



Foire aux questions concernant les prestations

„Frequently Asked Questions“ (FAQ)

I	Débiteur de la rémunération des prestations.....	1
II	Médicaments.....	3
III	Prestations/traitements à l'étranger	4
IV	Vaccinations.....	5
V	Prestations en cas de maternité	5
VI	Séjour hospitalier	8
VII	Soins dentaires	8

I Débiteur de la rémunération des prestations

1. Principe

Dans le système d'assurance-maladie suisse, les assureurs remboursent les coûts des prestations en cas de maladie une fois que les prestations ont été fournies. C'est le principe de la prise en charge des coûts, ou principe du remboursement. Les fournisseurs de prestations peuvent être rémunérés pour leurs prestations de deux manières : 1. par les assurés, à qui leur assureur rembourse ensuite les coûts générés (système du tiers garant) ; 2. par les assureurs, lorsqu'ils se sont accordés avec les fournisseurs de prestations sur la rémunération directe de leurs prestations (système du tiers payant).

2. Que signifie le système du tiers garant ?

Aux termes de l'art. 42, al. 1, LAMal, le système du tiers garant s'applique sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations. L'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. La facture de ce dernier est donc adressée à l'assuré, qui la transmet ensuite 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. Quant à savoir si l'assuré doit régler la facture avant son remboursement par l'assureur, cela dépend du délai de paiement donné par le fournisseur de prestations et du délai de remboursement observé par l'assureur. Cette forme de facturation prévaut pour les traitements ambulatoires. Une grande partie des médecins ayant leur propre cabinet facturent leurs prestations selon le système du tiers garant.

3. Que signifie le système du tiers payant ?

En vertu de l'art. 42, al. 2, LAMal, 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. En cas de traitement hospitalier stationnaire, c'est toujours le système du tiers payant qui s'applique (2^{ème} phrase de l'art. 42, al. 2, LAMal). Ce système est appliqué surtout par les hôpitaux également pour les prestations ambulatoires et les EMS, ainsi que dans le domaine des soins fournis en ambulatoire. Il s'est aussi établi dans les pharmacies pour la remise des médicaments. Dans le système du tiers payant, l'assuré doit recevoir une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur (art. 42, al. 3, LAMal). En règle générale, c'est le fournisseur de prestations qui doit la lui remettre, mais il peut aussi convenir avec l'assureur que ce dernier transmettra la copie à l'assuré (art. 59, al. 4, de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, OAMal).

4. Que signifie le système du « tiers soldant » ?

Ce système de rémunération est appliqué dans l'assurance-accidents. La facture du fournisseur de prestations est adressée directement à l'assureur. Etant donné que, dans cette assurance, il n'y a ni quote-part ni franchise, l'assureur paie directement au fournisseur de prestations le montant intégral de la facture. Lorsque, dans le système du tiers garant, l'assuré cède au fournisseur de prestations le droit au remboursement par l'assureur (comme l'y autorise l'art. 42, al. 1, LAMal), on parle aussi de tiers soldant, bien qu'il ne s'agisse pas d'un tiers soldant à proprement parler, puisque l'assuré reste débiteur de sa quote-part et de sa franchise.

Dans la pratique

Dans le système du tiers garant, les prestations sont à payer par l'assuré (qui demande ensuite le remboursement à son assureur). Si les prestations devaient s'avérer trop coûteuses pour l'assuré, différentes solutions s'offrent à lui. Il peut par exemple céder son droit au remboursement par l'assureur au fournisseur de prestations (« tiers soldant ») ou alors demander une facture, qui puisse être payée plus tard (à 15 ou 30 jours par exemple). Dans ce second cas, l'assuré transmet la facture au plus vite à l'assureur. Dans ces situations, l'important est de s'informer auprès de son fournisseur de prestations et/ou de son assureur.

Relevons que la législation ne prévoit pas de délai pour le remboursement des prestations en raison du temps nécessaire à l'assureur pour contrôler les factures et l'économicité du traitement. Cependant, en règle générale, l'assureur-maladie procède au remboursement dans les 30 jours après avoir reçu le décompte de la part de l'assuré (tiers garant) ou les factures de la part du prestataire (tiers payant). Les assureurs sont tenus de vérifier si la prestation à rembourser peut l'être au titre de l'assurance obligatoire des soins et ce délai peut être prolongé lorsque certains éléments de la facture manquent et que l'assureur a besoin d'informations complémentaires de la part du fournisseur de prestations. Si le médecin-conseil de l'assureur doit être contacté, les délais de contrôle et de remboursement seront aussi plus longs.

Si les démarches entreprises auprès de l'assureur pour qu'il rembourse les factures dans un délai raisonnable sont infructueuses, l'assuré peut s'adresser à l'ombudsman de l'assurance-maladie (www.om-kv.ch/fr).

II Médicaments

1. Quels médicaments sont remboursés par l'assurance obligatoire des soins ?

L'assurance obligatoire des soins 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 (limitations indiquées dans la LS par Limitatio L).

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

Vous trouverez la LS sous www.listedesspecialites.ch et la LMT sous www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html.

2. Est-ce que les coûts d'un médicament figurant sur la LS me sont remboursés par l'assurance obligatoire des soins si je l'utilise pour une autre indication que celle autorisée ou prévue dans la limitation (=off limitation use) ?

Non. Dans ce cas, le coût du médicament n'est en principe pas pris en charge.

Exceptionnellement, ces médicaments peuvent être remboursés s'ils remplissent l'une des deux conditions suivantes :

- lorsque l'usage du médicament constitue un préalable indispensable à la réalisation d'une autre prestation prise en charge par l'assurance obligatoire des soins et que celle-ci est largement prédominante ;
- lorsque l'usage du médicament permet d'escompter un bénéfice élevé contre une maladie susceptible d'être mortelle pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques et que, faute d'alternative thérapeutique, il n'existe pas d'autre traitement efficace autorisé.

Votre assureur-maladie décide, après avoir consulté son service de médecins-conseils, si les conditions d'une telle exception sont remplies.

Après concertation avec le titulaire de l'autorisation, l'assureur détermine le montant de la prise en charge. Il examine si le rapport entre la somme à rembourser et le bénéfice thérapeutique du médicament est adéquat. Le montant doit être inférieur au prix maximum figurant dans la LS.

Votre médecin doit vous informer s'il vous prescrit un médicament qui sera utilisé en dehors des indications autorisées.

Si les coûts d'un médicament ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, un éventuel remboursement pourrait intervenir dans le cadre d'une assurance complémentaire.

3. Que se passe-t-il lorsque mon médecin me prescrit un médicament qui ne figure pas sur une liste mais qui est autorisé par Swissmedic pour les indications mentionnées sur la notice ou en dehors de celles-ci ?

En principe, l'assurance obligatoire des soins ne prend pas en charge les coûts d'un tel médicament. Il peut exceptionnellement être remboursé s'il satisfait aux mêmes conditions qu'un médicament utilisé en dehors des indications autorisées ou en dehors des limitations prévues (cf. ch. 2).

Votre médecin doit vous informer s'il vous prescrit un médicament ne figurant pas sur une liste.

Si les coûts d'un médicament ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, un éventuel remboursement pourrait intervenir dans le cadre d'une assurance complémentaire.

4. L'assurance obligatoire des soins rembourse-t-elle les coûts d'un médicament importé et non autorisé par Swissmedic ?

Le médicament peut être remboursé à titre exceptionnel s'il peut être importé selon la loi sur les produits thérapeutiques et qu'il satisfait aux conditions d'un médicament utilisé en dehors des indications autorisées ou en dehors des limitations (cf. ch. 2). Il doit être autorisé pour l'indication correspondante par un Etat ayant un système reconnu comme équivalent par Swissmedic.

L'assureur prend en charge les coûts auxquels le médicament est importé. Il examine si le rapport entre les coûts pris en charge et le bénéfice thérapeutique est approprié.

Votre médecin doit vous informer s'il vous prescrit un médicament ne figurant pas sur une liste et qui n'est pas autorisé en Suisse.

Si les coûts d'un médicament ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, un éventuel remboursement pourrait intervenir dans le cadre d'une assurance complémentaire.

III Prestations/traitements à l'étranger

1. L'assurance obligatoire des soins rembourse-t-elle les coûts d'un traitement dispensé à l'étranger ?

L'assurance obligatoire des soins applique le principe de territorialité, ce qui signifie qu'elle ne rembourse que les prestations obligatoires fournies en Suisse par des fournisseurs de prestations admis.

Des exceptions à ce principe existent lors de séjours temporaires à l'étranger. Elles doivent être différenciées selon les pays :

- Dans un pays de l'UE/AELE, vous avez droit, sur présentation de la carte européenne d'assurance-maladie que vous avez reçue de votre assureur-maladie, au remboursement de toutes les prestations qui s'avèrent médicalement nécessaires compte tenu de la nature des prestations et de la durée prévue du séjour. Vous avez droit au remboursement des mêmes prestations que les personnes assurées dans ce pays. Vous trouverez des informations complémentaires sous :
www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/versicherungspflicht/touristinnen-ausland-weltreisende.html
- En dehors des pays de l'UE/AELE, les coûts des traitements médicaux effectués en cas d'urgence parce qu'un retour en Suisse n'est pas envisageable pour des raisons médicales sont remboursés au maximum à concurrence du double du montant qui aurait été payé par l'assureur si le traitement avait eu lieu en Suisse. En cas d'hospitalisation, cela signifie toutefois que l'assureur doit prendre en charge au maximum 90 % de ce qu'aurait coûté cette hospitalisation si elle avait eu lieu en Suisse (car en cas d'hospitalisation en Suisse, les cantons prennent à leur charge au minimum 55 % des coûts, ce qui n'est pas le cas lors d'une hospitalisation à l'étranger).

Dans le cas où un traitement médical devrait vous être dispensé à l'étranger parce que celui-ci n'est pas disponible en Suisse, votre médecin traitant doit adresser au médecin-conseil de votre assureur-maladie une demande motivée. L'assureur décidera, après avoir consulté son service de médecins-conseils, si les coûts de ce traitement à l'étranger peuvent être pris en charge.

2. L'assurance obligatoire des soins rembourse-t-elle les coûts de médicaments que j'ai achetés à l'étranger ?

Les coûts sont remboursés uniquement si ces médicaments étaient nécessaires pour traiter une maladie durant un séjour temporaire à l'étranger (cf. ch. 1).

IV Vaccinations

1. Quels vaccins sont remboursés par l'assurance obligatoire des soins ?

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts de différentes vaccinations selon les directives et recommandations du Plan de vaccination suisse (cf.

www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischer-impfplan.html), notamment :

- Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, haemophilus influenza type b, varicelle ainsi que rougeole, oreillon et rubéole
- Hépatite B et, pour des groupes à risques particuliers, hépatite A
- Grippe pour les personnes à partir de 65 ans et pour les personnes avec risque accru de complications en cas d'infection
- Méningoencéphalite vernoestivale (encéphalite à tiques)
- Cancer du col de l'utérus pour les filles de 11 à 26 ans ainsi qu'autres maladies cancéreuses provoquées par le papillomavirus humain chez les garçons et les jeunes hommes de 11 à 26 ans, lorsque la vaccination a lieu dans le cadre d'un programme de vaccination cantonal. Aucune franchise n'est prélevée pour cette vaccination.
- Vaccination contre le COVID-19 effectuée dans le cadre d'une pandémie de COVID-19, pour les personnes vulnérables (actuellement pour toutes les personnes, selon les recommandations en la matière). Cette prestation n'est soumise ni à la franchise ni à la quote-part.

Les vaccinations et prophylaxies particulières en vue de voyages (p. ex. fièvre jaune et prophylaxie de la malaria) ne sont pas prises en charge.

Votre médecin traitant peut vous fournir des informations complémentaires et vous conseiller si vous avez des questions concernant les vaccinations.

V Prestations en cas de maternité

1. Quels examens de contrôle peuvent être effectués durant/après la grossesse et après l'accouchement ?

Lors d'une grossesse normale, sept examens de contrôle sont remboursés. La première consultation comprend l'anamnèse, l'examen gynécologique et clinique général et les conseils, l'examen des veines et la recherche d'œdèmes des jambes, ainsi que la prescription des analyses de laboratoire nécessaires conformément à la liste des analyses. Les consultations ultérieures comprennent le contrôle du poids, de la tension artérielle, de la hauteur de l'utérus, l'examen urinaire et l'auscultation des bruits cardiaques fœtaux, ainsi que la prescription des analyses de laboratoire nécessaires conformément à la liste des analyses.

Lors d'une grossesse à risque, ces examens peuvent être renouvelés selon le besoin. Un examen au moyen de la cardiotocographie est en outre pris en charge en cas de grossesse à risque.

Entre la sixième et la dixième semaine suivant l'accouchement, un contrôle comprenant une anamnèse intermédiaire, un statut gynécologique et clinique y compris l'octroi de conseils est pris en charge.

Après une fausse couche ou une interruption de grossesse médicalement indiquée entre la 13^{ème} et la 23^{ème} semaine de grossesse révolue, un contrôle est pris en charge ; il comprend une anamnèse intermédiaire, un statut gynécologique et clinique, des conseils, des analyses de laboratoire et une échographie selon l'évaluation clinique.

2. Combien d'échographies par grossesse sont-elles prises en charge ?

Lors d'une grossesse normale, une échographie entre la 12^{ème} et la 14^{ème} semaine de grossesse et une échographie entre la 20^{ème} et la 23^{ème} semaine sont remboursées. Lors d'une grossesse à risque, des échographies supplémentaires sont prises en charge si le gynécologue l'estime nécessaire selon l'évaluation clinique.

3. Et s'agissant des cours de préparation à l'accouchement ?

Pour un cours individuel ou collectif de préparation à l'accouchement dispensé par une sage-femme ou par une organisation de sages-femmes ou pour un entretien de conseil avec une sage-femme ou avec une organisation de sages-femmes en vue de la naissance, de la planification et de l'organisation de la période postnatale à domicile et de la préparation à l'allaitement, l'assurance obligatoire des soins alloue une contribution de 150 francs.

4. Un test du premier trimestre est-il pris en charge ?

Oui, ce test est pris en charge pour l'analyse prénatale du risque de trisomie 21, 18 et 13 en mesurant la clarté nucale par échographie (entre la 12^{ème} et la 14^{ème} semaine), par dosage de certains facteurs dans le sang maternel et sur la base d'autres facteurs liés au fœtus et à la mère (p. ex. l'âge de la mère).

5. Dans quels cas un test de diagnostic de trisomie (test prénatal DPNI non invasif) est-il pris en charge ?

L'assurance obligatoire des soins rembourse ce test en vue de détecter une trisomie 21, 18 ou 13 à partir de la 12^{ème} semaine de grossesse, lorsqu'il y a un risque élevé de trisomie 21, 18 ou 13. Le risque est considéré comme élevé lorsque celui-ci est de 1:1000 ou plus. Un résultat positif du DPNI doit être confirmé par une amniocentèse (cf. ch. 6).

6. L'amniocentèse est-elle dans tous les cas remboursé ?

L'amniocentèse, le prélèvement des villosités chorales (biopsie du placenta) ou une cordocentèse (ponction du cordon ombilical) sont pris en charge :

- pour confirmer un résultat positif chez les femmes enceintes dont le test de diagnostic prénatal non invasif (DPNI) laisse fortement supposer que le fœtus est atteint d'une trisomie 21, 18 ou 13 ou dont le test du premier semestre indique qu'elles présentent un risque de 1:380 ou plus que le fœtus soit atteint d'une telle maladie;
- pour les femmes enceintes chez lesquelles le résultat de l'échographie, l'anamnèse familiale ou toute autre raison laisse supposer un risque de 1:380 ou plus que le fœtus soit atteint d'une maladie due à des facteurs exclusivement génétiques;
- en cas de mise en danger du fœtus par une complication, une maladie de la femme enceinte, une maladie qui n'est pas due à des facteurs génétiques ou par des troubles du développement du fœtus.

7. Accoucher à l'hôpital, à domicile ou dans une maison de naissance ?

L'assurance obligatoire des soins prend en charge l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance, à condition que ces deux derniers établissements figurent sur la liste hospitalière du canton de résidence. L'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme fait partie de la prestation.

8. Les conseils en cas d'allaitement sont-ils pris en charge ?

Oui, trois séances de conseils en cas d'allaitement sont prises en charge lorsqu'ils sont prodigués par une sage-femme, par une organisation de sages-femmes ou par une infirmière ou un infirmier ayant suivi une formation spéciale dans ce domaine.

9. Quelles sont les prestations que peuvent effectuer les sages-femmes et les organisations de sages-femmes à la charge de l'assurance obligatoire des soins ?

a) sept examens de contrôle lors d'une grossesse normale. La sage-femme ou l'organisation de sages-femmes signale à l'assurée qu'une consultation médicale est indiquée pendant le premier trimestre. En cas de grossesse à risque sans pathologie manifeste, la sage-femme ou l'organisation de sages-femmes collabore avec le médecin. En cas de grossesse pathologique, elle fournit les prestations ordonnées par le médecin ;

b) la prescription, lors d'un examen de contrôle, d'une échographie ;

c) un examen pré-partum au moyen de la cardiotocographie, un contrôle post-partum et la préparation à l'accouchement et les conseils en cas d'allaitement ;

d) la prescription de certaines analyses de laboratoire ;

e) un suivi, durant les 56 jours suivant la naissance, consistant en des visites à domicile pour surveiller l'état de santé de la mère et de l'enfant et leur prodiguer des soins ainsi que pour soutenir, guider et conseiller la mère dans la manière de prendre soin de l'enfant et de le nourrir.

En cas de naissance prématurée, de naissance multiple, de premier enfant ou de césarienne, la sage-femme peut procéder au plus à seize visites à domicile ou dix visites à domicile au plus dans tous les autres cas. Durant les dix jours suivant la naissance, la sage-femme ou l'organisation de sages-femmes peut effectuer cinq visites supplémentaires au plus par jour. Des visites supplémentaires peuvent être prises en charge, également après le 56^e jour, lorsqu'elles font l'objet d'une prescription médicale.

f) Suite à une fausse couche ou à une interruption de grossesse médicalement indiquée intervenue entre la 13^{ème} et la 23^{ème} semaine de grossesse révolue, la prise en charge peut être assurée dans le cadre de dix visites à domicile pour les soins et la surveillance de l'état de santé de l'assurée. Une prescription médicale est nécessaire pour toute visite supplémentaire à domicile.

10. Toutes les prestations effectuées lors d'une grossesse ou d'un accouchement sont-elles exemptées de la participation aux coûts ?

L'assureur ne peut exiger aucune participation s'il s'agit de prestations spécifiques en cas de maternité visées aux ch. 1 à 9.

A partir de la treizième semaine de grossesse et jusqu'à huit semaines après l'accouchement, les femmes ne doivent plus participer aux coûts des prestations médicales générales et des soins en cas de maladie. Ceci englobe également les coûts de traitement des maladies sans rapport avec la grossesse.

11. Quelle assurance prend en charge les frais des soins du nouveau-né ?

Les soins accordés au nouveau-né en bonne santé ainsi que son séjour sont pris en charge par l'assurance-maladie de la mère et sont considérés comme des prestations en cas de maternité non soumis à la participation aux coûts. Lorsque le nouveau-né présente des problèmes de santé, les frais de traitements ne sont plus considérés comme des prestations en cas de maternité et sont, de même que le séjour hospitalier, pris en charge par l'assurance-maladie du nouveau-né.

VI Séjour hospitalier

1. L'assurance complémentaire offrant le libre choix des hôpitaux sur le territoire suisse est-elle encore nécessaire ?

Oui, elle peut encore s'avérer utile même si l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux aptes à traiter sa maladie et figurant sur la liste de son canton de résidence ou celle du canton où se situe l'hôpital (hôpital répertorié). L'assureur et le canton de résidence prendront alors en charge leur part respective de rémunération, mais au maximum les coûts qu'aurait engendrés ce traitement s'il avait été effectué dans un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré. Si le tarif appliqué par l'hôpital extra-cantonal dans lequel l'assuré est traité est plus élevé que le tarif d'un hôpital répertorié du canton de résidence de l'assuré, la différence de tarif sera à la charge de ce dernier ou de son assurance complémentaire s'il en a conclu une.

Une prise en charge complète d'un séjour hospitalier hors du canton de domicile est cependant assurée s'il a lieu pour des raisons médicales, soit en cas d'urgence ou si l'offre de traitement n'est pas proposée dans un hôpital répertorié dans le canton de résidence.

VII Soins dentaires

1. Les soins dentaires sont-ils pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ?

En principe, les coûts des soins dentaires ne sont pas pris en charge. Seuls sont remboursés les soins occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou si les soins sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles. Selon une jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins est exhaustive et figure aux art. 17 à 19 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS, www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/index.html).