

Assurance-maladie (AM)

Assurance-maladie

■ Bases légales

- Constitution fédérale, articles 117 et 118
- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1996
- Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1996
- Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS)

■ But (art. 1 LAMal)

L'assurance-maladie selon la LAMal vise à couvrir les frais supplémentaires financiers à la suite des événements suivants:

- maladie
- accident (en l'absence d'assurance-accidents) ou
- maternité

Selon le principe d'égalité de traitement, elle met des prestations à la disposition de tous les assurés. Outre une assurance-maladie obligatoire, elle englobe une assurance d'indemnités journalières facultative.

■ Structure de l'assurance-maladie

Dans l'assurance-maladie, on distingue:

- **l'assurance obligatoire** selon la LAMal,
- les **assurances complémentaires facultatives** selon la LCA.

Les assurances complémentaires sont facultatives. Elles apportent aux assurés un confort supplémentaire ou couvrent d'autres prestations comme:

- la division semi-privée ou privée à l'hôpital,
- les traitements ambulatoires étendus,
- la prise en charge des médicaments relevant de la LAMal, etc.
- les soins dentaires,
- l'assurance vacances,
- l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident.

■ Évaluation des risques

Contrairement aux assurances régies par la LAMal, en vertu desquelles les assureurs maladie sont tenus d'admettre toutes les personnes, les prestataires d'assurance LCA bénéficient d'une liberté contractuelle. En d'autres termes, l'assureur détermine avec qui il conclut un contrat d'assurance. Il calcule en principe les primes selon le principe de causalité.

Assurance-maladie : personne assurée

■ L'assurance-maladie en Suisse

L'assurance obligatoire des soins selon la LAMal est obligatoire pour toutes les personnes domiciliées en Suisse. Les salariés soumis à l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA peuvent exclure la couverture des accidents s'ils travaillent plus de huit heures par semaine dans l'entreprise et sont également assurés contre les accidents non professionnels (ANP).

La LAMal dispose que les assureurs doivent admettre tous les personnes soumises à l'assurance dans leur domaine d'activité.

■ Entraide provisoire en matière de prestations

Une personne séjournant provisoirement à l'étranger (vacances, voyage d'affaires, etc.) continue à bénéficier de la couverture d'assurance selon la LAMal. On distingue ici

- l'entraide internationale entre la Suisse et les États de l'UE/AELE
- un cas de sinistre hors d'Europe

■ Cas de sinistre hors d'Europe

En dehors de l'Europe, les traitements nécessaires sont pris en charge, au maximum jusqu'au double du montant équivalent en Suisse. L'assurance-maladie selon la LAMal prend en charge au maximum CHF 1000 pour les transports d'urgence et au maximum CHF 10 000 au titre des frais de sauvetage.

■ Domicile en Suisse et travail dans un État de l'UE/AELE

- Le travailleur est assujéti à l'assurance-maladie en Suisse.
- Les membres de la famille n'exerçant pas d'activité lucrative doivent être assurés en Suisse avec le travailleur.

■ Début et fin de l'assurance

Si l'assurance a été conclue pendant le délai légal de trois mois, la couverture d'assurance s'applique avec effet rétroactif à la date de la prise de résidence en Suisse ou de la naissance. En cas d'adhésion tardive (après plus de trois mois), l'assurance débute à la date de l'adhésion. Si l'adhésion est retardée pour « motifs inexcusables », un supplément de prime doit être payé.

Prestations selon la LAMal

Prestations en nature Art. 25 - 31 LAMal

- Traitement médical
- Prestations de maternité
- Moyens auxiliaires
- Frais de voyage, de transport et de sauvetage

Prévention médicale Art. 26 LAMal

- Vaccinations préventives
- Prévention des maladies
- Check-up santé
- Dépistage pour les groupes à risque

Prestations en espèces Art. 67-77 LAMal

- Assurance d'indemnités journalières facultative pour les entreprises et les particuliers

■ Prestations de l'assurance obligatoire des soins

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) régleme le domaine de prestations de l'assurance obligatoire des soins (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins). Tous les assureurs disposent donc d'une gamme de prestations uniforme dans le cadre de l'assurance obligatoire. En principe, l'assurance obligatoire des soins couvre les frais des prestations permettant **de diagnostiquer et traiter les maladies et accidents** (dans la mesure où ils ne sont pas assurés selon la LAA).

Cette couverture générale des prestations comprend :

- les examens, traitements et mesures de soins
 - qui doivent être exécutées en ambulatoire, lors de visites à domicile (Spitex), en résidentiel ou semi-résidentiel (hôpital, clinique de jour ou établissement médico-social)
 - les moyens et appareils utilisés pour les examens ou les traitements
 - le séjour dans la division commune d'un hôpital du canton de domicile ou d'un hôpital répertorié
 - les participations aux coûts des cures thermales prescrites par un médecin
 - les participations aux frais de sauvetage et de transport nécessaires d'un point de vue médical (jusqu'à un montant maximum).

Choix du prestataire et prise en charge des coûts

■ Choix de l'assureur

Les assurés peuvent choisir librement le prestataire parmi ceux agréés (médecins, hôpitaux) et proposant des services adaptés pour le traitement de leur maladie. Tout comme il est possible de choisir le prestataire, les assurés peuvent aussi changer de caisse.

■ Prise en charge des coûts

La prise en charge des coûts est soumise aux restrictions suivantes.

- En cas de traitement ambulatoire, l'assureur prend les coûts en charge, à concurrence du tarif applicable sur le lieu de domicile ou de travail de la personne assurée ou dans les environs.
- En cas de traitement résidentiel ou semi-résidentiel, les assureurs et le canton de domicile prennent également en charge les coûts proportionnels des hôpitaux hors canton.

■ Tarifs et prix

Les tarifs et prix sont définis dans une convention tarifaire conclue entre l'assureur et le prestataire. Un modèle uniforme de tarifs médicaux (Tarmed) a été mis en place le 1er janvier 2004. Tarmed permet de comparer les coûts dans toute la Suisse.

■ Participation aux coûts

Les assurés doivent participer aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Cette participation se compose

- d'une franchise, sous la forme d'un montant annuel fixe, et
- d'une quote-part en pourcentage.

La franchise ordinaire est de CHF 300.- par année civile. Aucune franchise n'est perçue pour les enfants. La quote-part atteint 10 % des coûts dépassant la franchise, jusqu'à un montant maximal annuel de CHF 700.- pour les adultes.

Concernant les préparations originales pour lesquelles un générique est disponible, la quote-part est en principe de 20 %. La quote-part des préparations originales n'atteint néanmoins que 10 %.

Franchise à option

CHF 500.-
 CHF 1'000.-
 CHF 1'500.-
 CHF 2'000.-
 CHF 2'500.-

Rabais max. sur prime

CHF 140.-
 CHF 490.-
 CHF 840.-
 CHF 1'190.-
 CHF 1'540.-