l'UE/AELE du fait de son activité lucrative, il a besoin d'un certificat indiquant la législation qui lui est applicable. L'A1 est délivré à ces fins. L'A1 est délivré par l'Etat dont la législation est en application et confirme que la législation de tout autre Etat n'est pas valable. Cela signifie que le travailleur salarié ou non salarié ne doit pas payer de cotisations de sécurité sociale dans ces autres pays.

Utilisation de l'A1

L'A1 comprend les cas suivants :

- **Détachés (salariés)**
Les personnes détachées par leur employeur dans un autre pays de l'UE/AELE pour y travailler temporairement pendant une période maximale de 24 mois.
- **Détachés (travailleurs indépendants)**
Les Travailleurs indépendants détachés dans un autre pays de l'UE/AELE pour y exercer temporairement une activité similaire pendant une période maximale de 24 mois.
- **Personnes qui exercent une activité salariée dans plusieurs Etats**
Les personnes qui exercent une activité salariée normalement simultanément ou alternativement dans plus d'un Etat de l'UE/AELE
- **Personnes qui exercent une activité non salariée dans plusieurs Etats**
Les personnes qui exercent généralement une activité indépendante simultanément ou alternativement dans plus d'un Etat de l'UE/AELE.

- **Activité salariée et non salariée dans différents Etats**
Les personnes qui exercent une activité salariée dans un Etat et une activité non salariée dans un autre Etat
- **Fonctionnaires**
Fonctionnaires qui exercent une activité salariée ou non salariée dans plusieurs Etat de l'UE/AELE
- **Accord particulier**
Deux ou plusieurs Etats membres de l'UE/AELE peuvent, à la demande de l'employeur ou de l'indépendant, déterminer des dérogations aux cas susmentionnés.

L'A1 n'est pas une attestation de droit et, par conséquent, aucune prestation n'est couverte par ce certificat. Pour prouver le droit aux prestations, l'intéressé doit fournir la preuve de ce droit (EHIC pour le séjour temporaire ou E 106/S1/S072 pour le transfert de résidence).

Qui délivre l'A1 ?

Dans le cas des travailleurs détachés, le A1 est généralement demandé par l'employeur à l'institution compétente. Les travailleurs indépendants ou les salariés de plusieurs pays demandent eux-mêmes l'attestation A1.

 S'il s'avère que la Suisse est responsable de l'application de la législation ou si la personne assurée a son domicile en Suisse, l'A1 est transféré par la caisse de compensation à laquelle l'employeur ou l'indépendant est affilié.

DA – Disease Accident (accidents du travail et maladies professionnelles)

6.3.5 Attestation DA1 (Droits aux prestations en nature au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles)



Objectif de la DA1

La DA1 s'adresse aux personnes assurées qui déménagent dans un autre Etat pour y vivre ou y séjourner. Le document doit être présenté à l'institution d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles de l'Etat de résidence ou de séjour pour avoir droit à l'entraide en matière de prestations.

Utilisation de la DA1

La DA1 n'est délivré que pour les accidents du travail et les maladies professionnelles survenus dans le passé et reconnus comme tels.

Quels sont les prestations couvertes par la DA1 ?

La DA1 donne le droit à un traitement médical et, le cas échéant, à d'autres prestations spéciales conformément à la réglementation applicable aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

Qui délivre la DA1 ?

La DA1 est délivré par l'assureur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles à laquelle la personne est assurée. La DA1 doit être demandé avant de partir ou de déménager dans l'autre Etat.

6.4 Formulaires E

Certains formulaires E ont été remplacés par des attestations (documents portables, par exemple E 112 par S2, E 106, E 109, E 120 et E 121 par S1).

Les formulaires E qui n'ont pas été remplacés par une attestation « S » conservent leur signification (par exemple E 104, E 108, E 125, etc.) et peuvent être utilisés jusqu'au début de l'échange électronique des données (EESSI). Les formulaires électroniques font donc partie intégrante de vos activités quotidiennes. Les formulaires les plus importants pour les assureurs maladie et leur utilisation sont énumérés ci-dessous.

E 001

Echange d'informations

Ce formulaire peut être utilisé à titre complémentaire pour d'autres formulaires ou pour échanger des informations, notamment pour demander ou communiquer des informations, pour demander un formulaire ou pour soumettre un rapport.

E 104

Attestations de totalisation des périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence

Ce formulaire résume les périodes d'assurance, d'emploi ou de résidence accomplies sur le territoire d'un Etat. Si un travailleur salarié occupe un emploi dans un pays et ne remplit pas les conditions pour avoir droit aux prestations de maladie, de maternité ou de décès dans ce pays, les périodes d'assurance accomplies dans d'autres pays sont prises en compte. L'assureur maladie suisse confirme les périodes d'assurance maladie lorsqu'une personne déménage à l'étranger ou en cas de fin d'assurance obligatoire.

E 106

Attestation du droit aux prestations en nature de maladie et de maternité pour les assurés résidant dans un Etat autre que l'Etat compétent

Les travailleurs salariés ou non salariés résidant dans un Etat autre que celui dans lequel ils sont assurés ont droit aux prestations d'entraide en matière de prestations en vertu de la législation en vigueur dans cet Etat. Il en va de même pour les membres de leur famille avec lesquels ils vivent, pour autant qu'ils n'exercent pas eux-mêmes d'activité lucrative. Le formulaire est également utilisé pour les membres de la famille des chômeurs s'ils ne vivent pas avec le chômeur.

Le formulaire est rempli par l'assureur maladie compétent et est présenté en deux exemplaires à l'institution de l'Etat de résidence. Ce dernier confirme l'inscription au double à l'assureur maladie compétent ou l'informe de la raison pour laquelle l'inscription n'a pas été effectuée. Lors de l'enregistrement, il confirme également quels sont les membres de la famille qui ont le droit aux prestations. Le deuxième exemplaire reste acquis à l'institution du lieu de résidence. L'assureur maladie suisse doit veiller à ce que les membres de la famille qui ne sont pas assurés auprès de lui figurent sur la confirmation d'inscription. Ceux-ci doivent être assurés immédiatement.

Remplacé par l'attestation S1.

[E 107](#)

Demande d'une attestation de droit aux prestations en nature

L'institution d'assurance maladie auprès de laquelle une demande de prestations de maladie ou de maternité a été introduite exige ce formulaire pour demander les documents nécessaires à la prestation du service. Il s'agit par exemple des formulaires E 106, E 109 ou EHIC.

[E 108](#)

Notification de suspension ou de suppression du droit aux prestations en nature en cas de maladie ou de maternité

Sur ce formulaire, l'institution compétente informe l'institution d'entraide que le droit aux prestations de maladie ou de maternité est suspendu ou cesse d'exister et que le certificat précédemment délivré n'est plus valable. Le formulaire E 108 peut également être délivré par l'institution chargée de l'assistance, par exemple à la fin du droit aux prestations en cas de décès.

[E 109](#)

Attestation pour l'inscription des membres de la famille du travailleur salarié ou non salarié et la tenue de registres

Ce formulaire est établi de telle sorte que les membres de la famille qui ne résident pas dans le même Etat que le(s) travailleur(s) puissent bénéficier, dans leur Etat de résidence, des prestations d'assurance maladie et maternité prévues par la législation de cet Etat au lieu de résidence pour le compte de la caisse de maladie compétente. Le travailleur en remet deux exemplaires aux membres de sa famille, qui les remettent immédiatement à l'institution compétente d'assurance maladie ou maternité de leur lieu de résidence, indiquée sur le formulaire sous « Notes ».

Remplacé par l'attestation S1.

[E 112](#)

Certificat d'autorisation pour les prestations d'assurance maladie et maternité

Ce sont des cas dits de consentement. Le formulaire E 112 est requis par les personnes assurées qui se rendent temporairement dans un autre pays pour y recevoir des soins. Elle est délivrée par l'institution compétente. Les prestations sont servies conformément à la législation de l'institution qui fournit l'assistance. Toutefois, la durée de la prestation est déterminée par la législation de l'Etat compétent.

Remplacé par l'attestation S2.

[E 115](#)

Demande de prestations en espèces pour incapacité de travail

Ce formulaire concerne les travailleurs et les chômeurs qui se trouvent sur le territoire d'un Etat autre que l'Etat compétent pendant leur incapacité de travail. Ce document est établi par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, qui le transmet à l'institution compétente.

[E 116](#)

Rapport médical en cas d'incapacité de travail pour maladie / maternité, accident du travail ou maladie professionnelle

Ce formulaire est un rapport médical simplifié. Il est rempli par le médecin-conseil de la même institution qui a délivré le formulaire E 115 et inséré dans une enveloppe scellée.



[E 117](#)

Octroi des prestations en espèces de maternité et d'invalidité

Sur ce formulaire, l'institution compétente informe l'institution du lieu de résidence ou de séjour qui a délivré le formulaire E 115 de sa décision d'accorder des prestations en espèces au demandeur. En cas de rejet de la demande, le formulaire E 118 doit être joint.

[E 118](#)

Notification de non-reconnaissance/résiliation de l'incapacité de travail

Si l'institution du lieu de séjour ou de résidence a rempli le document, une copie est adressée au travailleur et une autre à l'institution compétente. Si l'institution compétente était l'exposant, le deuxième exemplaire est transmis à l'institution du lieu de séjour ou de résidence. Sur le formulaire, vous trouverez les informations sur les voies de recours pour les Etats participants.

[E 120](#)

Certificat attestant le droit du demandeur de pension et des membres de sa famille aux prestations en nature

Les travailleurs salariés et non salariés dont la procédure de demande de pension est toujours en cours auprès de l'autorité compétente et dont le droit aux prestations a cessé d'exister en vertu de la législation de l'Etat compétent en raison de leur dernière activité lucrative doivent remplir ce formulaire. Cela permettra aux demandeurs de pension et aux membres de leur famille de recevoir des prestations de maladie et de maternité en nature dans leur Etat de résidence.

Remplacé par l'attestation S1.

[E 121](#)

Attestation d'inscription des titulaires de pension ou des membres de leur famille et tenue des registres

Les bénéficiaires d'une pension et les membres de leur famille résidant dans un Etat dont ils ne perçoivent pas de pension ont droit à une aide au titre de la législation en vigueur dans cet Etat. Cela s'applique également aux membres de leur famille avec lesquels ils vivent. Sur la base de la demande du titulaire de pension ou de rente, la caisse maladie compétente remplit la partie A (points 1, 2, 5, 6 et 7). La caisse d'assurance maladie envoie ensuite le formulaire à l'institution d'assurance pension, qui remplit la partie A (numéros 3 et 4). Le titulaire de pension ou de rente reçoit ensuite le formulaire en deux exemplaires à soumettre à l'institution du lieu de résidence. Ce dernier confirme l'inscription au double à l'assureur maladie compétent ou l'informe de la raison pour laquelle l'inscription n'a pas été effectuée. Le deuxième exemplaire reste acquis à l'institution du lieu de résidence. Les membres de la famille d'un titulaire de pension ou de rente qui n'exercent pas d'activité lucrative ont besoin de leur propre formulaire E 121, sur lequel ils sont énumérés au point 5.

Remplacé par l'attestation S1.

[E 123](#)

Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles

Ce formulaire est délivré par l'institution d'assurance accident compétente. Elle atteste que les personnes qui ont droit à des prestations en nature en cas d'accident ou de maladie professionnelle dans un pays autre que celui dans lequel elles sont assurées. L'agence de soutien en Suisse est la SUVA à Lucerne.

Remplacé par l'attestation DA3.



[E 125](#)

Relevé individuel des dépenses effectives

Ce formulaire est délivré par l'institution du lieu de séjour ou de résidence si le remboursement est fondé sur les frais réels (pour les prestations sur les formulaires E 106, E 112, E 120 et la carte européenne d'assurance maladie ou le certificat de remplacement).

[E 126](#)

Tarifification en vue du remboursement des prestations en nature

Ce formulaire est délivré par la caisse d'assurance maladie compétente et envoyé à l'institution d'assistance lorsqu'une personne assurée présente, à son retour, la facture des frais de traitement médical encourus lors d'un séjour temporaire dans un autre Etat. L'institution de l'Etat de séjour détermine le montant remboursable en vertu de la législation en vigueur dans cet Etat, en tenant compte de toute contribution financière. L'institution compétente rembourse ce montant à la personne assurée.

[E 127](#)

Relevé individuel des montants forfaitaires mensuels

Ce formulaire est délivré lorsque les dépenses effectuées par l'institution prêteuse sont remboursées sous la forme d'une somme forfaitaire. Il s'agit de services fournis sur la base des formulaires E 109 et E 121. Le formulaire est rempli par l'institution du lieu de résidence (en Suisse, la LAMal) et transmis à l'institution compétente par l'intermédiaire de l'organe de liaison de l'Etat compétent.



conseil pratique

Presque tous les formulaires contiennent des notes ou des remarques. Celles-ci sont situées soit à l'arrière, soit dans un système. Les numéros en exposant sur le formulaire renvoient aux références ou aux commentaires. Il est essentiel d'en tenir compte.

6.5 Documents électroniques structurés

Les documents électroniques structurés (DES) sont des documents destinés à être échangés électroniquement via le système EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information). Pour l'assurance maladie, il existe les SED de la série S (maladie). Comme nous l'avons déjà mentionné dans le chapitre [Généralités](#), un DES peut soit avoir la fonction d'un certificat de droit, comme c'est le cas, par exemple, pour les formulaires E 106, etc., soit être utile pour l'échange d'informations avec une autre institution. Vous connaissez peut-être le formulaire E 001, avec lequel les informations peuvent être échangées de manière simple.

Le tableau suivant a pour but de vous donner un aperçu des DES utilisées pour l'échange électronique de données. La plupart d'entre eux ne se prêtent pas à un traitement sur papier.



conseil pratique

Vous trouverez tous les DES actuels et bien plus d'informations sur tous les processus, y compris les sous-processus et les sous-processus, dans le **Sharepoint de l'Office fédéral des assurances sociales**. Pour cela, vous devez disposer d'un login, qui doit être à la disposition de la personne responsable de votre assureur maladie.



Non. désignation

- S001 Informations relatives au versement de prestations en espèces - Soins de longue durée
- S003 Droit aux prestations en nature - Soins de longue durée
- S005 Informations relatives à une modification du droit aux prestations en nature - Soins de longue durée
- S006 Demande d'informations sur la situation d'un demandeur - Ancien travailleur frontalier ou membre de la famille d'un ancien travailleur frontalier
- S007 Informations sur la situation d'un demandeur - Ancien travailleur frontalier ou membre de la famille d'un ancien travailleur frontalier
- S008 Attestation de droit aux prestations - Ancien travailleur frontalier ou membre de la famille d'un ancien travailleur frontalier
- S009 Demande d'attestation de droit aux prestations - Soins programmés en-dehors de l'Etat membre de résidence
- S010 Réponse à une demande d'attestation de droit aux prestations - Soins programmés en-dehors de l'Etat membre de résidence
- S011 Renseignements concernant la nécessité de soins urgents à caractère vital à prodiguer hors de l'Etat membre de résidence
- S012 Accusé de réception - Informations sur l'autorisation de soins urgents à caractère vital
- S014 Demande d'informations relatives à la disponibilité des soins dans l'Etat membre de séjour - Soins programmés
- S015 Informations relatives à la disponibilité des soins dans l'Etat membre de séjour - Soins programmés
- S016 Annulation d'une attestation de droit aux prestations par l'institution compétente
- S017 Réponse concernant l'annulation d'une attestation de droit aux prestations par l'institution compétente
- S018 Annulation d'une inscription
- S019 Réponse concernant l'annulation d'une inscription
- S026 Demande d'intérêts de retard - Intérêts
- S027 Accusé de réception d'une demande d'intérêts de retard - Intérêts

- S028 Note de crédit sur intérêts de retard - Intérêts
- S030 Contestation d'une demande d'intérêts de retard - Intérêts
- S031 Réponse concernant la contestation d'une demande d'intérêts de retard - Intérêts
- S032 Informations relatives au paiement - Intérêts
- S033 Contestation d'une note de crédit relative à des intérêts de retard - Intérêts
- S034 Réponse concernant la contestation d'une note de crédit relative à des intérêts de retard - Intérêts
- S035 Demande de prorogation d'une attestation de droit aux prestations - Soins programmés
- S037 Réponse à une demande de prorogation d'une attestation de droit aux prestations - Soins programmés
- S040 Demande d'informations relatives à des périodes - Type de risque assuré: maladie, maternité ou paternité
- S041 Réponse à une demande d'informations relatives à des périodes - Type de risque assuré: maladie, maternité ou paternité
- S044 Demande d'attestation de droit aux prestations - Séjour temporaire
- S045 Attestation de droit aux prestations - Séjour temporaire
- S046 Informations relatives à un éventuel versement de prestations en espèces
- S047 Informations relatives au versement de prestations en espèces pour incapacité de travail ou autres informations essentielles - Fournies par l'institution compétente
- S048 Informations relatives à la fin d'une incapacité de travail ou autres informations essentielles - Fournies par l'institution du lieu de résidence ou de séjour
- S053A Refus de la demande de remboursement d'une somme payée en trop
- S053C Contestation d'une demande de remboursement d'une somme payée en trop
- S053R Réponse à la contestation d'une demande de remboursement d'une somme payée en trop
- S054 Informations relatives au remboursement de sommes versées en trop
- S055 Demande de prestations en espèces
- S056 Notification de la demande de prestations en espèces - Soins de longue durée
- S057 Réponse à une notification de demande d'octroi de prestations en espèces - Soins de longue durée
- S067 Demande d'informations concernant les tarifs de remboursement - Séjour
- S068 Réponse concernant les tarifs de remboursement - Séjour
- S071 Demande d'attestation de droit aux prestations - Résidence
- S072 Attestation de droit aux prestations - Résidence
- S073 Informations relatives à une inscription - Résidence
- S077 Annulation d'une attestation de droit aux prestations - Ancien travailleur frontalier - Membre de la famille d'un ancien travailleur frontalier
- S130 Accusé de réception d'une attestation de droit aux prestations - Ancien travailleur frontalier
- S131 Confirmation de l'annulation d'une attestation de droit aux prestations - Ancien travailleur frontalier

Les SED suivants concernent l'échange de données dans le cadre de la comptabilité analytique en fonction des [coûts effectifs](#) ou des [forfaits mensuels](#) :

- S080 *Demande de remboursement*
- S081 *Accusé de réception d'une demande de remboursement*
- S082 *Contestation d'une créance individuelle*
- S083 *Notification d'acceptation de la contestation d'une créance particulière*
- S084 *Réponse concernant la contestation d'une créance individuelle*
- S085 *Note de crédit*
- S087 *Contestation d'une note de crédit*
- S088 *Réponse à la contestation d'une note de crédit*



- S089 *Informations concernant le versement d'acomptes*
- S090 *Réponse aux informations concernant le versement d'acomptes*
- S091 *Informations relatives au paiement d'une créance individuelle*
- S092 *Notification d'acceptation du paiement d'une créance particulière*
- S100 *Inventaire des mois concernant un remboursement sur la base de forfaits*
- S101 *Accusé de réception d'un inventaire des mois*
- S102 *Contestation de l'inventaire des mois concernant une personne*
- S103 *Notification d'acceptation d'une contestation portant sur l'inventaire des mois*
- S104 *Réponse concernant la contestation d'un inventaire des mois*
- S105 *Note de crédit relative à un inventaire des mois*
- S107 *Contestation d'une note de crédit relative à l'inventaire des mois établi pour une personne*
- S108 *Réponse concernant la contestation d'une note de crédit relative à un inventaire des mois*
- S110 *Demande de remboursement de forfaits*
- S111 *Accusé de réception d'une demande de remboursement de forfaits*
- S112 *Contestation d'une créance globale - Forfaits*
- S113 *Réponse concernant la contestation d'une créance globale - Montants fixes*
- S114 *Informations concernant le versement d'acomptes sur forfaits*
- S115 *Réponse aux informations concernant le versement d'acomptes sur forfaits*
- S116 *Informations relatives au paiement d'une créance individuelle - Forfaits*
- S117 *Notification d'acceptation du paiement d'une créance particulière - Forfaits*

7 Procédure de remboursement entre institutions

7.1 Procédure de remboursement - Informations générales

Les prestations en nature servies par l'institution d'entraide et facturées à l'institution compétente sont intégralement remboursées. Le remboursement peut être fondé soit sur les coûts effectifs, soit sur des montants forfaitaires (*art. 35 R 883/2004*). Les dépenses encourues par l'institution d'entraide pour servir la prestation dans l'Etat de résidence ou de séjour sont calculées soit sur la base des [coûts effectifs](#) (dépenses réelles) soit sur la base de [montants forfaitaires mensuels](#).

Les frais administratifs occasionnés par l'entraide en matière des prestations (par exemple les garanties de prise en charge adressés au fournisseur de prestations, le paiement des factures nationales, le traitement des demandes de remboursement etc.) sont à la charge de l'institution d'entraide du lieu de séjour ou résidence.

Par ailleurs, les règles de comptabilisation des coûts s'appliquent également aux prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles (*art. 41 R 883/2004*).

Le tableau suivant vous donne un bref aperçu des deux variantes de la procédure de remboursement.

Genre et montant	Coûts effectifs (dépenses réelles)	Montant forfaitaire multiplié par le nombre de mois
base légal	<i>art. 62 R 987/2009</i>	<i>art. 63 R° 987/2009</i> <i>Annexe 3 R 987/2009</i>
calcul du nombre	Cas d'entraide en prestations	Nombre de titulaires de pension et membres de famille resp. nombre de membres de famille
formulaire	E 125 / S080*	E 127 / S100*
périodicité facturation	En principe libre, mais souvent de façon semestriel ou trimestriel	annuelle
moment de facturation	Au plus tard dans les 12 mois après la fin du semestre civil au cours duquel les créances ont été inscrites dans les comptes de l'institution créditrice <i>Art. 67 al. 1 R 987/2009</i>	Dans les 12 mois suivant la publication au Journal officiel de l'Union européenne <i>Art. 67 al. 2 R 987/2009</i>

Catégories de personnes	<ul style="list-style-type: none"> • touristes • cas d'autorisation • travailleurs frontaliers • chômeurs • Titulaires de pension et membres de leur famille • membres de famille domiciliés dans un autre Etat de l'UE que la personne active 	<ul style="list-style-type: none"> • Titulaires de pension et membres de leur famille • Membres de la famille d'un travailleur salarié ou non salarié résidant dans un autre pays de l'UE
-------------------------	--	---

*Les deux formulaires de facture S080 et S100 font partie des business use cases EESSI. Ces processus n'ont pas encore été officiellement publiés, de sorte que les formulaires ne seront pas utilisés pour le moment.

Les remboursements sont toujours traités par l'intermédiaire des organismes de liaison, jamais directement entre les institutions (*art. 66 al. 2 R 987/2009*). Par conséquent, vous ne recevrez jamais de demande de remboursement de frais par le biais des formulaires E 125/E 127 directement d'une institution participante.

En tant qu'organe de liaison, l'Institution commune LAMal est exclusivement compétente pour le recouvrement des créances de frais en Suisse. Les paiements que vous effectuez pour régler les demandes de remboursement seront envoyés à l'institution d'assistance par l'intermédiaire du bureau de liaison à l'étranger.

La figure suivante donne un aperçu des acteurs impliqués dans la procédure de remboursement :

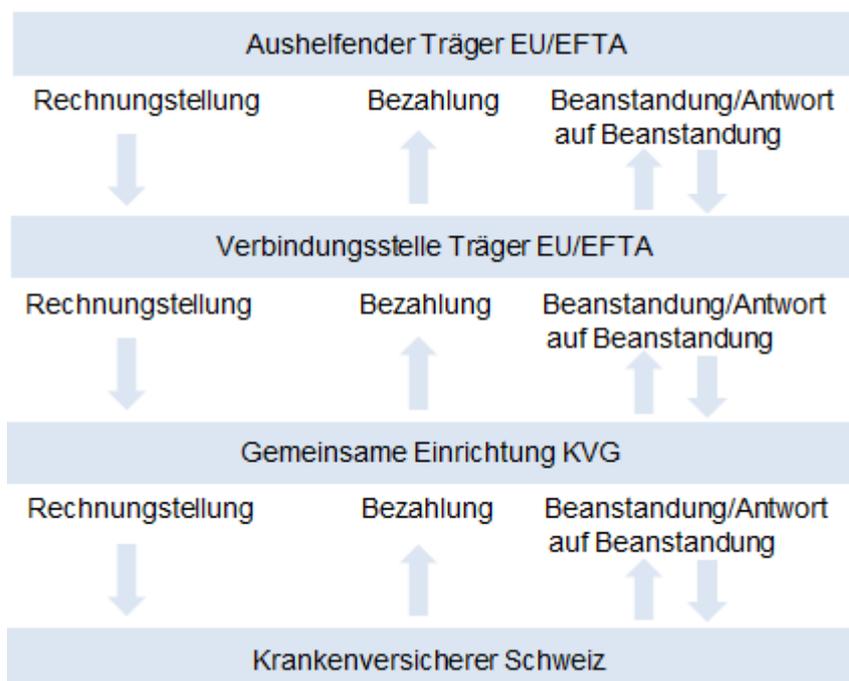


Figure 6 : Vue d'ensemble des joueurs dans la procédure de remboursement

Les remboursements entre les Etats concernés devraient être effectués le plus rapidement possible et dès que l'Etat concerné est en mesure de le faire (*art. 66 al. 1 R 987/2009*). Des intérêts moratoires peuvent être perçus pour les paiements non effectués dans les [délais prévus](#).

7.1.1 Conversion de devise

Le taux de change (vente) du premier jour du mois au cours duquel les déclarations de dépenses parviennent à l'Institution commune LAMal est déterminant pour la conversion en francs suisses des déclarations de dépenses en monnaie étrangère (*chiffres 8.1.1 et 8.1.2 de l'annexe au Règlement d'exécution de la coordination internationale dans l'assurance maladie*).

7.1.2 Extinction du droit

Le droit aux prestations de sécurité sociale en cours s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due. C'est ce que prévoit l'*art. 24 al. 1 LPGA*. Ceci ne s'applique toutefois que si le créancier et le débiteur ont leur siège en Suisse et ne s'applique pas à l'entraide en matière de prestations dans les Etats de l'UE/AELE.

7.2 Remboursement sur la base des coûts effectifs

L'institution compétente rembourse à l'institution d'entraide les coûts effectifs résultant de la comptabilité de l'institution d'entraide (*art. 62 al. 1 R 987/2009*). Cela signifie que l'institution chargée de l'entraide en matière de prestations ne peut répercuter que les frais qu'elle a effectivement encourus.

Mais comment les coûts réels sont-ils calculés ? Et qu'en est-il de la participation aux coûts ?

Presque tous les pays prévoient une participation de coûts de la part de l'assuré(e) (contribution, quote-part, etc.). Habituellement, la participation aux coûts est calculée et perçue sur place (p. ex. directement à la pharmacie, à la sortie de l'hôpital, en compensation du remboursement, etc.).

Les frais qui vous sont répercutés en tant qu'assureur compétent (frais réels ou coûts effectifs) correspondent au montant du traitement médical dans l'UE/AELE diminué de la participation aux coûts. L'exemple suivant en est une illustration :

Exemple

Une personne assurée a été hospitalisée à Marseille/France pour un traitement ambulatoire. Sur les 300 EUR que représente le coût du traitement médical, une franchise de 40% (120 EUR) lui sera facturée, qu'il paiera sur place. Le reste est pris en charge par la CPAM de Marseille dans le cadre de l'entraide en matière de prestations.

solution

Les coûts bruts du traitement étaient de 300 euros. Sur ce montant, 120 EUR sont à la charge de la personne assurée, de sorte que les dépenses effectives de l'institution qui fournit l'assistance s'élèvent à 180 EUR. Seul ce montant peut vous être transmis en tant qu'institution compétente.

Le risque de recouvrement de la participation aux coûts incombe au fournisseur de prestations ou à l'institution d'entraide UE/AELE.

Exemple

Une personne assurée très âgée vit en Allemagne et y est enregistrée dans le cadre de l'aide au titre des prestations. En février, il doit être admis en urgence en hospitalisation. Il meurt une semaine plus tard. Ils n'existent pas de membres de la famille. L'institution allemande d'entraide doit amortir un montant de 70 euros au titre du partage des coûts. Le traitement coûte 2'850 EUR brut.

solution

Le risque de non-paiement incombe à l'institution d'assistance allemande. Bien que la demande de partage des coûts soit irrécouvrable, il ne peut vous facturer que le montant net de 2.780 euros.

Attention

Si vous recevez une déclaration de frais E 125, vous ne pouvez en aucun cas imposer à la personne assurée la participation aux frais selon la LAMal.

Veillez noter que les demandes de remboursement de frais qui vous sont transmises dans le cadre de l'aide internationale en matière de prestations ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle de l'efficacité, de l'adéquation et de l'efficience économique du traitement (art. 32 LAMal).

7.2.1 Particularité : accidents

Vous recevez la facture de coûts même s'il s'agit d'un traitement par suite d'un accident non professionnel et la personne n'a pas souscrit d'assurance accident auprès de votre assureur parce qu'elle est assurée auprès d'un assureur accident (salariés soumis à l'assurance accident). Dans ces cas, vous pouvez demander un remboursement auprès de l'institution d'assurance accident. Dans le champ 5.2 de la facture de coûts E 125, vous pouvez voir s'il s'agit d'un accident non professionnel ou d'un accident du travail.

Les soins médicaux à l'étranger suite à un accident ne sont pas toujours terminés avant le retour en Suisse. Un traitement de suivi peut être nécessaire en Suisse. En cas de doute, il est conseillé de s'adresser directement à l'assuré ou à l'assureur accident afin de savoir si l'accident est le résultat d'un accident non professionnel à l'étranger. En vertu de l'*art. 53 al. 1 OLAA*, la personne assurée est tenue de déclarer immédiatement les accidents à l'employeur ou à l'assureur accident. Ceci s'applique également en cas d'accident à l'étranger.

Exemple

Une personne est assurée contre les accidents par son employeur. Elle fait de la randonnée à Malte. Suite à un manque d'attention, elle tombe et doit être soignée à l'hôpital de Valetta. Les frais sont pris en charge par l'intermédiaire de la CEAM dans le cadre de l'aide sociale, puisque, selon la législation maltaise, l'accident de loisirs est pris en charge par l'assurance maladie. Vous recevez la comptabilité analytique E 125 avec une référence à l'accident non professionnel.

solution

La déclaration de dépenses E 125 doit d'abord être payée. Vous réclamez ensuite le remboursement des frais à l'institution d'assurance accident. Interrogez la personne assurée à ce sujet, par exemple sous la forme d'un questionnaire. Si vous recevez un traitement de suivi en Suisse, vérifiez s'il s'agit d'un accident survenu à l'étranger.

7.3 Remboursement selon les forfaits mensuels

Les Etats dans lesquels le remboursement sur la base des coûts effectifs n'est pas approprié en raison de leur structure juridique et administrative règlent les prestations en nature de l'entraide en matière de prestations pour les titulaires de pension et les membres de leur famille ainsi que pour les membres de la famille d'un travailleur salarié vivant dans un autre Etat sous forme d'une somme forfaitaire, dont le montant est déterminé pour chaque année civile (*art. 63 R 883/2004*). Ces Etats sont énumérés à l'annexe 3 du règlement d'application. Ils le sont :

- Royaume-Uni
- ~~Finlande~~ (jusqu'au 31 décembre 2017, *règlement (UE) n° 2017/492*)
- Irlande
- ~~Italie~~ (jusqu'au 31 décembre 2014, *règlement (UE) n° 1224/2012*)
- ~~Malte~~ (jusqu'au 31 décembre 2014, *règlement (UE) n° 1224/2012*)
- Norvège
- ~~Pays-Bas~~ (jusqu'au 31 décembre 2017, *règlement (UE) n° 2017/492*)
- Portugal
- Espagne
- Suède
- Chypre (depuis le 1er janvier 2015, *règlement (UE) n° 1224/2012*)

L'exception des Pays-Bas, il s'agit de pays disposant d'un service de santé publique pour lesquels il n'est pas possible de calculer avec précision les coûts réels ou qui impliquent des dépenses disproportionnées.

Le montant forfaitaire doit être aussi proche que possible des dépenses réelles encourues.

La base de calcul du montant forfaitaire mensuel est le coût annuel moyen par personne du groupe d'âge correspondant dans le pays de résidence. Elles sont déterminées en divisant les dépenses annuelles consacrées à l'ensemble des prestations en nature servies par toutes les institutions de l'Etat concerné aux personnes du même groupe d'âge y résidant par le nombre moyen de personnes concernées. Les coûts moyens annuels sont toujours calculés par année civile.

Quels sont les coûts totaux auxquels vous devez vous attendre ou avec quels coûts devez-vous compter ?

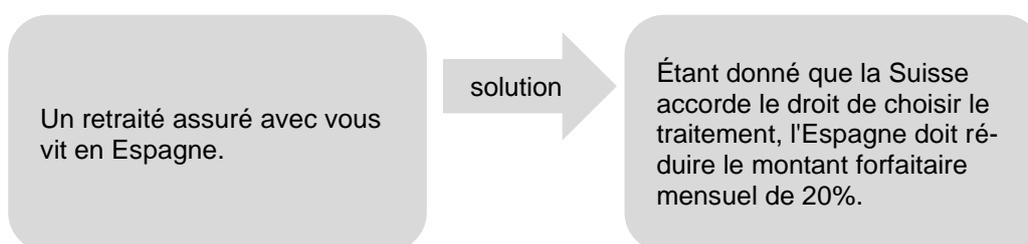
En résumé, en tant qu'institution responsable, vous supportez les coûts suivants :

- Montant forfaitaire mensuel dans le pays de résidence, indépendamment de l'utilisation des prestations
(*Règlement par l'institution de l'Etat de résidence*).
- Traitement médical lors d'un séjour en Suisse en raison du droit de choisir son traitement
(*Règlements directs avec vous*).
- Coûts effectifs du traitement médical lors d'un séjour dans un autre pays de l'UE/AELE
(*Règlement par l'institution de l'Etat de séjour via la CEAM*).
- Traitement médical dans un pays tiers en dehors de l'UE/AELE selon l'*art. 36 al. 4 OAMal*.

7.3.1 Réduction du forfait mensuel

Le forfait mensuel sera réduit de 20%. Toutefois, si l'Etat compétent ne figure pas à l'*annexe IV du R 883/2004*, la réduction pour les titulaires de pension et les membres de leur famille est de 15 % (*art. 64 al. 3 R 987/2009*). Cela signifie que les Etats qui accordent le droit de choisir un traitement (*inscription à l'annexe IV R 883/2004*) se verront appliquer un taux forfaitaire mensuel inférieur, car ils devront tenir compte de coûts plus élevés dans leur propre Etat en raison de l'octroi du [droit d'option en matière de traitement](#). En revanche, la charge est allégée dans l'Etat de résidence où la personne assurée exerce son droit de choisir un traitement.

Exemple



Comme la Suisse accorde le droit de choisir un traitement, celui-ci est inscrit à l'*annexe IV du R 883/2004*. Cela signifie que les forfaits mensuels facturés par les autres Etats sont toujours réduits de 20%. Veuillez noter qu'il n'est pas de votre responsabilité de vérifier si l'Etat de facturation a effectivement réduit le montant forfaitaire mensuel. L'Institution commune LAMal le fait pour vous en vérifiant les montants à la réception de la facture.

7.3.2 Procédure de remboursement des montants forfaitaires mensuels

Contrairement à la facturation en fonction des [coûts effectifs](#), la facturation en fonction des forfaits mensuels s'effectue en deux étapes jusqu'à ce que le montant de créance réel soit connu.

Dans un **premier temps**, seul le nombre de mois est annoncé (liste des mois). Le nombre de mois correspond à la somme des mois civils d'une année civile (du 1er janvier au 31 décembre 20XX) au cours de laquelle les personnes assurées concernées ont été enregistrées en fonction de leur lieu de résidence dans l'Etat concerné (*art. 64 al. 4 deuxième alinéa R 987/2009*). Pour calculer le nombre de mois, le mois civil au cours duquel l'enregistrement **commence** est toujours entièrement crédité. Le mois civil au cours duquel l'enregistrement prend **fin** n'est calculé que si la créance prend fin le dernier jour de ce mois. Si le droit commence et se termine au cours du même mois, il est considéré comme un mois complet.

Dans un **deuxième temps**, la créance est quantifiée (quantification). Une fois que le montant forfaitaire a été publié au Journal officiel des Communautés européennes et est donc juridiquement valable, il est multiplié par le nombre de mois annoncé. Le montant réel de la demande est connu par la présente.

7.4 Contestation d'une facture de coûts

Les coûts du traitement médical dans le cadre de l'entraide réciproque en matière de prestations est à la charge de l'institution de l'Etat de séjour ou de résidence qui fournit l'assistance, aux frais de l'assureur maladie compétent. L'institution chargée de l'assistance ne peut prendre en charge les frais que s'ils sont conformes au droit à la coordination, c'est-à-dire s'il existe une preuve valable du droit, si la prestation est demandée en vertu de la législation de l'Etat de séjour ou de résidence et si les conditions énoncées au *art. 17 et suivants R 883/2004* sont remplies.

L'assureur maladie compétent doit, en principe, accepter toute demande de remboursement par l'Etat de séjour ou de résidence.

Ce n'est que s'il existe des doutes justifiés quant à l'exactitude de la déclaration de dépenses ou si l'une des raisons suivantes existe que la déclaration de dépenses peut faire l'objet d'une contestation :

- Nous n'avons pas délivré d'attestation de droit
- L'information au sujet de l'attestation de droit est incomplète ou non plausible
- L'inscription dans l'entraide en matière de prestations n'a été jamais confirmée
- Les renseignements permettant d'identifier la personne assurée sont incomplets ou la personne assurée est introuvable.
- La période pendant laquelle les prestations en nature sont octroyées n'est pas couverte par la période de droit.
- Comptabilisation des coûts selon les forfaits mensuels et ne pas sur la base des coûts effectifs
- Pour la même période, plus d'un traitement du même type a été facturé.
- La personne assurée a droit aux prestations dans le pays de résidence à partir du... (*date*)
- Les coûts ont été calculés sur la base de la carte européenne d'assurance maladie, même si la personne s'est rendue dans l'autre Etat pour y recevoir un traitement

La déclaration de dépenses doit être renvoyée à l'organe commun LAMal en indiquant au moins l'un des points énumérés ci-dessus. Ce dernier transmet la demande de remboursement au bureau de liaison à l'étranger avec la demande de vérification.

Exemple

Vous recevrez une demande de remboursement des frais de traitement stationnaire d'un montant de 3'500 EUR pour la période du 10 au 20 mars. En même temps, vous recevrez une demande d'indemnisation pour la même personne assurée pour la période du 15 au 18 mars, également pour un traitement hospitalier d'un montant de 1'900 EUR.

solution

Deux types d'activités identiques ont été imputés pour la même période. Afin de vérifier s'il y a effectivement double demande, vous demandez à l'Institution commune LAMal de faire vérifier les faits par l'institution exécutante. Retournez la demande de remboursement des coûts avec la justification appropriée.

Les réclamations concernant la comptabilité analytique ne libèrent pas automatiquement l'assureur maladie de l'obligation de paiement. Tant que la demande est soumise à la procédure de réclamation, elle reste en suspens dans les comptes jusqu'à ce qu'elle soit annulée par l'institution d'assistance ou réglée par l'assureur maladie.

7.4.1 Indication de la part de la personne assurée

Une comptabilisation incorrecte des coûts par l'institution d'entraide peut avoir différentes causes, par exemple :

- Erreur dans la transmission des données du fournisseur de prestations à l'institution d'entraide
- Erreur dans l'acquisition par l'institution d'entraide
- Erreur dans la facturation ultérieure par l'institution d'entraide par l'intermédiaire de l'organe de liaison
- Usage abusif de l'attestation de droit (p. ex. CEAM)
- La personne assurée ne se souvient plus
- etc.

Lorsque vous, en tant qu'institution compétente, réglez la demande de remboursement des frais, l'assuré reçoit normalement un relevé des prestations, qui indique les dates du traitement. Si la personne assurée vous contacte pour vous informer que le traitement n'a pas eu lieu dans l'UE/AELE et que votre règlement est incorrect, vous devez lui demander une déclaration écrite et la transmettre à l'Institution commune LAMal. L'Institution commune LAMal fera vérifier les faits par l'organe de liaison à l'étranger dans le cadre de la procédure de contestation et vous informera du résultat.

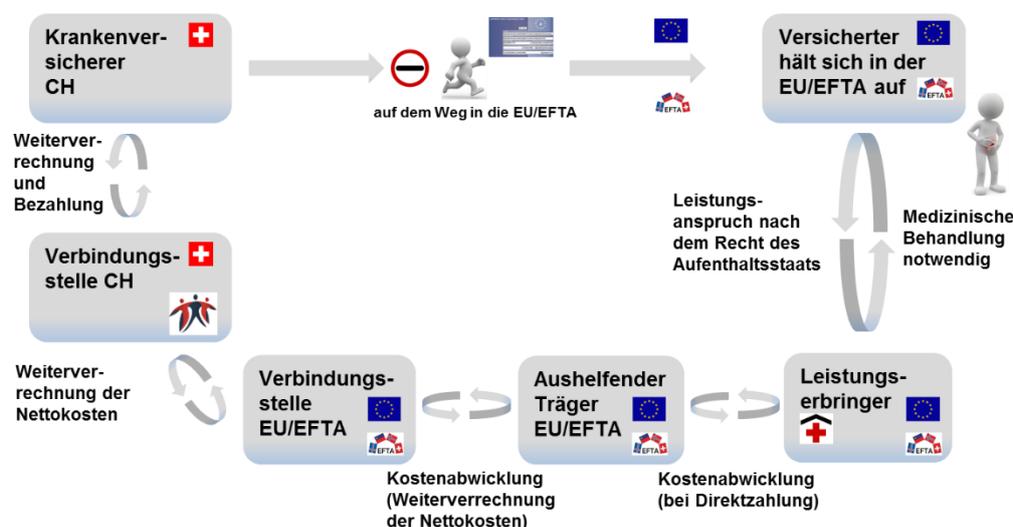
7.4.2 Utilisation de la CEAM après la fin de la période d'assurance

Si, pendant la durée de validité de l'attestation de droit utilisé, l'institution qui a servi l'assistance a pris en charge les coûts des prestations en nature, l'institution compétente qui a délivré l'attestation de droit ne peut refuser le remboursement. Cela ressort clairement de la *partie A, article 2 chiffre 2 de la décision S9 de la commission administrative*, qui dispose que « une créance ne saurait être rejetée au motif que l'assuré n'est plus couvert par l'institution ayant délivré la CEAM ou le document attestant ses droits, pourvu que les prestations aient été servies au bénéficiaire au cours de la période de validité du document utilisé. »

8 Divers

8.1 Aperçu du processus de l'entraide en matière de prestations

Le tableau suivant vous donne un aperçu du processus d'entraide en matière de prestations lorsqu'une personne a besoin d'un traitement médical pendant un séjour temporaire **dans l'UE/AELE**.



Description de la procédure

Une personne assurée en vertu de la LAMal se rend dans un pays de l'UE/AELE pour un séjour temporaire, par exemple pour des vacances. Elle est en possession de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM). Pendant son séjour dans l'UE/AELE, la personne tombe malade et se fait soigner par un fournisseur de prestations conventionné. Il s'y identifie avec sa CEAM en cours de validité, le cas échéant en joignant une carte d'identité. Le fournisseur de prestations traite la personne assurée selon la LAMal comme s'il était un assuré de l'Etat de séjour. La personne assurée bénéficie d'une [protection tarifaire](#). Elle termine le traitement médical, paie sa participation aux coûts sur place si nécessaire et retourne en Suisse. Dans le cas d'un paiement direct, le fournisseur de prestations règle les frais par l'intermédiaire de l'institution d'entraide UE/AELE. Elle récupère les coûts réellement encourus (coûts nets, c'est-à-dire les coûts de traitement moins la participation aux coûts). L'institution d'entraide transmet la facture de coûts à l'organe de liaison UE/AELE. L'organe de liaison établit une facture collective et la transmet à l'Institution commune LAMal pour le remboursement des frais exposés dans l'Etat de séjour. L'Institution commune LAMal transmet la facture de coûts à l'assureur maladie de la personne concernée et lui demande de payer les frais.

La même procédure s'applique aux personnes qui résident dans l'UE/AELE et qui sont assurées selon la LAMal.

Dans certains pays, des [montants forfaitaires mensuels sont](#) facturés aux retraités et aux membres de la famille au lieu des coûts réels. La différence réside dans le fait que l'assureur ne reçoit pas de facture pour les traitements individuels, mais que les frais sont réclamés sous la forme d'une somme forfaitaire sur une période définie.

8.2 Utilisation ultérieure de la CEAM (abus)

Le droit européen de coordination offre aux assurés un grand nombre de droits et libertés. Là où il y a de la liberté, il y a malheureusement assez de place pour les abus. Les abus sont souvent inévitables et sont même acceptés pour accroître l'efficacité et le pragmatisme.

Ce chapitre vous donne quelques conseils pour éviter les abus.

Dans le chapitre sur les [travailleurs saisonniers et personnes en procédure d'annonce](#), il est expliqué que les personnes qui ne résident que temporairement en Suisse sont également soumises à l'assurance obligatoire en Suisse. Néanmoins, selon l'*art. 1 LCA*, ces personnes ont en principe droit à la délivrance d'une carte d'assurance suisse. La carte d'assurance contient la CEAM au verso. Il existe désormais un risque que la CEAM continue à être utilisée dans le pays d'origine après le départ de Suisse. Cela peut notamment se produire si la nouvelle institution compétente ne correspond pas à l'institution "assistante".



Conseil pratique pour éviter les cas :

Raccourcir la validité de la carte d'assurance si vous savez que la personne concernée ne séjourne en Suisse que pour une courte période.



Conseil pratique pour le traitement des dossiers :

Si vous recevez une facture pour un traitement médical et que vous êtes sûr que vous devez être assuré dans votre pays de résidence, vous devrez fournir une preuve d'assurance. Rejeter la comptabilité analytique en présentant la preuve d'assurance. Même si la comptabilité analytique est basée sur une carte européenne d'assurance maladie dont la validité n'a pas encore expiré, l'obligation de remboursement par l'assureur maladie ne s'applique pas sans restriction (voir [7.4 Contestation d'une facture de coûts](#)).

8.3 Adresse inconnue ou ne plus actuelle

Si la personne a déménagé son domicile dans un pays de l'UE/AELE et ne vous en a pas informé à temps, il peut y avoir des interruptions dans la correspondance. Il est possible que les lettres ne puissent pas être livrées en premier lieu. Il n'existe pas d'institution centrale européenne par l'intermédiaire de laquelle l'adresse actuelle d'une personne assurée peut être interrogée. Cependant, il y a plusieurs façons de trouver la nouvelle adresse :

- Dans le cas des travailleurs frontaliers, il est conseillé de prendre contact avec l'employeur, s'il est connu.
- Pour les titulaires de pension, des renseignements peuvent être demandés à la caisse de compensation en Suisse.



- En général, l'assistance administrative au sens de l'*art. 76 R 883/2004 en liaison avec l'art. 20 R 987/209*, une demande peut être adressée à l'institution d'entraide de l'Etat de résidence. Cette possibilité existe aussi, soit dit en passant, si la personne n'y est pas inscrite dans le cadre de l'aide sociale.
- Demande adressée au bureau d'enregistrement des résidents de la dernière municipalité compétente, sous réserve des lignes directrices en matière de protection des données en vigueur dans cet Etat.

9 Glossaire

AELE

AELE signifie Association européenne de libre-échange. L'organisation a été fondée en 1960 par le Danemark, la Norvège, l'Autriche, le Portugal, la Suède, la Suisse et le Royaume-Uni dans le but de promouvoir le libre-échange entre ses Etats membres. La Finlande, l'Islande et le Liechtenstein ont suivi plus tard. Après la création de la CEE, l'AELE ne comprend plus aujourd'hui que l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse.

Autorité compétente

Il s'agit d'un organisme ou d'une institution gouvernementale chargé de traiter d'une question particulière. Dans la plupart des cas, il s'agit de ministères ou d'administrations fédérales. En Suisse, par exemple, l'Office fédéral des assurances sociales est une autorité compétente.

"Bruxelles a décidé..."

Il s'agit des institutions européennes basées à Bruxelles. La législation de l'UE est proposée par la Commission européenne (Assurance maladie : Commission administrative). Le Conseil de l'UE (Conseil des ministres) et le Parlement européen décident de l'adoption de la législation. La législation n'est pas automatiquement contraignante pour la Suisse. Dans la plupart des cas, l'accord sur la libre circulation des personnes doit être adapté. C'est la raison pour laquelle les dispositions légales de l'UE s'appliquent toujours à la Suisse avec un certain retard.

Conseil de l'UE

Le Conseil de l'UE (Conseil de l'UE ou Conseil des ministres) est l'organe décisionnel suprême de l'UE. La présidence du Conseil est exercée par chaque Etat membre à tour de rôle pendant six mois.

Devise

Outre la zone **euro** (zone euro), les monnaies suivantes existent dans les Etats membres de l'UE/AELE :

Bulgarie : Lew (BGN), Danemark : couronne (DKK), Royaume-Uni : livre sterling (GBP), Islande : couronne (ISK), Liechtenstein : franc suisse (CHF), Lituanie : Litas (LTL), Norvège : Krone (NOK), Pologne : Zloty (PLN), Roumanie : Leu (RON), Suède : Krone (SEK), République tchèque : Krone (CZK), Hongrie : Forint (HUF).

EEE

L'EEE est l'abréviation de l'Espace économique européen. Il s'agit de l'UE et des Etats de l'AELE, à l'exception de la Suisse. L'accord EEE prévoit que l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège peuvent bénéficier des avantages du marché intérieur de l'UE, mais sans les pleins privilèges et responsabilités d'un Etat membre.

EESSI

Échange électronique d'informations sur la sécurité sociale (échange électronique de données)

Espace Schengen

L'accord signé en 1985 à Schengen, au Luxembourg, prévoyait la suppression de tous les contrôles des personnes aux frontières intérieures. Cela a créé un espace sans frontières, ce qu'on appelle l'espace Schengen.

Les Etats Schengen ont introduit une politique commune en matière de visas et sont convenus de mettre en œuvre des contrôles efficaces à leurs frontières extérieures (Schengen) (par exemple, pour maintenir l'ordre public ou la sécurité nationale pendant un certain temps). Aujourd'hui, l'espace Schengen comprend tous les Etats membres de l'UE ainsi que l'Islande, la Norvège et la Suisse.

Etat compétent

Etat responsable de la législation applicable en matière de sécurité sociale.

Institution compétente

L'institution auprès de laquelle l'intéressé est assuré et qui, en fin de compte, prend en charge les coûts des prestations perçues dans l'Etat de résidence ou de séjour.

Institution d'entraide

Une institution qui, en vertu du droit à la coordination, est tenue de prendre en charge, à titre temporaire, le coût des prestations en nature pour l'[institution compétente](#) (assureur maladie), y compris : l'institution de l'Etat de séjour ou l'institution de l'Etat de résidence.

Langues officielles

Il y a 24 langues officielles dans l'UE : allemand, anglais, bulgare, croate, danois, espagnol, estonien, finnois, français, grec, hongrois, irlandais, italien, letton, lituanien, maltais, néerlandais, polonais, portugais, roumain, slovaque, slovène, suédois et tchèque. La législation communautaire est publiée dans toutes les langues officielles. Toute personne assurée et toute institution peut utiliser ces langues dans sa correspondance avec les autres institutions de l'UE.

Organe de liaison

Les traités internationaux de sécurité sociale désignent un organisme de liaison pour chaque Etat et chaque branche de la sécurité sociale. Dans le domaine de l'assurance maladie, les organismes de liaison ont pour mission d'aider les compagnies d'assurance maladie, les prestataires de services, les assurés et autres organismes à mettre en œuvre les accords internationaux.

Ressortissants d'un Etat non membres de l'UE/AELE

Un ressortissant d'un pays non membre de l'UE/AELE est un ressortissant d'un Etat qui n'est pas inclus dans le champ d'application territorial du droit de coordination, c'est-à-dire qui n'est ni membre de l'UE ni membre de l'AELE.

TFUE

Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne. Le TFUE régit le fonctionnement de l'Union et définit les domaines, la délimitation et les modalités d'exercice de ses compétences. Le TFUE et le traité sur l'Union européenne sont les traités sur lesquels l'UE est fondée.

Zone euro

La zone euro (zone euro) se compose des Etats membres de l'UE qui ont adopté l'euro (EUR) comme monnaie. Aujourd'hui, ce sont l'Autriche, la Belgique, Chypre, l'Estonie, la Finlande, la France, l'Allemagne, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, Malte, les Pays-Bas, le Portugal, la Slovaquie, la Slovénie, l'Espagne et les Pays-Bas.



10 Mentions légales



Éditeur

Institution commune LAMal
Coordination internationale et droit
Industriestrasse 78
4600 Olten
www.kvg.org

Rédacteur

Daniel Lorenz

Avec le soutien juridique de

Gilles Marti

Votre personne de contact

Daniel Lorenz
@ : daniel.lorenz@kvg.org
☎ : 032 625 30 46

Merci d'avoir vérifié le contenu :
Susanne Jeker Siggemann (OFSP).

11 Renseignement, clause de non-responsabilité et reproduction

Ce guide a été rédigé au meilleur de nos connaissances et de nos croyances. L'objectif est de vous fournir des informations détaillées, actualisées et pratiques afin de vous permettre d'évaluer plus facilement les faits relatifs à l'UE/AELE et de garantir le bon déroulement des affaires. Des mises à jour seront faites et annoncées à des intervalles réguliers, qui ne sont pas strictement spécifiés. Il n'est pas exclu que des changements se soient produits depuis la publication ou que des erreurs se soient glissées. Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous informer de toute erreur dans les plus brefs délais.

Nous n'assumons aucune responsabilité pour les informations contenues dans ce guide. Aucune revendication juridique ne peut être tirée de ces informations. C'est la base légale qui est déterminant.

Ce guide est un ouvrage de référence pour la pratique quotidienne de l'assurance obligatoire des soins. Le contenu peut être reproduit à des fins de formation. Les informations ne peuvent être transmises à des tiers qu'avec l'accord préalable de l'éditeur.



Daniel Lorenz

12 Annexes

12.1 Annexe 1 : Répertoire des institutions

Les institutions de sécurité sociale (assureurs compétents, organismes de liaison, autorités, etc.) au sein de l'UE/AELE peuvent être consultées dans le répertoire public des institutions européennes de sécurité sociale. Le répertoire contient les institutions nationales publiques et privées dans les secteurs de la maladie, des pensions, du chômage, des allocations familiales, etc.

Si, par exemple, vous souhaitez afficher une **liste** des institutions dans un certain Etat, choisissez la recherche par compétence (**Recherche sur la base de critères prédéfinis**) et définissez tous les critères de recherche pertinents.

Si vous souhaitez uniquement vous renseigner sur des **institutions individuelles**, telles que l'adresse d'une institution d'entraide, sélectionnez la **recherche en texte libre** et entrez le nom ou le numéro d'identification de l'institution.

Vous pouvez accéder à l'annuaire qui s'appelle « Interface d'accès du public » via le lien Internet suivant :

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?ca-tld=1028&langId=fr>



Choisissez l'Etat dans lequel vous souhaitez trouver une institution de coordination en matière de sécurité sociale.

Pour obtenir un résultat précis, affinez la recherche autant que possible. **Exemple :**

The screenshot shows the search interface with the following filters:

- Pays: France
- Cherchez le langage officiel: Français
- Texte libre: (empty)
- Critères prédéfinis:
 - Catégorie de prestations sociales: Maladie
 - Nature des prestations: Prestations en matière
 - Délivrance de CEAM? : Oui
 - Document portable: - None -

 The results table below shows the following data:

Nom de l'établissement	Nom français	Sign.	N° officiel	Afficher
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADE DE L'AIN	HEALTH INSURANCE AGENCY OF AIN	CPAM AIN	010100000	Afficher
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADE DE L'AINSE	HEALTH INSURANCE AGENCY OF AINSE	CPAM AINSE	010210000	Afficher
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADE DE L'ALLIER	HEALTH INSURANCE AGENCY OF ALLIER	CPAM MOULINS	010310000	Afficher
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADE DES ALPES DE HAUTE PROVENCE	HEALTH INSURANCE AGENCY OF ALPES DE HAUTE PROVENCE	CPAM Digne	010410000	Afficher
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADE DES ALPES MARITIMES	HEALTH INSURANCE AGENCY OF ALPES MARITIMES	CPAM NICE	010510000	Afficher
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADE DE L'ARDECHE	HEALTH INSURANCE AGENCY OF ARDECHE	CPAM ARDECHE	010720000	Afficher
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADE DES ARDENNES	HEALTH INSURANCE AGENCY OF ARDENNES	CPAM ARDENNES	010810000	Afficher
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADE DE L'ARDEGE	HEALTH INSURANCE AGENCY OF ARDEGE	CPAM FOIX	010910000	Afficher
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADE DE L'AUBE	HEALTH INSURANCE AGENCY OF AUBE	CPAM TROYES	011010000	Afficher

Vous pouvez **exporter** le résultat pour une utilisation ultérieure (xls, csv, pdf).

Choisissez **Recherche de texte libre** -> **texte libre** si vous recherchez une seule institution. Faites attention à l'orthographe correcte. **Exemple** :

Pays: France Choisir la langue officielle: français
 Statut: Acif Exporter Effacer les filtres

Texte libre

Texte libre:

Nomsigle de l'institution:

Critères prédéfinis

Nom de l'institution	Nom français	Signe	ID officiel	
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU GARD	HEALTH INSURANCE AGENCY OF GARD	CPAM NIMES	013010000	Afficher
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE HAUTE GARONNE	HEALTH INSURANCE AGENCY OF HAUTE GARONNE	CPAM TOULOUSE	013110000	Afficher
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU GERS	HEALTH INSURANCE AGENCY OF GERS	CPAM AUCH	013210000	Afficher
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA GIRONDE	HEALTH INSURANCE AGENCY OF GIRONDE	CPAM GIRONDE	013310000	Afficher
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE L'HERAULT	HEALTH INSURANCE AGENCY OF HERAULT	CPAM HERAULT	013420000	Afficher
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE D'ILLE ET VILAINE	HEALTH INSURANCE AGENCY OF ILLE-ET-VILAINE	CPAM RENNES	013510000	Afficher

Comme cela dépend de la manière dont les données du support sont stockées dans le répertoire, vous pouvez commencer plusieurs tentatives avec différentes épreuves d'écriture. **Exemple** :

Pays: France Choisir la langue officielle: français
 Statut: Acif Exporter Effacer les filtres

Texte libre

Texte libre:

Nomsigle de l'institution:

Critères prédéfinis

Nom de l'institution	Nom français	Signe	ID officiel	
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE PARIS	HEALTH INSURANCE AGENCY OF PARIS	CPAM PARIS	017510000	Afficher

Page Items 10

Les données en détail, **exemple** :

France
Choisir la langue officielle: français Historique Exporter

Informations principales

Nom de l'institution: CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE PARIS

Signe: CPAM PARIS

Nom complet (anglais): HEALTH INSURANCE AGENCY OF PARIS

ID officiel: 017510000

Délivrance de CEAM?

Statut: Acif

Période de validité: 01/01/1970 → indéterminée

Coordonnées

URL: <https://www.ameli.fr/>

Adresses de courrier électronique: europa751.cpam.paris@assurance-maladie.fr

Numéros de télécopieur:

Numéros de téléphone: [00 33 811 70 36 45](tel:0033811703645)

Adresse postale

Adresse (1)

Rue: 21 RUE GEORGES AURIC

Ville: PARIS CEDEX 19

Code postal: 75948

Accès au public?



conseil pratique

D'ailleurs, basé sur cette fonction vous pouvez non seulement trouver les institutions compétentes, mais également les institutions de l'Etat de séjour ou de résidence.

12.2 Annexe 2 : Autorités cantonales compétentes pour les demandes d'exemption de l'assurance maladie obligatoire

	Adresse	E-Mail	Internet
AG	Institution commune LAMal, Industriestrasse 78, 4600 Olten	ag@kvg.org	www.kvg.org
AI	Gesundheitsamt des Kantons AI, Hoferbad 2, 9050 Appenzell	info@gsd.ai.ch	www.ai.ch
AR	Institution commune LAMal, Industriestrasse 78, 4600 Olten	ar@kvg.org	www.kvg.org
BE	Amt für Sozialversicherungen, Forelstrasse 1, 3072 Ostermundigen	asv.vp@be.ch	www.be.ch/pvo
BL	Institution commune LAMal, Industriestrasse 78, 4600 Olten	bl@kvg.org	www.kvg.org
BS	Institution commune LAMal, Industriestrasse 78, 4600 Olten	bs@kvg.org	www.kvg.org
FR	Commune du lieu de domicile; Frontaliers: Commune de séjour ou de travail		
GE	Service de l'assurance-maladie, Route de Frontenex 62, 1207 Genève	sam@etat.ge.ch	www.ge.ch
GL	Institution commune LAMal, Industriestrasse 78, 4600 Olten	gl@kvg.org	www.kvg.org
GR	Commune du lieu de domicile; Frontaliers: Commune de séjour ou de travail		
JU	Caisse de compensation du Canton du Jura, Rue Bel-Air 3, Case postale 368, 2350 Saignelégier	mail@ccju.ch	www.caisseavsjura.ch
LU	Ausgleichskasse Luzern, Würzenbachstrasse 8, Postfach, 6000 Luzern 15	www.ahvluzern.ch	
NE	Office cantonal de l'assurance Maladie, Espace de l'Europe 2, Case postale 716, 2002 Neuchâtel	Office.AssuranceMaladie@ne.ch	www.ne.ch
NW	Ausgleichskasse Nidwalden, Stansstaderstrasse 88, 6371 Stans	info@aknw.ch	www.aknw.ch
OW	Gesundheitsamt, St. Antonistrasse 4, Postfach 1243, 6061 Sarnen	gesundheitsamt@ow.ch	www.ow.ch
SG	Commune du lieu de domicile; Frontaliers: Commune de séjour ou de travail		
SH	Sozialversicherungsamt Schaffhausen, Oberstadt 9, 8200 Schaffhausen	auskunft@svash.ch	www.svash.ch
SO	Institution commune LAMal, Industriestrasse 78, 4600 Olten	so@kvg.org	www.kvg.org
SZ	Ausgleichskasse Schwyz, Abteilung Leistungen (KVG) Postfach 53, 6431 Schwyz	info@aksz.ch	www.aksz.ch
TG	Commune du lieu de domicile; Frontaliers: Commune de séjour ou de travail		
	Gesundheitsamt des Kantons Thurgau, Promenadenstrasse 16, 8510 Frauenfeld	kvg.ga@tg.ch	www.gesundheit.tg.ch



TI	Ufficio dei contributi Settore obbligo assicurativo, Via Ghiringhelli 15a, 6501 Bellinzona	obbligo@ias.ti.ch	www4.ti.ch
UR	Institution commune LAMal, Industriestrasse 78, 4600 Olten	ur@kvg.org	www.kvg.org
VD	Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM), Ch. de Mornex 40, 1014 Lausanne	n'existe plus	www.vd.ch/ovam
VS	Commune du lieu de domicile; Frontaliers: Commune de séjour ou de travail		
ZG	Commune du lieu de domicile; Frontaliers: Commune de séjour ou de travail Ville de Zoug, Steinhausen, Risch Rotkreuz: Institution commune LAMal, Industriestrasse 78, 4600 Olten	zg.zug@kvg.org	www.kvg.org
ZH	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Versicherungsobligatorium, Stampfenbachstrasse 30, 8090 Zürich	kvg@gd.zh.ch	www.gd.zh.ch

12.3 Annexe 3 : Aperçu des permis de séjour

(Source : www.bfm.admin.ch)

Livret L UE/AELE (autorisation de courte durée)

L'autorisation de séjour de courte durée UE/AELE est délivrée principalement aux salariés titulaires d'un certificat de travail en cours d'année (contrat de travail entre trois mois et un an) et aux demandeurs d'emploi (pour des séjours supérieurs à trois mois). La durée du permis dépend de la durée du contrat de travail. Il existe un droit à la mobilité géographique et professionnelle. Sur preuve d'une nouvelle relation de travail, le permis de séjour de courte durée est prolongé ou renouvelé. Les titulaires d'un titre de séjour de courte durée ont également droit au regroupement familial (voir ci-dessus). Pour les étudiants, le permis est délivré pour un an et est prolongé d'un an jusqu'à la fin des études.

Livret B UE/AELE (autorisation de séjour)

Cette autorisation est valable pour une durée de cinq ans et peut être renouvelée. Elle est principalement délivrée aux salariés titulaires d'un certificat de travail (contrat de travail) pour une durée de plus d'un an ou pour une durée indéterminée. Les personnes qui souhaitent exercer une activité indépendante ont droit à un permis de séjour UE/AELE de cinq ans si elles peuvent prouver qu'elles exercent effectivement une activité indépendante. Les personnes qui n'exercent pas d'activité lucrative bénéficient également de l'autorisation UE/AELE B, pour autant qu'elles disposent de ressources financières suffisantes et d'une assurance maladie et accident couvrant tous les risques.

Livret C UE/AELE (autorisation d'établissement)

Cette autorisation n'est pas couverte par l'accord ; elle continuera à être accordée sur la base d'accords transactionnels ou de considérations de réciprocité. Il est d'une durée illimitée et ne fait l'objet d'aucune condition et va au-delà du permis de séjour UE/AELE. Les ressortissants de l'UE-15/AELE reçoivent généralement une autorisation d'établissement après un séjour de cinq ans en Suisse.

Livret Ci UE/AELE (permis de séjour avec activité lucrative)

Le titre de séjour avec activité lucrative est destiné aux membres de la famille des fonctionnaires des organisations intergouvernementales et aux membres des représentations étrangères. Il s'agit des conjoints et des enfants jusqu'à l'âge de 25 ans. La validité est limitée à la durée de la fonction du propriétaire principal.

Livret G UE/AELE (autorisation frontalier)

Il s'agit d'un certificat spécial délivré aux travailleurs frontaliers salariés et indépendants. Les conditions sont un lieu de travail en Suisse, un lieu de résidence dans l'UE/AELE et un retour hebdomadaire au lieu de résidence à l'étranger. Il n'y a plus de restriction aux zones frontalières. La durée de validité de cette autorisation pour le travailleur frontalier salarié est égale à la durée du contrat de travail si elle est supérieure à trois mois mais inférieure à un an. Si le contrat de travail est conclu pour une durée supérieure à un an ou pour une durée indéterminée, l'autorisation est valable pour une durée de cinq ans. La résidence d'un frontalier indépendant est par ailleurs régie de la même manière que celle d'un travailleur indépendant résidant en Suisse.

12.4 Annexe 4 : Demande d'exemption de s'assurer pour les titulaires de pension

Institution commune LAMal
Industriestrasse 78
4600 Olten
Suisse

Demande d'exemption de l'obligation de s'assurer pour les soins en Suisse en qualité de rentier/rentière suisse domicilié(e) en Allemagne, Finlande (uniquement les membres de famille), France, Italie, Autriche, Portugal ou Espagne (convenio especial)

Nom : Prénom :

Date de naissance : No AVS :

Retraite de la Suisse: AVS AI AA AM LPP à partir du/depuis.....

Retraite de l'UE/AELE: Non Oui Pays: à partir du/depuis.....

Activité lucrative: Non Oui Pays: à partir du/depuis.....

Adresse au sein de l'Etat de l'UE/AELE

Rue/No :

Code postale : Lieu:.....

Pays: Nationalité:

E-mail: Tél.:

Domicilié(e) au sein de l'Etat de l'UE/AELE depuis :

Dernière adresse en Suisse :

Dernier assureur-maladie en Suisse :

Je fais usage de mon droit d'option et je m'affilie à l'assurance-maladie au sein de mon Etat de résidence resp. je continue d'y rester assuré(e). Par conséquent, je demande à être exempté(e) de l'obligation d'être assuré(e) pour les soins en Suisse.

Je joins à la présente :

- confirmation d'admission de la part de l'assurance-maladie au sein de l'Etat de résidence ou confirmation d'admission pour l'affiliation ultérieure
- déclaration de changement de domicile de la commune de résidence en Suisse
- décision(s) de rente
- formulaire „Choix du système d'assurance-maladie applicable“ (obligatoire uniquement pour les personnes domiciliées en France)

.....
Lieu, date

.....
Signature

Le formulaire se trouve sur notre site internet à l'adresse www.kvg.org -> Particuliers -> Obligation de s'assurer -> Rentiers



4. Membres de la famille (conjoint / enfants) n'exerçant pas d'activité lucrative					
Nom(s)	Prénom(s)	Date de naissance	N° AVS / NIR	Nationalité	Pays de résidence

5. Choix du système d'assurance-maladie (cocher la case)

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

Je choisis de m'assurer dans le système d'assurance-maladie suisse. Je joins au présent document l'attestation (LAMal) de mon assureur suisse, ou une copie du formulaire S1 émis par l'assureur suisse, ainsi que celles des membres de ma famille non-actifs obligatoirement assurés auprès du même assureur que moi.

OU

Affiliation au régime français de l'assurance maladie

Je choisis de m'assurer au régime français de l'assurance maladie et demande à être exempté/e de l'obligation de m'assurer en Suisse (exercice du droit d'option) et je joins les documents nécessaires selon ma situation (voir en page 4).

Mon espace personnel sur ameli.fr n'est pas encore ouvert et j'en demande l'ouverture

L'exercice du droit d'option est un acte volontaire, il est irrévocable sous réserve de la survenance d'un nouveau fait générateur de son exercice (voir en page 4).

Par ma signature, j'atteste sur l'honneur que toutes les informations portées sur ce formulaire sont exactes et je donne mon accord à la communication de l'exemption à l'Institution commune LAMal, qui transmettra cette information aux services français compétents.

La loi française rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313-13, 313-3, 433-19, 441-5 et 441-7 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale. La loi 78-17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Lieu, date : Signature :

6. Cette partie doit OBLIGATOIREMENT ET DANS TOUS LES CAS être complétée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de votre lieu de résidence avant d'être retournée à l'autorité compétente suisse

Adresse de la CPAM :

.....

Date de réception de la demande du choix de l'assuré/e : (JJ/MM/AAAA) __ / __ / ____

Cachet et signature de la CPAM :

7. Exemption de l'obligation d'assurance en Suisse

À remplir, le cas échéant, par l'autorité compétente suisse pour l'exemption de l'obligation de s'assurer dans l'assurance-maladie obligatoire.

La/les personnes/s mentionnée/s ci-dessus sont exempté/e/s de l'obligation de s'assurer en Suisse pour les soins en cas de maladie :

Lieu, date :

Cachet et signature de l'autorité compétente suisse :

A votre demande, l'autorité compétente suisse peut vous fournir une attestation de l'exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse. Les personnes dont la demande d'exemption n'est pas acceptée sont contactées par l'autorité compétente suisse, qui procédera à une affiliation d'office auprès d'un assureur-maladie suisse.