

# L'assurance-maladie (LAMal) en questions



uni3

Université des seniors – Genève  
COMMISSION SANTÉ



# L'assurance-maladie (LAMal) en questions

UNIB UNIVERSITÉ DES SENIORS – GENÈVE

COMMISSION SANTÉ



## La Commission Santé d'Uni3 tente de répondre aux questions souvent posées par les assurés à propos de la couverture offerte par l'assurance-maladie obligatoire.

### I. GÉNÉRALITÉS

L'**assurance-maladie obligatoire** est l'assurance de base qui couvre la maladie, l'accident à titre subsidiaire (pour les personnes qui ne sont pas assurées auprès de l'assurance-accidents LAA) et la maternité. Elle est régie par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Les principes et les prestations contenus dans la loi et les ordonnances d'application s'imposent aux prestataires de soins et aux assureurs en Suisse. Les cantons ont certaines compétences, notamment en matière de planification hospitalière et de subsides.

Les personnes et établissements qui peuvent pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire dans le secteur ambulatoire sont: les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, les personnes qui prodiguent des soins sur prescription ou mandat médical (physiothérapeutes; ergothérapeutes; infirmières et

infirmiers; logopédistes/orthophonistes; diététiciens; neuropsychologues), ainsi que les laboratoires et les centres de remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

Les hôpitaux, les maisons de naissance, les établissements médico-sociaux et les établissements de cure balnéaire, ainsi que les entreprises de transport et de sauvetage font également partie des fournisseurs de prestations reconnus par l'assurance-maladie obligatoire. La prime de base est fixée par les assureurs au niveau cantonal (voire régional), mais les prestations couvertes par la LAMal sont identiques pour toutes les personnes assurées en Suisse. La prime de base peut être réduite par le choix d'une franchise à option (voir II.10) ou d'une forme d'assurance impliquant un choix limité de fournisseurs de prestations (HMO, médecin de famille, consultation préalable par téléphone, notamment).

Les assurés participent aux coûts des prestations. Leur participation comprend un montant fixe par année (franchise) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part, maximum CHF 700.-).

Une couverture supplémentaire peut être accordée dans le cadre d'une **assurance complémentaire (privée)**,

soumise à la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). Aucun droit n'existe à obtenir une telle couverture, en particulier lorsqu'une maladie existe au moment de la demande, ou a existé et est susceptible de récidiver. Les conditions sont déterminées par chaque assureur.

## II. QUESTIONS ET RÉPONSES

### 1. Quels médicaments sont remboursés?

L'assurance-maladie obligatoire rembourse les médicaments prescrits par un médecin, utilisés selon les indications mentionnées sur la notice d'emballage et figurant sur la liste des spécialités (LS). Le remboursement des médicaments figurant sur la LS peut être limité à certaines indications ou à une quantité donnée.

Sont également prises en charge les préparations magistrales prescrites par un médecin qui sont confectionnées en pharmacie et composées de produits et substances actives et auxiliaires figurant dans la liste des médicaments avec tarifs (LMT).

Des médicaments qui ne figurent pas sur la LS, ou qui sont prescrits en dehors des indications, peuvent être remboursés à titre exceptionnel, particulièrement en oncologie et

pour le traitement de maladies rares. Les conditions sont posées dans l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) et le médecin-conseil de l'assureur-maladie doit être consulté avant que l'assureur rende sa décision. Le médecin doit informer l'assuré s'il prescrit un médicament qui sera utilisé en dehors des indications autorisées.

Le pharmacien peut remplacer des préparations originales de la liste des spécialités par des génériques meilleur marché de cette liste, à moins que le médecin n'exige expressément la délivrance d'une préparation originale. Il informe le médecin qui a prescrit la médication de la préparation qu'il a délivrée.

Si l'assuré exige la préparation originale bien qu'il existe un générique, la participation aux coûts peut s'élever à 20%.

### 2. Quelles prestations pour les soins à domicile?

Les soins à domicile (évaluation, conseils et coordination; examens et traitements; soins de base), dispensés par des infirmiers et infirmières (indépendants) et des organisations de soins à domicile, sont remboursés par l'assurance-maladie obligatoire sur la base d'une prescription médicale.

Les coûts des soins à domicile sont couverts par:

- la contribution obligatoire des assureurs-maladie, qui correspond aux tarifs fixés dans l'OPAS et applicables aux différentes structures (publiques et privés);
- la contribution des assurés qui, à Genève, est calculée en fonction du revenu et ne peut dépasser CHF 8.- par jour d'intervention;
- le financement du canton (pour la part non couverte par les assureurs-maladie et les assurés).

D'autres prestations peuvent également être prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire (consultations médicales, séances de physiothérapie, analyses médicales, etc.).

En revanche, les prestations d'aide et d'accompagnement (p. ex. aide au ménage, repas, veilles nocturnes, aide administrative) peuvent uniquement être couvertes par l'assurance complémentaire selon le système du tiers garant (voir II.11).

A Genève, les soins à domicile sont fournis à plus de 60% par l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD), le reste étant donné par des institutions privées (notamment Spitex, Flexicare, Sitex). L'IMAD, unique éta-

blissement public, ne peut pas refuser les patients qui lui sont adressés.

En fonction du revenu, certaines prestations non remboursées par la LAMal (repas, sécurité à domicile, etc.) sont prises en charge par le canton dans le cadre des assurances sociales (prestations complémentaires AVS/AI).

Les **institutions privées** offrent, à côté des soins infirmiers couverts par la LAMal, différents services d'aide, principalement à la charge des patients. Elles sont souvent spécialisées dans leur domaine d'activité (soins, aide, hospitalisation à domicile) et mettent en avant une prise en charge plus personnalisée.

### 3. Quelles prestations lors d'un séjour en EMS?

Les soins dispensés en EMS sont considérés comme des prestations ambulatoires (même liste que les soins à domicile).

Ils sont remboursés par les assureurs-maladie (selon des tarifs figurant dans l'OPAS), les assurés et le canton (même système que les soins à domicile).

Les frais d'hébergement sont intégralement à charge

de la personne résidente et doivent être financés par les rentes du résident (AVS/LPP), ses éventuels autres revenus et une part de sa fortune. Si l'ensemble de ces ressources est insuffisant, le canton intervient par le biais des assurances sociales (prestations complémentaires AVS/AI). A Genève, le prix de pension en EMS (2017) est de CHF 195.- à CHF 265.- par jour (soit un montant allant de CHF 5'948.- à CHF 8'083.- par mois).

#### **4. Quelles «médecines complémentaires» sont remboursées?**

L'assurance-maladie obligatoire des soins rembourse les prestations de médecines complémentaires aux conditions suivantes:

- la prestation est rattachée à l'une des disciplines citées dans l'OPAS: l'acupuncture, la médecine anthroposophique, la pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie uniciste (classique) et la phytothérapie;
- la prestation est fournie par un médecin disposant d'un titre de spécialisation;

- les médicaments dispensés au titre des médecines complémentaires sont pris en charge dans la mesure où ils figurent sur la LS (voir II.1).

Toutes les autres prestations rattachées aux médecines complémentaires ne peuvent être couvertes que par une assurance complémentaire, et aux conditions fixées par chaque assureur.

#### **5. La prévention et le dépistage sont-ils couverts par l'assurance-maladie?**

L'OPAS contient une liste exhaustive des mesures médicales de prévention prises en charge. Ce sont:

- vaccinations;
- mesures visant la prophylaxie des maladies;
- examens concernant l'état de santé général;
- mesures de dépistage précoce de maladies chez certains groupes à risques;
- mesures de dépistage précoce de maladies dans toute la population (dont mesures qui s'adressent à une tranche d'âge ou uniquement aux hommes ou aux femmes).

La LAMal prend en charge, en particulier:

- un examen gynécologique par année (y compris le dépistage) durant les 3 premières années et ensuite tous les 3 ans si les résultats sont normaux; et la vaccination contre le papillomavirus (HPV) selon un plan de vaccination publié par le Département fédéral de l'intérieur (DFI);
- la mammographie (dépistage) effectuée tous les 2 ans pour les femmes dès l'âge de 50 ans, dans le cadre d'un programme cantonal de dépistage (cantons romands et quelques cantons de Suisse alémanique). Aucune franchise n'est prélevée;
- pour la prévention du cancer colorectal, des analyses de laboratoire (tous les deux ans) ou une coloscopie (tous les 10 ans), pour les personnes de 50 à 69 ans. Aucune franchise n'est perçue si les examens ont lieu dans le cadre d'un programme cantonal, comme à Genève.

La densitométrie (pour le diagnostic de l'ostéoporose) n'est remboursée que pour les personnes à risque (p. ex. existence d'une fracture de fragilité ou maladie qui fragilise l'ossature).

## **6. Comment est couvert l'accident à la retraite?**

Dès que l'âge de la retraite est atteint, et pour autant qu'aucune activité lucrative ne donne droit à une couverture par l'assurance-accidents (LAA), les accidents sont couverts par l'assurance-maladie (LAMal), moyennant le paiement d'une prime supplémentaire.

La prise en charge des prestations s'effectue aux conditions fixées par la LAMal. Cela signifie, notamment, que la franchise choisie (franchise de base ou franchise à option) et la participation sont appliquées, en cumul avec les prestations pour la maladie. Il convient donc d'intégrer le risque «accident» dans la couverture de la maladie, au plus tard 30 jours après la cessation de l'activité lucrative, sur demande expresse.

## **7. Une hospitalisation hors canton est-elle couverte?**

Depuis 2012, les assurés ont le libre choix de l'établissement hospitalier dans toute la Suisse, pour autant qu'il figure sur la liste cantonale.

Les frais du séjour hospitalier sont pris en charge par l'assureur-maladie (45%) et par le canton de domicile (55%), à

concurrence du tarif applicable dans le canton de domicile. S'il existe une différence de tarif entre le canton de domicile et le canton où sont dispensés les soins, l'assuré est tenu de payer intégralement cette différence. Cette différence peut être couverte par une assurance complémentaire privée.

Lorsque le traitement hospitalier doit être effectué dans un autre canton pour des raisons médicales ou en cas d'urgence, les frais sont intégralement couverts par l'assurance et le canton de domicile. Le médecin cantonal du canton de résidence détermine si les conditions sont remplies.

## **8. Quel remboursement pour un transport en ambulance?**

Les assureurs-maladie remboursent les frais de transport en ambulance à concurrence de 50% des frais occasionnés, pour autant que le transport ait été médicalement indiqué. Le montant maximum remboursé s'élève à CHF 500.- par an. Lorsqu'un accompagnement médical s'avère indispensable, les coûts relèvent du traitement médical et sont pris en charge.

En cas de transport en ambulance d'un hôpital à l'autre, les frais sont entièrement pris en charge.

Par ailleurs, l'assurance-maladie prend en charge 50% des frais de sauvetage en Suisse (au maximum CHF 5'000.- par an).

Le droit au remboursement d'autres frais de transport (p. ex. en taxi) est admis de manière très restrictive (si aucun autre moyen de transport n'est disponible).

## **9. Quelles prestations à l'étranger?**

En cas de séjour temporaire à l'étranger, l'assurance obligatoire des soins n'intervient qu'en cas d'urgence et pour autant qu'un retour en Suisse s'avère inapproprié.

Le montant pris en charge dépend du pays dans lequel la maladie s'est déclarée ou dans lequel l'accident est survenu.

Dans les pays de l'UE/AELE, le remboursement des prestations est le même que pour les personnes assurées dans ce pays. Pour que ce principe puisse être appliqué, il convient de présenter sa carte européenne d'assurance-maladie. La facture des soins sera directement transmise à un organe en Suisse (l'institution commune LAMal), qui la transmettra à l'assureur concerné. Cependant, la participation aux frais est entièrement à charge de l'assuré, quel que soit le montant déjà payé au titre de la participation (franchise et quote-part) en Suisse. Elle peut s'avérer élevée et doit être payée au prestataire de soins, en principe sur place.

Les traitements d'urgence dispensés dans les autres pays sont couverts jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé dans le canton de domicile.

Si un rapatriement s'avère nécessaire, les frais encourus peuvent être très élevés, compte tenu des limitations prévues dans l'assurance obligatoire des soins.

Pour toutes ces raisons, il peut s'avérer utile de souscrire une assurance complémentaire spécifique avant d'entreprendre un voyage à l'étranger.

## 10. Est-il avantageux de prendre une franchise élevée?

La franchise correspond à la somme que l'assuré va payer pour ses frais médicaux, avant que l'assurance ne commence à rembourser. Le système des hautes franchises est tentant parce que les assureurs «récompensent» l'assuré avec une réduction de prime.

Mais cette réduction est toujours inférieure à la franchise:

Franchise	Réduction de prime
500	140
1000	400
1500	840
2000	1190
2500	1540

Admettons que l'assuré consulte peu et que ses frais médicaux annuels sont de l'ordre de CHF 500.-. Il aura avantage à avoir une haute franchise, car la réduction de prime excède la dépense. Mais s'il s'agit d'un senior qui doit consulter plusieurs fois par année et qui a des médicaments à vie, il va payer la franchise + la quote-part. Pour une franchise de CHF 2'500.-, la réduction de prime n'est que de CHF 1'540.-. Il va donc payer CHF 960.- + la quote-part, alors qu'avec une franchise à CHF 500.-, il ne payera que CHF 360.- + la quote-part.

**Donc les hautes franchises ne sont avantageuses que si l'on n'a quasiment pas de frais médicaux.**

## 11. Quelles différences entre «tiers payant» et «tiers garant»?

Les assureurs remboursent les coûts des prestations en cas de maladie une fois que les prestations ont été fournies. Les fournisseurs de prestations peuvent être rémunérés pour leurs prestations de deux manières:

- par les assurés, à qui leur assureur rembourse ensuite les coûts générés (système du tiers garant);
- par les assureurs, lorsqu'ils se sont accordés avec les fournisseurs de prestations sur la rémunération directe de leurs prestations (système du tiers payant).

Sauf convention contraire, le système du tiers garant s'applique aux prestations ambulatoires. L'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. La facture de ce dernier est adressée à l'assuré, qui la transmet à son assureur. Celui-ci contrôle la facture et rembourse à l'assuré le montant qu'il prend en charge, déduction faite de la participation aux coûts (quote-part et franchise).

Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). La facture du fournisseur de prestations est adressée à l'assureur qui la lui paie. Il facture ensuite à l'assuré sa participation aux coûts. Le système du tiers payant s'applique pour les traitements hospitaliers stationnaires et ambulatoires et également pour les prestations dans les EMS. Pour la plupart des assureurs (mais pas pour tous!), il est aussi établi dans les pharmacies pour la remise des médicaments. Les assureurs peuvent aussi conclure des conventions du type tiers payant avec d'autres fournisseurs de prestations. Dans le système du tiers payant, l'assuré doit recevoir une copie de la facture. Cette solution est avantageuse pour l'assuré qui pourra bénéficier de prestations sans devoir avancer les frais, surtout en cas de maladie chronique et de traitements coûteux.

Un troisième système de rémunération appelé tiers soldant est appliqué dans l'assurance-accidents (LAA). La facture du fournisseur de prestations est adressée directement à l'assureur qui la paie en entier. La quote-part et la franchise n'existent pas dans l'assurance accident, ce qui distingue le tiers garant du tiers soldant.

## 12. A quelles conditions peut-on recevoir des subsides?

Les cantons sont tenus d'accorder une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste (ayant un revenu bas ou moyen). Ils doivent réduire de 50% au moins les primes des enfants et des jeunes adultes en formation. La Confédération verse des subsides annuels aux cantons en fonction, notamment, de leur population résidente. Chaque canton est libre de fixer les critères d'octroi des subsides. Dans le canton de Genève, le subside est calculé en fonction du revenu et de la situation familiale (personne seule; personne en couple, avec ou sans charge légale) et comprend trois catégories (enfant, jeune adulte, adulte). La demande de subside doit être adressée au Service de l'assurance-maladie (SAM). Lorsque le droit au subside est reconnu, le SAM informe l'assureur-maladie, qui déduit le montant du subside des primes dues. Aucun montant n'est versé directement à la personne concernée.

## 13. A quelles conditions peut-on changer de caisse-maladie ou de formes particulières d'assurance?

Chaque année, les assureurs sont tenus de communiquer les nouvelles primes au plus tard le 31 octobre. Les

assurés disposent alors d'un mois pour résilier l'assurance de base. La résiliation doit parvenir à l'assureur au plus tard le 30 novembre.

Le même délai s'applique si l'assuré reste dans la même caisse et souhaite opter pour une franchise plus basse ou pour la franchise de base (CHF 300.-); ou encore s'il désire renoncer à une forme particulière d'assurance impliquant un choix limité de fournisseurs de prestations (HMO, médecin de famille, consultation préalable par téléphone, notamment) pour revenir à l'assurance ordinaire (avec libre choix du médecin).

En revanche, si l'assuré souhaite une franchise plus élevée, il peut le communiquer à l'assureur jusqu'au 31 décembre, et aucun délai n'est fixé pour le choix d'une forme particulière d'assurance impliquant un choix limité de fournisseurs de prestations.

L'affiliation prend fin lorsque le nouvel assureur communique à l'ancien assureur qu'il couvre l'assuré sans interruption de la protection. En matière de résiliation, l'assurance de base est indépendante de l'assurance complémentaire. L'assuré peut donc choisir un nouvel assureur pour l'assurance obligatoire et garder l'assurance complémentaire auprès de son assureur actuel.

## Abréviations

AVS.....	Assurance-vieillesse et survivants
AI .....	Assurance-invalidité
DFI.....	Département fédéral de l'intérieur
HMO.....	Health Maintenance Organization
HPV.....	Vaccination contre le papillomavirus
IEPA.....	Immeubles avec encadrement pour personnes âgées
IMAD.....	Institution genevoise de maintien à domicile
LAA .....	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LAMal.....	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LCA.....	Loi fédérale sur le contrat d'assurance
LMT.....	Liste des médicaments avec tarifs
LPP.....	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité
LS .....	Liste des spécialités
OFAS.....	Office fédéral des assurances sociales
OFSP .....	Office fédéral de la santé publique
OPAS.....	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
SAM.....	Service de l'assurance-maladie

## **Pour approfondir**

[www.ge.ch/organisation/service-assurance-maladie](http://www.ge.ch/organisation/service-assurance-maladie)

[www.bag.admin.ch/bag/fr/home.html](http://www.bag.admin.ch/bag/fr/home.html) (OFSP)

[www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home.html](http://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home.html) (OFAS)

[www.ch.ch/fr/assurance-maladie](http://www.ch.ch/fr/assurance-maladie)

[www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html](http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19940073/index.html) (LAMal)

[www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/index.html](http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/index.html) (OPAS)

[www.planetesante.ch](http://www.planetesante.ch)

## **Lien brochure Uni3 *L'assurance-maladie (LAMal) en questions***

<https://fr.calameo.com/read/0015474692d2362da889d>



Editeur

Fondation de l'Université du 3<sup>e</sup> âge de Genève

Rédaction

Commission santé d'Uni3 | Réalisation: Béatrice Despland, Christiane Favre, Jocelyne Favet, Hans Stalder

Réalisation graphique

Uni3 Université des seniors – Genève | Fabienne Bruttin Mazzoni

Impression

Centre d'impressions de l'Université de Genève, mars 2019

**uni3** Université des seniors – Genève

Rue de Candolle 2 - 1205 Genève

T 022 379 70 42 | [uni3@unige.ch](mailto:uni3@unige.ch) | [www.unige.ch/uni3](http://www.unige.ch/uni3)