

L'assurance-maladie obligatoire en bref

Vos questions, nos réponses



**Office fédéral
de la santé publique**



Table des matières

Couverture d'assurance : Est-ce que je dois m'assurer?	5
Prestations : Que me rembourse-t-on?	7
Primes / Participation aux coûts	12
Comment économiser?	13
Que faire en cas de désaccord?	16
Adresses	17
Modèles de lettres	22
Documentation	24
Mots clé/index	25

Impressum:

Editeur: Office fédéral de la santé publique

Distribution: OFCL, Vente des publications fédérales, CH-3003 Berne, **No d'art.** 316.950 f

Internet: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00300/index.html?lang=fr>,
www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

BAG-Publikationsnummer:

BAG KUV 10.06 2'500 d 1'200 f 250 i 200 e 60EXT06002, BAG KUV 10.05 5'000 d 2'000 f 500 i 60EXT05006,

BAG KUV 6.05 3'000 d 1'500 f 0 i 60EXT05003, BAG KUV 1.05 1'500 d 500 f 250 i 60EXT05002,

BAG KUV 8.04 600 d 200 f 100 i 60EXT04004

Chères lectrices, chers lecteurs

Ce guide répond aux questions les plus fréquentes. Il offre une vue d'ensemble sur les dispositions légales en vigueur au 1^{er} janvier 2007. En cas de litige, seule la législation en vigueur est déterminante. Pour les cas particuliers, renseignez-vous auprès de votre assureur.

Définitions

Caisses-maladie ou assureurs-maladie: organisations qui pratiquent l'assurance-maladie obligatoire. Elles ne réalisent pas de profit et doivent être reconnues par le Département fédéral de l'intérieur (DFI). Elles peuvent aussi offrir des assurances complémentaires.

Assurance-maladie obligatoire (LAMal): cette assurance dite assurance-maladie des soins ou assurance de base garantit l'accès à des soins de qualité et à un large éventail de prestations qui est le même pour tous les assurés. Cette brochure lui est consacrée.

Assurance complémentaire: facultatives, les assurances complémentaires couvrent des besoins particuliers (division demi-privée ou privée à l'hôpital) ou des prestations supplémentaires (soins donnés par les naturopathes, ostéopathes, traitements dentaires ordinaires etc.). Le montant de la prime correspond en principe au risque que représente l'assuré/e pour l'assureur. Celui-ci peut refuser d'assurer une personne ou lui imposer des réserves selon son état de santé. ■

Est-ce que je dois m'assurer ?

Oui, en Suisse, l'assurance-maladie est obligatoire

Vous devez donc prendre une assurance:

- Si vous êtes domicilié(e) en Suisse (quelle que soit votre nationalité). La couverture d'assurance est individuelle pour les adultes comme pour les enfants (pas d'assurance familiale).
- Si vous avez un permis de séjour valable de 3 mois ou plus.
- Si vous travaillez en Suisse pour une courte durée (moins de trois mois) et si votre couverture d'assurance n'est pas équivalente à celle de l'assurance-maladie suisse.
- Si vous venez d'arriver en Suisse pour vous y établir.
- Si vous êtes Suisse ou ressortissant d'un Etat membre de la CE ou de l'AELE, que vous travaillez en Suisse et êtes domicilié dans un pays de la CE, en Islande ou en Norvège. Cela vaut aussi pour les membres de votre famille sans activité lucrative.
- Si, en votre qualité de citoyen suisse ou de ressortissant d'un pays de la CE ou de l'AELE, vous bénéficiez exclusivement d'une rente suisse et êtes domicilié dans un pays de la CE, en Islande ou en Norvège. Cela vaut aussi pour les membres de votre famille sans activité lucrative.

Assurez-vous à temps! La loi stipule que votre assureur vous remboursera les frais éventuels que vous auriez eus dès votre arrivée en Suisse ou dès la naissance d'un enfant si vous respectez le délai de 3 mois pour vous assurer. Si vous négligez ce délai, vous risquez de payer une surprime et vos frais antérieurs éventuels ne seront pas remboursés. ■

Non, si ces exceptions s'appliquent à votre situation

- Vous êtes assuré dans un Etat de la CE, en Islande ou en Norvège (voir brochure « La sécurité sociale en Suisse - Informations destinées aux ressortissants suisses et aux résidents de la CE en Suisse » .
à l'adresse :
www.soziale-sicherheit-ch-eu.ch/index , rubrique « Service »)
- Vous êtes fonctionnaire international ou membre d'une mission diplomatique ou consulaire, à moins que vous et votre famille ne soyez assurés de votre propre initiative.

Dans quels cas l'assurance est-elle aussi valable à l'étranger ?

- En cas d'urgence si vous êtes de passage à l'étranger.
- Si vous êtes assuré en Suisse et domicilié dans un Etat de la CE/AELE (voir brochure « La sécurité sociale en Suisse - Informations destinées aux ressortissants de la Suisse ou d'un Etat membre de la CE, dans la CE » à l'adresse :
www.soziale-sicherheit-ch-eu.ch/index , rubrique « Service »).
- Si vous êtes «détaché(e)» à l'étranger par votre employeur pour une durée limitée, vous restez assuré(e) en Suisse ainsi que votre famille (voir page 10).
- Si vous résidez à l'étranger pour des études ou pour un séjour de longue durée, renseignez-vous auprès de votre canton de domicile (voir adresses page 19).

Où s'assurer ?

Il suffit de s'adresser à l'un des environ 90 assureurs-maladie. Si vous résidez dans un Etat de la CE, en Islande ou en Norvège, votre choix sera réduit à quelques-uns d'entre eux. Les services cantonaux compétents donnent des renseignements complémentaires sur l'obligation de s'assurer et les possibilités d'exemption (voir adresses p.19).

Que me rembourse-t-on ?

... le médecin

En principe, la caisse-maladie rembourse tous les traitements effectués par un médecin. Mais avant tout examen ou traitement, le médecin traitant devrait dire au patient si la prestation en question est remboursée ou non par l'assurance-maladie obligatoire.

Les soins donnés par d'autres professionnels de la santé sur ordonnance médicale (physiothérapie, soins (organisation SPITEX de soins à domicile) ou dans un établissement médico-social EMS, consultation diététique ou pour diabétiques, logopédie, ergothérapie) sont aussi remboursés, ainsi que les mesures ordonnées par votre médecin (par exemple analyses, examens radiologiques). Les conditions de remboursement des honoraires pour les psychothérapies effectuées par des psychothérapeutes sont plus strictes : renseignez-vous auprès de votre médecin ou de votre assureur. En cas de doute quant au remboursement d'un traitement par l'assurance-maladie, informez-vous auprès de votre médecin ou de votre assureur. Un traitement dont l'efficacité, l'adéquation ou le rapport coût-utilité est contesté n'est pas pris en charge par l'assurance obligatoire ou ne l'est qu'à certaines conditions.

... l'hôpital

Les frais de traitement et de séjour en **division commune** dans un établissement figurant sur la liste hospitalière établie par votre canton de domicile sont remboursés. Les frais supplémentaires causés par une hospitalisation en division demi-privée ou privée sont à votre charge, sauf si vous avez conclu une assurance complémentaire (droit privé) pour cette prestation.

Choix de l'hôpital: La **liste des hôpitaux** peut être obtenue auprès de votre assureur ou de votre canton de résidence (département de la santé). Si une hospitalisation dans un autre canton est **nécessaire** pour une raison médicale (par ex. urgence ou traitement spécial), les frais d'hospitalisation seront pris en charge si l'établissement figure soit sur la liste hospitalière de votre canton de résidence soit sur celle du canton où se situe l'hôpital. Si vous **souhaitez** être hospitalisé(e) dans un autre canton de votre plein gré, renseignez-vous d'abord auprès de votre assureur. ■

... les médicaments

Les médicaments qui sont prescrits par votre médecin et qui figurent sur la «**liste des spécialités**» sont remboursés (voir page 24). Cette liste contient environ 2500 préparations originales et génériques, elle est constamment adaptée aux progrès de la médecine. Le pharmacien peut remplacer les préparations originales par des génériques, plus avantageux, à moins que le médecin ne prescrive explicitement une préparation originale. Les génériques sont des médicaments dont la composition et le dosage correspondent à la préparation originale et qui sont incontestablement moins chers, car ils ne prennent pas en compte les dépenses que le fabricant engage dans la recherche (voir page 24).

... la prévention

Les mesures préventives suivantes sont remboursées:

- **Vaccinations** selon le plan de vaccinations suisse établi par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole, oreillons et rubéole etc.) pour les enfants et les adolescents jusqu'à 16 ans.

La vaccination contre la grippe (annuelle) si vous avez plus de 65 ans ou si vous souffrez d'une maladie chronique pour laquelle une grippe entraînerait des complications importantes.

Par contre, les vaccins et mesures prophylactiques recommandés pour les voyages à l'étranger (par ex. traitement préventif contre la malaria et vaccin contre la fièvre jaune) ne sont pas pris en charge.

- **Examens de l'état de santé** et du développement des enfants d'âge préscolaire (8 examens).
- **Examen gynécologique:** 1 examen annuel est pris en charge, puis un examen tous les trois ans si les résultats des deux premiers examens annuels étaient normaux (y compris le prélèvement permettant de dépister le cancer du col de l'utérus). Sinon, prise en charge si les médicaments sont médicalement nécessaires.
- **Mammographie** de dépistage du cancer du sein:
1 examen préventif par année en cas de cancer du sein dans votre proche parenté (mère, fille ou sœur). Une mammographie tous les deux ans si vous avez plus de 50 ans et que l'examen est effectué dans le cadre d'une campagne cantonale ou régionale de dépistage du cancer du sein qui remplit les conditions de qualité figurant dans la loi. Actuellement seuls les cantons de Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud en organisent (pour de plus amples informations veuillez vous adresser à votre médecin traitant).

Important: Il s'agit là de mesures servant à la prévention et remboursées par l'assurance de base à ce titre. Si le médecin soupçonne une maladie, il peut dispenser les soins correspondants sans être tenu aux limitations et conditions mentionnées ci-dessus pour la prévention; ces prestations seront prises en charge par l'assurance-maladie de base. ■

... en cas de maternité

- Pendant la **grossesse:** 7 examens de routine et 2 échographies (une entre la 10^e et la 12^e semaine, l'autre entre la 20^e et la 23^e semaine) par un médecin ou une sage-femme. En cas de grossesse à risque, autant d'examens (échographies incluses) que nécessaire.
- **Préparation à l'accouchement:** 100 francs si vous suivez un cours collectif donné par une sage-femme.
- **Accouchement:** Votre accouchement est pris en charge qu'il soit assisté par un médecin ou une sage-femme, à l'hôpital (accouchement + séjour) à domicile ou en ambulatoire.
- **Après l'accouchement :** 1 examen de contrôle entre la 6^e et la 10^e semaine et 3 séances de conseils en allaitement donnés par une sage-femme ou une infirmière au bénéfice d'une formation spécifique.

... les frais d'hospitalisation pour le nouveau-né

Les frais d'hospitalisation et de soins courants donnés au nouveau-né lors de son séjour à l'hôpital avec sa mère sont des prestations de maternité, donc à la charge de l'assureur de la mère (sans participation aux coûts). Mais si le nouveau-né est malade, les frais sont remboursés par l'assureur de l'enfant.

... la physiothérapie

Les séances de physiothérapie sont prises en charge si elles ont été prescrites par le médecin et prodiguées par un/e physiothérapeute admis/e. Le médecin peut prescrire au maximum 9 séances pour une période de trois mois. Il peut toutefois prescrire une prolongation du traitement lorsque cela s'avère nécessaire.

Contrairement à la physiothérapie, les traitements effectués par **un/e chiropraticien/ne** ne nécessitent pas d'ordonnance médicale.

... les lunettes et les lentilles de contact

L'assurance obligatoire contribue aux frais d'achat de verres de lunettes et de lentilles de contact à raison de 180 francs par an pour les enfants et les jeunes jusqu'à 18 ans révolu - sur ordonnance médicale. Dès la 19^e année une contribution de 180 francs est allouée tous les cinq ans et une ordonnance médicale est exigée uniquement pour la première prescription. Les adaptations ultérieures peuvent être effectuées par un opticien.

Age	Prestations	Conditions
Jusqu' à 18 ans révolu	180.- par année	Ordonnance médicale
Dès la 19e année	180.- tous les 5 ans	Première prescription avec ordonnance médicale

Une contribution plus élevée est allouée dans des cas particuliers: difficultés visuelles graves ou lors de certaines maladies, ceci indépendamment de l'âge de l'assuré(e). Renseignez-vous auprès de l'ophtalmologue ou auprès de votre assureur.

Le remboursement de verres de lunettes et de lentilles de contact est soumis à la participation aux coûts, comme toute autre prestation (voir page 12).

... les moyens et appareils

Les moyens et appareils tels que bandages, appareils d'inhalation, prothèses, etc. qui figurent sur la liste des moyens et appareils («LIMA», voir page 24) sont pris en charge par l'assurance-maladie à certaines conditions.

... les soins dentaires

Les soins dentaires généraux, tels que plombages en cas de carie, parodontite ou corrections de la position des dents (par exemple appareils orthodontiques) ne sont pas pris en charge. L'assurance obligatoire ne couvre les frais de soins dentaires que s'ils ont été occasionnés par une maladie grave du système de mastication ou qu'ils sont liés à une affection générale (leucémie, remplacement des valves cardiaques, etc.) et sont nécessaires au traitement ou qu'ils sont dus à des lésions du système de mastication causées par un accident non pris en charge par une autre assurance.

... en cas d'accident

- Si vous travaillez plus de 8 heures par semaine, vous êtes assuré(e) par votre employeur contre les accidents professionnels et non professionnels selon la loi sur l'assurance-accidents LAA. En cas d'accident vous bénéficierez de prestations accidents de cette assurance.
- Si vous n'avez pas d'assurance accidents obligatoire (selon la LAA), vous devez vous assurer contre les accidents auprès de votre assureur-maladie; votre prime sera, de ce fait, un peu plus élevée. En cas d'accident, l'assurance-maladie vous allouera les mêmes prestations qu'en cas de maladie.

... les cures balnéaires

Une contribution de 10 francs par jour pendant 21 jours par an, si la cure a été prescrite par votre médecin et qu'elle se déroule dans un établissement thermal admis (renseignez-vous auprès de votre assureur). Les éventuels frais de médecin, de physiothérapie ou de médicaments sont remboursés séparément.

... les soins à domicile ou dans un établissement médico-social

Si, du fait d'une opération ou d'une maladie, vous avez besoin d'être soigné à domicile ou dans un établissement médico-social EMS, l'assurance obligatoire prend en charge les soins fournis ou prescrits par votre médecin (piqûres, pansements, etc.). Cependant, l'assurance obligatoire ne couvre pas l'aide ménagère (préparer les repas, faire le ménage et les courses), ni le logement et l'entretien dans un établissement médico-social. Ces frais sont à la charge de l'assuré(e).

Les bénéficiaires de rentes à revenu modeste peuvent demander les prestations complémentaires à l'AVS/AI. (Voir mémentos 5.01 et 5.02 édités par le Centre d'information AVS/AI – vous pouvez vous les procurer auprès de votre caisse de compensation ou sur le site Internet www.avs-ai.ch).

... soins nécessaires dans un Etat de la CE ou de l'AELE

En cas de séjour temporaire dans un pays CE/AELE (p. ex. vacances), il est possible, en cas de nécessité, d'obtenir des prestations de l'assurance-maladie de ce pays. La carte européenne d'assurance que vous avez reçue de votre assureur doit être présentée au fournisseur de prestations (p. ex. médecin ou hôpital) ou à la caisse-maladie du lieu de séjour chargée de régler le cas.

La personne malade sera traitée comme les ressortissants du pays en question (médecins, hôpitaux).

S'agissant des coûts de traitement, ils seront payés soit par l'institution d'entraide du pays en question, puis facturés à l'assureur suisse, soit par l'assuré lui-même qui avancera le montant des frais et demandera ensuite le remboursement. La procédure est réglée de pays en pays.

Pour de plus amples informations, voir la fiche d'information « Couverture de l'assurance-maladie suisse lors d'un séjour dans un Etat membre de la CE ou de l'AELE » qui peut être commandée auprès de l'OFSP ou consultée à l'adresse suivante :

www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00361/index.html?lang=fr.

Les assurés qui résident dans un Etat de la CE, en Islande ou en Norvège trouveront des informations dans la brochure « La sécurité sociale en Suisse – Informations destinées aux ressortissants suisses et aux résidents de la CE en Suisse » à l'adresse suivante :

www.soziale-sicherheit-ch-eu.ch/index , registre « Service ».

... urgences : soins dans un Etat qui n'est membre ni de la CE, ni de l'AELE

En cas de traitement d'urgence administré dans un pays ne faisant partie ni de la CE, ni de l'AELE, p. ex. suite à une maladie pendant les vacances, l'assurance-maladie obligatoire prend les frais en charge jusqu'à concurrence du double de ce qu'ils auraient coûté en Suisse. Une assurance complémentaire « voyage » peut s'avérer nécessaire pour certains pays (p. ex. les Etats-Unis) où les coûts médicaux et de transports sont supérieurs à ce qu'ils sont en Suisse. Renseignez-vous auprès de votre assureur-maladie.

... les transports et les sauvetages

- 50 % des frais de transports spéciaux (par exemple ambulance), mais au maximum 500 francs par année. Cette contribution est également versée si le transport a lieu à l'étranger.
- 50 % des frais de sauvetage de personnes dont la vie est en danger (p. ex. accident de montagne ou infarctus), au maximum 5000 francs par année et exclusivement en Suisse.

Important! Dans tous les exemples mentionnés ci-dessus, les traitements sont pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire sans qu'une assurance complémentaire soit nécessaire. Cette énumération de prestations et de fournisseurs de soins n'est pas exhaustive. En cas de doute, demandez à votre assureur si un traitement qui n'a pas été mentionné dans cette brochure est pris en charge. ■

Qu'est-ce qui est à ma charge ?

La prime

La prime est individuelle et ne dépend pas du revenu. Les enfants, les adolescents (jusqu'à 18 ans révolus) et les jeunes adultes (de 19 à 25 ans révolus) bénéficient de primes moins élevées. Les primes sont indépendantes du revenu, peuvent varier d'un assureur à l'autre, d'un canton à l'autre, et d'un pays à l'autre si l'assuré réside dans un pays de la CE, en Islande ou en Norvège. Les caisses-maladie sont autorisées à distinguer au maximum 3 zones (régions de primes) à l'intérieur du même canton ou du même pays CE/AELE. Tous les assureurs sont tenus de respecter les régions de primes que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a définies uniformément. Si vos ressources sont modestes, la Confédération et les cantons prennent en charge une partie ou l'intégralité de votre prime d'assurance obligatoire (voir adresses page 17).

Quels sont les autres frais à ma charge ?

Une partie des coûts des traitements médicaux reste à votre charge. Votre participation aux coûts est composée de deux éléments:

- La **franchise ordinaire** d'un montant de 300 francs par an. Les enfants et les adolescents de 0 à 18 ans en sont dispensés.
- La **quote-part** de 10 % des frais qui dépassent le montant de la franchise, mais au maximum 700 francs par an pour les adultes et 350 francs par an pour les enfants et les adolescents. Exception (médicaments): pour les préparations originales la quote-part est de 20 % lorsqu'il existe un générique interchangeable. Votre médecin ou votre pharmacien/pharmacienne vous informent à ce sujet.

La participation ordinaire ne dépasse donc pas la somme de 1000 francs par an pour une personne adulte et de 350 francs pour un enfant ou un adolescent.

Attention! Cette somme varie en fonction du montant de la franchise choisie. ■

Exemple:

Si vous avez 2000 francs de frais médicaux pour l'année (médecin, hôpital, etc.) vous payerez 300 francs de franchise + 10 % du montant restant au titre de la quote-part, soit 470 francs en tout (300 francs + 10 % de 1700 francs = 470 francs). Votre assureur vous remboursera 1530 francs.

Maternité

Les prestations inhérentes à une grossesse normale (voir page 8) sont libérées de l'obligation de participer aux coûts. En revanche, les prestations qui découlent de maladies liées ou non à la grossesse sont soumises à la participation aux coûts, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances.

Mammographie

Les mammographies faites dans le cadre d'une campagne cantonale ou régionale de dépistage du cancer du sein (voir p. 8) ne sont pas soumises à la franchise. Renseignez-vous auprès de votre médecin ou de la caisse-maladie.

En cas d'hospitalisation

Une contribution de 10 francs par jour vous sera demandée si vous ne faites pas ménage commun avec un membre de votre famille.

Attention : Pour les prestations fournies dans un pays de la CE, en Islande ou en Norvège, se référer à la réglementation applicable dans le pays en question. ■

Comment puis-je économiser sur les primes?

Comparez les offres

Les prestations de l'assurance obligatoire sont les mêmes pour tous les assureurs: un changement n'a donc aucun effet négatif sur votre couverture d'assurance obligatoire. Mais il peut y avoir des différences de qualité du «service» offert par chaque assureur (par exemple rapidité des remboursements et conseils aux assurés). Aucun assureur ne peut refuser de vous assurer.

Attention! Certains assureurs facturent un supplément pour «frais administratifs» lorsque vous ne changez que l'assurance obligatoire et que vous gardez les assurances complémentaires auprès de l'ancien assureur. Ce supplément ne peut cependant excéder 50 % de la prime brute en question. Renseignez-vous auprès de votre assureur. ■

Aperçu des primes

L'OFSP publie chaque année, en octobre, un aperçu des primes de l'assurance-maladie de base pour l'année suivante. Cet aperçu recense les primes de tous les cantons, des pays de la CE, de l'Islande et de la Norvège. Vous pouvez l'obtenir gratuitement auprès de l'OFSP ou le télécharger depuis le site Internet (voir p. 24).

Délais de résiliation

- Si votre assurance-maladie de base est assortie de la franchise ordinaire (300 francs) **vous pouvez résilier** votre assurance à deux échéances; soit au 30 juin ou au 31 décembre avec un préavis de trois mois. Cela signifie que votre assureur doit avoir reçu votre résiliation au plus tard le 31 mars ou le 30 septembre (voir lettre-type, bloc n°1, p. 22).
- Si votre assurance-maladie de base est assortie d'une franchise plus élevée ou qu'elle implique un choix limité de fournisseurs de prestations (réseau de santé, HMO, médecin de famille), vous pouvez la résilier uniquement pour la fin de l'année civile, avec un préavis de trois mois, ce qui implique que votre assureur soit en possession de la résiliation le 30 septembre. (voir lettre-type, bloc n°1, p. 22).
- Si votre assureur vous informe d'une nouvelle prime, vous pouvez changer d'assureur pour la fin du mois précédent l'entrée en vigueur de la nouvelle prime, que la nouvelle prime approuvée par l'OFSP soit plus chère que l'ancienne, ou que vous ayez contracté une assurance de type HMO, médecin de famille ou assortie d'une franchise à option. L'assureur doit communiquer la nouvelle prime au moins deux mois avant qu'elle ne soit applicable. Sa lettre doit de plus signaler à l'assuré qu'il a le droit de résilier son contrat (voir lettre-type, bloc n°1, p. 22).
- Le changement de franchise ou de forme d'assurance ne peut se faire que pour le début de l'année civile (voir lettre-type, bloc n°2, p. 22).

Exemple :

Si vous souhaitez changer d'assureur pour l'assurance-maladie de base au 1^{er} janvier, il vous suffit de résilier votre contrat d'assurance avant le 30 novembre ; que la prime ait été augmentée ou que vous ayez opté pour une forme particulière d'assurance (HMO, modèle du médecin de famille ou franchise à option) importe peu. L'élément déterminant est que l'assureur-maladie vous a communiqué la nouvelle prime, approuvée par l'OFSP, avant le 31 octobre.

Attention ! la résiliation doit parvenir à l'assureur avant l'échéance du délai de résiliation (voir lettre-type n°1, p. 22). Ensuite, poursuivez les démarches par étapes jusqu'au passage chez le nouvel assureur. Le changement ne sera effectif qu'au

moment où le nouvel assureur aura communiqué à l'ancien qu'il prend le relais. Le changement ne se produit qu'à partir de cette information. ■

Examinez vos assurances complémentaires

L'assurance obligatoire garantit à tous des soins de qualité et un large éventail de prestations. Examinez donc les prestations offertes par votre assurance complémentaire en les comparant avec ce que couvre l'assurance obligatoire.

Important! Ne résiliez jamais une assurance complémentaire sans avoir obtenu d'autres assureurs des informations précises sur les conditions auxquelles ils vous accepteraient dans leur assurance complémentaire. Dans ce domaine, les assureurs peuvent refuser des personnes, fixer la prime selon l'âge, le sexe et imposer des réserves selon l'état de santé. Comparez le catalogue de prestations; des différences notables existent entre les assureurs en matière d'assurances complémentaires.

Délai de résiliation : Voir les conditions d'assurances de votre assureur. ■

Choisissez une forme particulière d'assurance

Si vous choisissez l'un des modèles suivants, vous bénéficierez d'une prime plus avantageuse (voir p. 24, « Aperçu des primes », OFSP).

Choix limité du médecin et de l'hôpital

Un rabais de 20 % au plus est consenti si vous acceptez de vous faire soigner dans un collectif médical appelé «HMO - Health Maintenance Organization» ou de consulter en premier lieu un «médecin de famille» qui décidera de vous adresser ou non à un spécialiste ou de vous faire hospitaliser en cas de nécessité. Cela signifie qu'en contre-partie, vous renoncez à la liberté de choix du médecin (sauf en cas d'urgence). Consultez attentivement les conditions d'assurance. (Voir p. 24, « Aperçu des primes », OFSP/liste des assureurs-maladie admis).

Ces rabais se rapportent aux primes de l'assurance ordinaire avec couverture accidents. En cas de combinaison avec une franchise à option, vous ne pouvez pas profiter de ces rabais en raison des prescriptions relatives à la prime minimale (cf. ci-dessous).

Franchise à option

L'assureur vous accorde un rabais sur la prime si vous vous engagez à prendre en charge une franchise plus élevée que les 300 francs de la franchise ordinaire - possible uniquement pour le début de l'année civile et pour une durée d'un an minimum. Le rabais obtenu dépend du montant de la franchise, mais il est limité par la loi.

Pour les adultes, les franchises à option s'élèveront à 500, 1000, 1500, 2000 et 2500 francs, et pour les enfants à 100, 200, 300, 400, 500 et 600 francs. Les caisses ne sont pas obligées de proposer tous les paliers. Elles peuvent offrir, pour les jeunes adultes (de 19 ans à 25 ans révolus), des franchises différentes de celles des adultes.

Rabais pour les franchises à option :

- L'assureur doit prélever une prime minimale s'élevant à 50 % de la prime de l'assurance ordinaire avec couverture des accidents du groupe d'âge et de la région de prime de l'assuré. Même pour une assurance sans couverture accidents ou en cas de combinaison d'assurances qui limitent le choix des fournisseurs de prestations, cette prime ne devra pas atteindre un niveau inférieur à la prime minimale.
- Enfin, une réduction de primes pourra atteindre un rabais maximum de 80 % du risque supplémentaire pris en charge. Le montant correspondant (en francs) est

indiqué dans le tableau ci-dessous : 1ère ligne : franchise ; 2e ligne : rabais annuel maximum. Celui-ci n'est toutefois accordé que si la prime minimale est atteinte.

Adultes					Enfants					
500	1000	1500	2000	2500	100	200	300	400	500	600
160	560	960	1360	1760	80	160	240	320	400	480

Assurance avec bonus

La prime est réduite progressivement pour chaque année où vous ne demandez aucun remboursement de prestations. La prime de départ est supérieure de 10 % à la prime ordinaire. Le rabais peut atteindre 50 % de la prime de départ au bout de 5 ans

Attention ! Les formes particulières d'assurance ne sont pas accessibles aux assurés qui résident dans un pays CE, en Islande ou en Norvège. ■

Demandez la suspension de votre couverture accidents

Si vous travaillez plus de 8 heures par semaine et que vous êtes assuré(e) par votre employeur contre les accidents professionnels et non professionnels selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA), vous pouvez demander la suspension de votre couverture accidents (voir lettre-type, bloc n°3, p. 22).

Demandez le remboursement de vos primes d'assurance-maladie en cas de service militaire prolongé

Si vous accomplissez un service de plus de 60 jours consécutifs dans l'armée, dans le service civil ou dans la protection civile, l'assurance-maladie peut être suspendue durant cette période, car l'assurance militaire couvre le risque de maladie et accidents pour la durée du service. Les autorités compétentes en matière de service militaire ou civil vous informent de la procédure.

Que faire si je ne suis pas d'accord avec mon assureur?

Demandez des explications

Les assureurs sont légalement tenus de vous informer et de vous renseigner si vous avez des questions. Si vous n'êtes pas d'accord...

Adressez-vous au Médiateur (Ombudsman)

L'Ombudsman de l'assurance-maladie obligatoire ou une autre organisation peut vous aider (voir adresses, page 21). Et si vous n'êtes toujours pas d'accord...

... demandez une décision formelle

Vous pouvez demander à votre assureur qu'il rende une décision formelle et qu'il vous l'envoie. Cette décision doit être motivée et indiquer comment vous pouvez faire opposition (voir lettre-type, bloc n°4, p 22 s.). L'assureur doit vous faire parvenir sa décision au plus tard 30 jours après votre demande. Et si vous n'êtes toujours pas d'accord...

... considérez la possibilité de faire opposition

Vous pouvez faire opposition contre la décision formelle dans les 30 jours (de préférence par écrit: voir lettre-type, bloc n°5, p. 22 s.) auprès de votre assureur. Celui-ci vous adressera une «décision sur opposition» qui doit être motivée et indiquer comment vous pouvez faire recours. Et si vous n'êtes toujours pas d'accord...

... considérez la possibilité de faire recours

Vous pouvez faire recours contre la décision sur opposition auprès du tribunal cantonal des assurances, par écrit, dans les 30 jours. Vous pouvez également faire recours si l'assureur ne rend pas la décision formelle ou la décision sur opposition que vous lui avez demandée.

Important! La procédure est gratuite. Vous ne pouvez pas recourir au tribunal cantonal si vous n'avez pas fait opposition (oralement ou par écrit) auparavant auprès de votre assureur. ■

Finalement...

Si le jugement du tribunal cantonal des assurances ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez faire recours, par écrit et dans les 30 jours, au Tribunal fédéral des assurances à Lucerne. Celui-ci rend un jugement qui ne peut plus être contesté.

Offices cantonaux compétents pour la réduction des primes

Canton	Adresse	Tél./ Fax / E-Mail / Internet
AG Argovie	Gemeindezweigstelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Aargau in der Wohngemeinde	☎ 062 836 81 60 ☎ 062 836 83 92 🌐 www.sva-ag.ch
AI Appenzell Rhodes-Intérieures	Gesundheitsamt des Kantons AI Marktgasse 10d 9050 Appenzell	☎ 071 788 94 52 ☎ 071 788 94 58 @ franz.sutter@gsd.ai.ch 🌐 www.ai.ch
AR Appenzell Rhodes Extérieures	Ausgleichskasse der Kantons AR Kasernenstrasse 4 Postfach 1047 9102 Herisau 2	☎ 071 354 51 51 ☎ 071 354 51 52 🌐 www.ak-ar.ch
BE Berne	Office des assurances sociales et de la surveillance des fondations Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	☎ 0844 80 08 84 ☎ 031 633 77 01 @ asvs.kv@igk.be.ch 🌐 www.igk.be.ch/site/index/asvs
BL Bâle Campagne	Sozialversicherungsanstalt Basel-Landschaft Hauptstr. 34 / Postfach 4102 Binningen 1	☎ 061 425 24 00 ☎ 061 425 24 99 🌐 www.sva-bl.ch/Pages/index1.html
BS Bâle Ville	Amt für Sozialbeiträge Grenzacherstrasse 62 Postfach 611 4021 Basel	☎ 061 267 86 65 ☎ 061 267 86 44 @ asb@bs.ch 🌐 www.asb.bs.ch
FR Fribourg	Caisse de compensation du canton de Fribourg 1, impasse de la Colline 1762 Givisiez	☎ 026 305 52 52 ☎ 026 305 52 62 @ ecasfr@fr.ch 🌐 www.caisseavvsfr.ch
GE Genève	Service de l'assurance-maladie Route de Frontenex 62 Case postale 6255 1211 Genève 6	☎ 022 327 65 30 ☎ 022 327 65 00 @ sam@etat.ge.ch 🌐 www.geneve.ch/social/assurance/
GL Glaris	Kantonale Ausgleichskasse Zwinglistrasse 6 8750 Glarus	☎ 055 646 67 82 ☎ 055 646 67 83 @ ak8@zas.admin.ch 🌐 http://www.akgl.ch
GR Grisons	Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden Ottostrasse 24 7000 Chur	☎ 081 257 41 11 ☎ 081 257 42 22 @ info@sva.gr.ch 🌐 www.sva.gr.ch
JU Jura	Caisse de compensation du canton du Jura Rue Bel-Air 3 2350 Saignelégier	☎ 032 952 11 11 ☎ 032 952 11 01 @ mail@ccju.ch 🌐 www.caisseavvsjura.ch
LU Lucerne	Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	☎ 041 375 05 05 ☎ 041 375 05 00 🌐 www.ahvluzern.ch
NE Neuchâtel	Service de l'assurance-maladie Case postale 3076 Faubourg de l'Hôpital 3 2001 Neuchâtel	☎ 032 889 66 30 ☎ 032 889 60 92 @ Service.AssuranceMaladie@ne.ch 🌐 www.ne.ch
NW Nidwald	Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 54 6371 Stans	☎ 041 618 51 00 ☎ 041 618 51 01 @ info@aknw.ch 🌐 http://nw.ausgleichskasse.ch

OW Obwald	Kantonale Steuerverwaltung St. Antonistrasse 4 Postfach 1564 6061 Sarnen	☎ 041 666 62 94 ☎ 041 666 63 13 @ steuerverwaltung@ow.ch 🌐 www.ow.ch
SG St. Gall	AHV-Zweigstelle der Gemeinde SVA SG Brauerstrasse 54 9016 St. Gallen	☎ 071 282 66 33 ☎ 071 282 69 10 🌐 www.svasg.ch
SH Schaffhouse	Sozialversicherungsamt Schaffhausen Oberstadt 9 8201 Schaffhausen	☎ 052 632 61 11 ☎ 052 632 61 99 @ auskunft@svash.ch 🌐 www.svash.ch
SO Soleure	Ausgleichskasse des Kantons Solothurn Allmendstrasse 6 4528 Zuchwil Adresse postale: Postfach 116 4501 Solothurn	☎ 032 686 22 09 @ info@akso.ch 🌐 www.akso.ch
SZ Schwyz	Ausgleichskasse Schwyz Abteilung übertragbare Aufgaben Rubiswilstrasse 8 Postfach 53 6431 Schwyz	☎ 041 819 04 25 ☎ 041 819 05 25 🌐 http://sz.ausgleichskasse.ch
TG Thurgovie	Contrôle de l'assurance-maladie de la commune du lieu de domicile	🌐 www.gesundheitsamt.tg.ch
TI Tessin	Ufficio dell'assicurazione malattia Via Ghiringhelli 15a 6501 Bellinzona	☎ 091 821 91 11 ☎ 091 821 93 99 @ dss-uam@ti.ch 🌐 www.ti.ch/DSS/IAS/UffAM
UR Uri	Amt für Gesundheit Klausenstrasse 4 6460 Altdorf	☎ 041 875 22 42 ☎ 041 875 21 54 @ praemienverbilligung@ur.ch
VD Vaud	Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accident Rue St-Martin 2 Case postale 9716 1001 Lausanne	☎ 021.348.29.11 ☎ 021.348.29.49 @ info@occ.ch 🌐 www.occ.ch
VS Valais	Caisse de compensation du canton du Valais / Service des allocations Av. Pratifori 22 1951 Sion	☎ 027 324 91 11 ☎ 027 324 91 12 @ info@avs.vs.ch 🌐 www.avs.vs.ch
ZG Zoug	Service communal compétent du lieu de domicile	🌐 http://zg.ausgleichskasse.ch
ZH Zurich	Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich Rontgenstrasse 17 Postfach 8087 Zürich Pour la ville de Zurich: Städtische Gesundheitsdienste Walchestrasse 31 8035 Zürich	☎ 044 448 50 00 ☎ 044 448 55 55 @ info@svazurich.ch 🌐 www.svazurich.ch ☎ 044 216 51 11 ☎ 044 216 23 93 🌐 www.stadt-zuerich.ch/sgd

Offices cantonaux compétents pour les demandes d'exemption de l'assurance obligatoire

Canton	Adresse	Tél. / Fax / E-Mail / Internet
AG Argovie	Institution Commune LAMal Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	☎ 032 625 30 30 ☎ 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🌐 www.kvg.org/
AI Appenzell Rhodés-Intérieures	Gesundheitsamt des Kantons AI Marktgasse 10d 9050 Appenzell	☎ 071 788 94 52 ☎ 071 788 94 58 @ franz.sutter@gsd.ai.ch 🌐 www.ai.ch
AR Appenzell Rhodés-Extérieures	Ausgleichskasse der Kantons AR Kasernenstrasse 4 Postfach 1047 9102 Herisau 2	☎ 071 354 51 51 ☎ 071 354 51 52 🌐 www.ak-ar.ch
BE Berne	Office des assurances sociales et de la surveillance des fondations Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	☎ 0844 80 08 84 ☎ 031 633 77 01 @ asvs.kv@igk.be.ch 🌐 www.igk.be.ch/site/index/asvs
BL Bâle Campagne	Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Rheinstrasse 22 4410 Liestal	☎ 061 925 59 09 ☎ 061 925 69 12 @ urs.knecht@vsd.bl.ch
BS Bâle Ville	Amt für Sozialbeiträge Grenzacherstrasse 62 4021 Basel	☎ 061 267 86 69 ☎ 061 267 86 44 @ lyne.buehler@bs.ch 🌐 www.asb.bs.ch
FR Fribourg	Commune du lieu de domicile, de résidence ou de travail (frontalier/ière)	
GE Genève	Service de l'assurance-maladie Route de Frontenex 62 Case postale 6255 1211 Genève 6	☎ 022 327 65 30 ☎ 022 327 65 00 @ sam@etat.ge.ch 🌐 www.geneve.ch/social/assurance/
GL Glaris	Sanitätsdirektion Postgasse 29 8750 Glarus	☎ 055 646 66 00 ☎ 055 646 66 90 @ sanitaetsdirektion@gl.ch
GR Grisons	Commune du lieu de domicile, de résidence ou de travail (frontalier/ière)	
JU Jura	Caisse de compensation du canton du Jura Rue Bel-Air 3 2350 Saignelégier	☎ 032 952 11 11 ☎ 032 952 11 01 @ mail@ccju.ch 🌐 www.caisseavsjura.ch
LU Lucerne	Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	☎ 041 375 05 05 ☎ 041 375 05 00 🌐 www.ahvluzern.ch
NE Neuchâtel	Service de l'assurance-maladie Case postale 3076 Faubourg de l'Hôpital 3 2001 Neuchâtel	☎ 032 889 66 30 ☎ 032 889 60 92 @ Service.AssuranceMaladie@ne.ch 🌐 www.ne.ch
NW Nidwald	Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 54 6371 Stans	☎ 041 618 51 00 ☎ 041 618 51 01 @ info@aknw.ch 🌐 http://nw.ausgleichskasse.ch

OW Obwald	Gesundheitsamt Dorfplatz 4 Postfach 1261 6061 Sarnen	☎ 041 666 64 59 ☎ 041 666 64 14 @ gesundheitsamt@ow.ch 🌐 www.ow.ch
SG St. Gall	Commune du lieu de domicile, de résidence ou de travail (frontalier/ière)	
SH Schaffhouse	Sozialversicherungsamt Schaffhausen Oberstadt 9 8201 Schaffhausen	☎ 052 632 61 11 ☎ 052 632 61 99 @ auskunft@svash.ch 🌐 www.svash.ch
SO Soleure	Amt für soziale Sicherheit Ambassadorshof 4509 Solothurn	☎ 032 627 22 84 @ guido.walser@ddi.so.ch
SZ Schwyz	Ausgleichskasse Schwyz Abteilung übertragbare Aufgaben Rubiswilstrasse 8 Postfach 53 6431 Schwyz	☎ 041 819 04 25 ☎ 041 819 05 25 🌐 http://sz.ausgleichskasse.ch
TG Thurgovie	Commune de domicile Frontaliers/ières Gesundheitsamt des Kantons Thurgau Zürcherstrasse 194a 8510 Frauenfeld	☎ 052 724 22 73 ☎ 052 724 28 10 @ ricarda.zurbuchen@tg.ch 🌐 www.gesundheitsamt.tg.ch
TI Tessin	Ufficio dell'assicurazione malattia Via Ghiringhelli 15a 6501 Bellinzona	☎ 091 821 91 11 ☎ 091 821 93 99 @ dss-uam@ti.ch 🌐 www.ti.ch/DSS/IAS/UffAM
UR Uri	Amt für Gesundheit Klausenstrasse 4 6460 Altdorf	☎ 041 875 22 42 ☎ 041 875 21 54 @ praemienverbilligung@ur.ch
VD Vaud	Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents Rue St-Martin 2 Case postale 9716 1001 Lausanne	☎ 021 348 29 11 ☎ 021 348 29 49 @ info@occ.ch 🌐 www.occ.ch
VS Valais	Commune du lieu de domicile, de résidence ou de travail (frontalier/ière)	
ZG Zoug	Commune du lieu de domicile, de résidence ou de travail (frontalier/ière)	🌐 www.zug.ch/gesundheit
ZH Zürich	Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich Obstgartenstrasse 21 CH-8090 Zürich Pour la ville de Zürich: Städtische Gesundheitsdienste Walchestrasse 31 8035 Zürich	☎ 043 259 24 92 ☎ 043 259 52 10 @ rechtsabteilung@gd.zh.ch 🌐 www.gd.zh.ch/gesundheitsdirektion ☎ 044 216 51 11 ☎ 044 216 23 93 🌐 www.stadt-zuerich.ch/sgd

Liste des assureurs-maladie

Vous trouverez la liste des assureurs-maladie admis dans le document «Aperçu des primes» publié par l'Office fédéral de la santé publique (voir page 24) et à l'adresse Internet suivante :

www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=fr

Liste des lieux où l'on trouve des HMO et rayon d'activité des modèles « médecin de famille »

Vous trouverez la liste des assureurs-maladie admis qui offrent des lieux HMO et modèles « médecin de famille » dans le document «Aperçu des primes» publié par l'Office fédéral de la santé publique (voir page 24).

Autres adresses

- **Ombudsman de l'assurance-maladie sociale**, Morgartenstrasse 9, 6003 Lucerne. Téléphone 041/ 226 10 11 f , 041/ 226 10 10 d ou 041/ 226 10 12 i – Télécopie 041 / 226 10 13.
(Service téléphonique du lundi au vendredi de 9 h 00 à 11 h 30. Conseils et médiation en cas de litige; pas de conseils en assurance en général). Internet : www.ombudsman-kv.ch
- **Organisation suisse des patients et assurés OPS**, 21, rue du Bugnon, 1005 Lausanne, tél. 021/314 73 88 ; télécopie : 021 314 73 89. Conseil et secrétariat lundi et mercredi de 9 h – 12 h et de 13 h 30 à 16 h 30, vendredi de 9 h à 12 h. e-mail : vd@spo.ch. Service de consultation téléphonique d'urgence (2 fr 13/min)tél. 0900 56 70 47 de lundi à vendredi de 9 h – 16 h.
Internet : www.spo.ch
- **Fédération romande des consommateurs**, rue de Genève 7, 1002 Lausanne. Permanence téléphonique 0900 57 51 05 (2 fr.13/min) du lundi au vendredi de 9 h 00 à 12 h 30 et de 13 h 30 à 17 h 00. Prestations réservées aux membres FRC: mercredi de 10 à 12 heures au 021/ 311 16 20.
Internet : www.frc.ch
- **Assuas**, Association Suisse de défense des usagers en assurances sociales, Case postale 1911, 1227 Carouge, tél. 022/ 301 00 31 de lundi à vendredi de 9 h – 12 h.
Internet : www.assuas.ch

Modèles de lettres

<p>Jeanne Dupont 6, rue de l'Hôpital 1200 Genève Numéro d'assuré/e 12.3456789.0</p> <p>Recommandé</p> <p>Sanissima Case postale 1200 Genève</p> <p>Genève, le 5 octobre (année)</p> <p>Demande de suspension de la couverture des accidents (article 8 de la LAMal).</p> <p>Madame, Monsieur,</p> <p>Par la présente, je vous demande de suspendre la couverture des accidents dans l'assurance de base. A cette fin, vous voudrez bien trouver ci-joint une attestation de mon employeur selon laquelle je suis assuré/e à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA).</p> <p>Veuillez agréer, Mesdames, Messieurs, mes salutations distinguées</p> <p>Jeanne Dupont</p> <p>Annexe: Attestation de l'employeur</p>	<p>◀ Prénom + Nom</p> <p>◀ Adresse</p> <p>◀ Votre numéro d'assuré(e) (selon votre contrat d'assurance)</p> <p>◀ Nom/adresse de votre assureur</p> <p>◀ Texte à choix de 1 à 5</p>
--	---

Blocs 1 à 5 à choix, selon la situation

- 1 **Assurance obligatoire des soins selon la LAMal: Changement d'assureur**
Par la présente, je vous informe que je résilie mon assurance obligatoire des soins avec effet au (date), ayant décidé de continuer cette assurance chez un autre assureur LAMal.
- 2 **Assurance obligatoire des soins selon la LAMal: Changement de franchise**
Je vous serais reconnaissant/e de bien vouloir faire le nécessaire pour qu'à partir du 1^{er} janvier (année), ma franchise s'élève à (montant) francs dans l'assurance obligatoire des soins.
- 3 **Demande de suspension de la couverture des accidents (article 8 de la LAMal)**
Par la présente, je vous demande de suspendre la couverture des accidents dans l'assurance obligatoire des soins. A cette fin, vous voudrez bien trouver ci-joint une attestation de mon employeur selon laquelle je suis assuré/e à titre obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA).
Annexe: Attestation de l'employeur

4 Demande de décision formelle

Suite à votre prise de position du (date), je vous prie de me faire parvenir une décision formelle au sens de l'article 51 alinéa 2 LPGA.

Annexe (pas obligatoire) : Photocopie de votre prise de position.

5 Opposition

Par la présente, je fais opposition contre votre décision formelle du (date) au sens de l'article 52 alinéa 1 LPGA. Mes arguments sont les suivants :

Annexes:

- (pas obligatoire) Photocopie de votre décision formelle
- (si possible) Document(s) à l'appui de vos arguments

Informations complémentaires

Aperçu des primes

L'OFSP publie chaque année, en octobre, un « Aperçu des primes » qui donne, pour l'année suivante, une vue d'ensemble des primes de tous les assureurs par canton. Vous pouvez obtenir cet aperçu gratuitement, en nous faisant parvenir une étiquette autocollante (pas d'enveloppes s.v.p) munie de vos nom et adresse à:

Office fédéral de la santé publique
« Aperçu des primes »
3003 Berne

Cet « Aperçu des primes » est disponible à l'adresse Internet :
www.primes.admin.ch

Loi fédérale sur l'assurance-maladie

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) ainsi que les ordonnances d'application peuvent être consultées sur Internet:

www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/02875/index.html?lang=fr

ou commandées auprès de l'OFCL (Numéro de commande 832.10.5.f) :

OFCL, Vente des publications fédérales, 3003 Berne, Télécopie 031/ 325 50 58,

Adresse Internet www.bbl.admin.ch/fr/bundespublikationen

Liste des spécialités et liste des génériques

La liste des médicaments pris en charge par les assureurs («liste des spécialités» avec liste des génériques) peut être consultée sur le site internet (www.ls.bag.admin.ch) où obtenu auprès l'OFCL (Numéro de commande 316.930) : OFCL, Vente des publications fédérales, 3003 Berne, Télécopie 031/ 325 50 58, Adresse Internet www.bbl.admin.ch/fr/bundespublikationen.

Liste des moyens et appareils (LiMA)

La liste des moyens et appareils peut être consultée sur le site internet: (www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/index.html?lang=fr) où obtenu auprès l'OFCL (Numéro de commande 316.940.f) : OFCL, Vente des publications fédérales, 3003 Berne, Télécopie 031/ 325 50 58, Adresse Internet www.bbl.admin.ch/fr/bundespublikationen.

Index/ Mots clé

- Accident 9**
 - Couverture d'accident 15**
- Accouchement 8**
- Assurance avec bonus 15**
- Assurance complémentaire 7, 11, 14**
- Assurance de base 5, 7, 10, 11, 13, 14**
- Assurance-maladie obligatoire 5, 7, 10, 11, 13, 14**
- CE/AELE 5, 10, 12**
- Chiropraticien 9**
- Conseil en allaitement 8**
- Consultation diététique 7**
- Consultation pour diabétiques 7**
- Cures balnéaires 10**
- Décision formelle 16**
- Délais de résiliation 13**
- EMS (établissement médico-social) 10**
- Ergothérapie 7**
- Etranger 5, 10**
- Franchise 12, 13, 14**
- Générique 7, 24**
- HMO 13, 14**
- Hôpital 7, 8, 12**
- Lentilles de contact 9**
- Liste des spécialités 7, 24**
- Logopédie 7**
- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) 24**
- Lunettes 9, 12**
- Mammographie 8, 12**
- Maternité 8, 12**
- Médecin 7, 8, 9, 10, 12, 14**
- Médicament 7, 12**
- Modèle du médecin de famille 13, 14**
- Moyens et appareils 9, 24**
- Nouveau-né 8**
- Obligation de s'assurer 5, 6**
- Opposition 16**
- Participation aux coûts 8, 9, 12**
- Physiothérapie 7, 9, 10**
- Préparation à l'accouchement 8**
- Prévention 8**
- Prime 12, 13, 14**
 - Aperçu des primes 13, 24**
 - Rabais sur la prime 14, 15**
 - Réduction de prime 12, 17**
 - Remboursement de la prime 15**
- Psychothérapie 7**
- Quote-part 12**
- Recours 16**
- Sauvetages 10**
- Soins à domicile 7, 10**
- Soins dentaires 9**
- SPITEX 7**
- Transports 10**
- Urgences 10**
- Vaccination 8**