

François Wagner

WEKA

Les assurances sociales au quotidien II

Assurances maladie et prévoyance professionnelle

Assurance vieillesse et survivants

Allocations familiales



Un problème? Pas de problème!

CIP-Notice abrégée de la deutsche Bibliothek

Les assurances sociales au quotidien II

Direction de publication: François Wagner

Direction de projet: Birgitt Bernhard-Postma

WEKA Business Media AG, Suisse

© WEKA Business Media AG, Zurich, 2016

Sous réserve de droits d'édition. La reproduction totale ou partielle des contenus est interdite

Les définitions, recommandations et informations juridiques émises dans le cadre de cet ouvrage reflètent le point de vue des auteurs. Bien que la rédaction de la maison d'édition accorde le plus grand soin à l'exactitude des données que le lecteur peut consulter dans cet ouvrage, des erreurs ne sont jamais exclues. La maison d'édition et ses auteurs ne peuvent en aucune façon être rendus responsables des dommages quelconques pouvant résulter de l'utilisation de données erronées mentionnées dans cet ouvrage.

WEKA Business Media AG

Hermetschloostrasse 77, CH-8048 Zurich

Téléphone 044 434 88 88, Téléfax 044 434 89 99

www.weka.ch

Zurich • Kissing • Paris • Amsterdam • Vienne

ISBN 978-3-297-02072-2

1^{ère} édition 2016

Impression: CPI buchbuecher.ch, Layout: Dimitri Gabriel, Composition: Sarah Rutschmann



Un problème? Pas de problème!

Table des matières

1. Assurance maladie	5
Perte de gain en cas de maladie	7
1.1 Assurance perte de gain	7
1.2 Indemnités journalières en cas d'accident	8
1.3 Indemnités ad aeternam?	10
1.4 Indépendant mis à ban	11
Assurance et assureurs	13
1.5 Assureur compétent	13
1.6 Changement d'assureur (1)	14
1.7 Changement d'assureur (2)	15
1.8 Hospitalisation hors canton	16
1.9 Secret médical	17
1.10 Suisse de retour au pays	18
1.11 Touristes assurés	19
1.12 VIH	20
1.13 Contre l'avis médical	21
1.14 Droit de choisir ses assurés	22
1.15 Factures impayées	22
1.16 Pas encore enceinte	24
1.17 Assurance obligatoire des soins et sans-papiers	25
1.18 Changement d'assureur	26
1.19 Obligation de s'assurer en Suisse	27
1.20 Couverture dans les Etats de l'UE	28
1.21 Aide ménagère	30
1.22 Erreur médicale	31
Prestations	33
1.23 Frais de cure	33
1.24 Frais de Transport	34
1.25 Grossesse à problème	35
1.26 Prestations d'une caisse à l'autre	36
Aide et économies	38
1.27 Prime et service militaire	38
1.28 Aide au paiement absurde	39
1.29 Comment économiser en matière d'assurance maladie?	39
1.30 Droit aux subsides	41
2. Assurance prévoyance professionnelle	43
Accès à la propriété	45
2.1 Accès à la propriété	45
2.2 Vente d'un bien acquis avec le 2 ^e pilier (1)	47

2.3	Vente d'un bien acquis avec le 2 ^e pilier (2)	48
2.4	Accès à la propriété	49
Employeur		51
2.5	Employeur indélicat	51
2.6	Employé sans 2 ^e pilier	52
2.7	LPP à la seule charge de l'employé?	53
2.8	Travailler pour une mission diplomatique	54
2.9	Seuil d'accès à la prévoyance professionnelle	55
2.10	Activité professionnelle à temps partiel	56
Prestations d'assurance		58
2.11	Décès ou divorce	58
2.12	Rente d'invalidité et prévoyance professionnelle	59
2.13	Veuve ici mais pas là!	60
2.14	Cas d'invalidité	61
2.15	Augmentation de la rente d'invalidité	62
2.16	Prévoyance et perte de gain maladie	64
2.17	Prévoyance et réinsertion AI	65
2.18	Remariage et rente de veuve	66
Retraite anticipée		68
2.19	Rente de raccordement	68
2.20	Retraite forcée	69
2.21	Travail à temps partiel et retraite	70
2.22	Coût d'une retraite anticipée	72
Chômage		73
2.23	Fin de droit à l'assurance chômage	73
2.24	Prévoyance des chômeurs	74
2.25	Perte d'emploi et prévoyance professionnelle	75
2.26	Prévoyance et chômage	76
Divorce		78
2.27	Partage en cas de divorce	78
2.28	Remboursement suite à un divorce	79
Divers		81
2.29	Accords bilatéraux	81
2.30	Avoirs oubliés	82
2.31	VIH	83
2.32	Avantage injustifié	84
2.33	Avoirs LPP bloqués	85
2.34	Gains à déclarer	86
2.35	Confidentialité	87
2.36	Retraite à bien anticiper	88
2.37	Compte libre passage	89
2.38	Répudiation de la succession et droits des survivants	90
2.39	Retirer sa prévoyance professionnelle	91

2.40	Versement en espèces en cas de départ à l'étranger	92
2.41	Devoir d'informer	93
2.42	Transfert du libre passage.....	94
3.	Assurance vieillesse et survivants	97
	Calcul et cotisation	99
3.1	Calcul de rente	99
3.2	Indépendants et cotisations.....	100
3.3	Lacunes de cotisations.....	102
3.4	Travail à temps partiel et retraite.....	103
3.5	Accords bilatéraux et calcul des rentes.....	104
3.6	Années de cotisations.....	105
3.7	Décomptes des charges sociales pour travailleurs occasionnels.....	106
3.8	Employé lésé	108
3.9	Lacunes de cotisations.....	109
3.10	Mandat indépendant traité comme activité salariée	110
3.11	Remboursement des cotisations AVS.....	111
3.12	Cotisations en cas de préretraite.....	112
3.13	Travail et retraite	113
3.14	Indemnités de départ et cotisations AVS	115
3.15	Indemnités maladie et cotisations AVS.....	116
3.16	Indépendance accessoire et cotisations AVS.....	117
3.17	Jeton de présence et salaire déterminant	118
	Divorce ou décès	120
3.18	Décès ou divorce	120
3.19	Divorce et partage des revenus	121
3.20	Rente de veuve et d'invalidité	122
3.21	Séparation et divorce.....	123
3.22	Calcul de la prestation pour survivants.....	124
3.23	Rente de veuve divorcée.....	125
3.24	Séparation ou divorce?.....	126
	Prestations	128
3.25	Rente versée à l'enfant.....	128
3.26	Calcul de la rente de vieillesse en totalisant.....	129
3.27	Demande de rente tardive	130
3.28	Ordre d'intervention en cas de rentes de survivants.....	131
3.29	Prestations pour les survivants.....	133
3.30	Rente de veuve et rente de retraite	134
3.31	Rente de couple.....	135
3.32	Allocations pour impotent.....	135
3.33	Calcul de la rente AVS	137
3.34	Rente dans plusieurs pays	138

Anticipation	140
3.35 Retraite anticipée	140
3.36 Rente AVS réduite	141
3.37 Retraite et poursuite de l'activité lucrative	142
3.38 Retraite anticipée en couple	143
3.39 Anticipation de la rente AVS ou non?	144
3.40 Retraite anticipée et rente AI	145
3.41 Retraite anticipée et rente de veuve	146
Divers	148
3.42 Fin de droit à l'assurance chômage	148
3.43 Suisse de retour au pays.....	149
3.44 Assurance facultative	150
3.45 Double statut d'indépendant et salarié	151
3.46 Continuer de cotiser à l'AVS à l'étranger	153
3.47 Libre choix de la caisse de compensation	154
3.48 Résidence à l'étranger	155
3.49 Travail au noir et travail au gris	156
3.50 Assurance facultative à l'étranger	157
3.51 Bonifications pour tâches d'assistance	158
3.52 Difficile de devenir indépendant.....	159
3.53 Revenu de minime importance	161
4. Allocations familiales	163
4.1 Allocations familiales d'après le salaire	164
4.2 Allocations familiales et rente d'invalidité.....	165
4.3 Fin du droit aux allocations familiales	166
4.4 La Loi fédérale et ses innovations.....	167
4.5 Droit aux allocations familiales	168
5. Divers	171
5.1 Assurances sociales et divorce.....	172
5.2 Assurances sociales et séparation	173
5.3 Assurances sociales et travail en Angleterre.....	174
5.4 Charges sociales et obligations de l'employeur	175
5.5 Résiliation de contrat avant l'accouchement	176
5.6 Assurances sociales et activité politique.....	178
5.7 Assurances sociales et bilatérales.....	179
5.8 Assurances sociales et concubinage	180
5.9 Assurances sociales et double indemnisation	182
5.10 Assurances sociales et indépendance	183
5.11 Assurances sociales et mariage	184
5.12 Assurances sociales et salaire.....	186
5.13 Assurances sociales et travail à temps partiel	187
5.14 Informations de l'employeur.....	189
Direction de publication	191

1.

Assurance maladie

Perte de gain en cas de maladie	7
1.1 Assurance perte de gain.....	7
1.2 Indemnités journalières en cas d'accident.....	8
1.3 Indemnités ad aeternam?	10
1.4 Indépendant mis à ban	11
Assurance et assureurs	13
1.6 Assureur compétent.....	13
1.7 Changement d'assureur (1).....	14
1.8 Changement d'assureur (2).....	15
1.9 Hospitalisation hors canton.....	16
1.10 Secret médical.....	17
1.11 Suisse de retour au pays	18
1.12 Touristes assurés	19
1.13 VIH.....	20
1.14 Contre l'avis médical.....	21
1.15 Droit de choisir ses assurés	22
1.16 Factures impayées.....	22
1.17 Pas encore enceinte	24
1.18 Assurance obligatoire des soins et sans-papiers	25
1.19 Changement d'assureur	26
1.20 Obligation de s'assurer en Suisse.....	27
1.21 Couverture dans les Etats de l'UE	28
1.22 Aide ménagère.....	30
1.23 Erreur médicale	31
Prestations	33
1.24 Frais de cure.....	33
1.25 Frais de Transport.....	34

1.26	Grossesse à problème	35
1.27	Prestations d'une caisse à l'autre.....	36
Aide et économies		38
1.28	Prime et service militaire.....	38
1.29	Aide au paiement absurde	39
1.30	Comment économiser en matière d'assurance maladie?	39
1.31	Droit aux subsides.....	41

Perte de gain en cas de maladie

- 1.1 Assurance perte de gain
- 1.2 Indemnités journalières en cas d'accident
- 1.3 Indemnités ad aeternam?
- 1.4 Indépendant mis à ban

1.1 Assurance perte de gain

EXEMPLE DE LA PRATIQUE



Peut-on demander à son employeur de rester assuré auprès de son assureur prenant en charge la perte de gain en cas de maladie malgré le fait que l'on ne travaille plus dans cette entreprise. Quelles sont les conditions?

Quelques précisions

Oui, c'est possible, quand bien même la réponse exige quelques nuances!

IMPORTANT



Une assurance perte de gain en cas de maladie n'est pas obligatoire à l'heure actuelle en Suisse, aussi bien du côté des employeurs que des employés. Ce qui est obligatoire par contre, c'est le versement du salaire lors de maladie, cela pour une durée contractuelle fixée par le code des obligations et la jurisprudence.

Deux possibilités

En matière de perte de gain en cas de maladie, il existe deux possibilités, si l'employeur a contracté une telle assurance: l'indemnité perte de gain en cas de maladie sous le régime LAMal et l'indemnité perte de gain en cas de maladie sous le régime LCA.

Si l'employeur a conclu une assurance perte de gain en cas de maladie auprès d'un assureur LAMal, il est possible de faire valoir un droit allant jusqu'à 720 indemnités journalières «pleines», alors que régime LCA prévoit généralement un versement allant jusqu'à 730 indemnités journalières partielles ou totales.

Assurance perte de gain maladie dans la LAMal

L'assurance maladie «sociale» prévoit, à son article 71, que lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur. Si, pour l'assurance individuelle, l'assuré ne s'assure pas pour des prestations

plus élevées, de nouvelles réserves ne peuvent être instituées; l'âge d'entrée déterminant dans le contrat collectif est maintenu.

ASTUCE DE LA PRATIQUE



L'assureur doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle. S'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective. L'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication. Les choses sont claires: l'assuré doit être informé de ses droits faute de quoi, il est toujours assuré comme le précise cet article de loi.

Assurance perte de gain maladie dans la LCA

Si l'employeur a conclu une assurance perte de gain en cas de maladie sous le régime de la Loi sur le contrat d'assurance (LCA), les choses sont différentes, car cela relève de l'assurance privée et les conditions sont alors différentes. La majeure partie des assureurs privés ont adhéré à une convention de libre-passage qui permet de demander à rester affilié auprès de l'assurance de son employeur, en passant du régime collectif au régime individuel.

En général, l'assuré a 30 jours après la fin du droit au salaire pour faire valoir ce droit; ensuite, il est trop tard. Il va de soi que la prime est entièrement à sa charge, tout comme dans l'assurance maladie LAMal. En tant qu'assuré individuel, il faut s'attendre à payer une prime relativement élevée, mais l'avantage, c'est qu'aucune nouvelle réserve ne pourra être émise par l'assureur.

En conclusion

Si l'employeur n'est pas au bénéfice d'une telle assurance, il n'y a rien faire, si ce n'est que de demander une proposition à un assureur qui offre une telle prestation.

1.2 Indemnités journalières en cas d'accident

EXEMPLE DE LA PRATIQUE



Suite à un accident survenu durant les vacances, la caisse maladie verse-t-elle une indemnité journalière?

Activité professionnelle ou pas

De prime abord, la réponse est non. Toutefois, quelques précisions s'imposent.

Il y a d'abord lieu de se demander si la personne concernée est en emploi ou non. Si tel est le cas et qu'elle est employée plus de huit heures par semaine par un même employeur, la personne est assurée aussi bien contre les accidents professionnels que non professionnels auprès de l'assureur accident de son employeur.

Par contre, les travailleurs dont le temps de travail hebdomadaire chez un même employeur est inférieur à huit heures sont assurés obligatoirement contre les accidents et les maladies professionnels, mais pas contre les accidents non professionnels.

Toute personne domiciliée en Suisse doit être assurée contre les accidents non professionnels, cela notamment en vertu de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) qui prend en charge, en cas d'accident, les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie. Cela signifie donc essentiellement la couverture des soins (médicaux et hospitaliers), mais en aucun cas la perte de salaire.

Prestations prises en charge par la LAMal

Si l'assuré ne possède qu'une assurance accidents non professionnels auprès de son assureur maladie, c'est donc certainement qu'il est sans emploi (fin de droit en matière d'assurance chômage, non actif, etc.).

La seule possibilité, pour une personne ayant perdu son emploi, serait de conclure une assurance (appelée «assurance par convention») permettant de prolonger la couverture de l'assurance accidents non professionnels de l'employeur pour une durée maximale de 180 jours.

La prime doit être payée au plus tard le trentième jour qui suit celui où a pris fin le droit au demi-salaire au moins ou à ce qui en tient lieu (indemnité journalière en cas d'accident, de maladie, de chômage, etc.).

Pour les personnes qui perdraient leur emploi ou se retrouveraient en fin de droit, il faut se renseigner dans les meilleurs délais pour ne pas risquer de se retrouver dans le besoin le moment venu.

En conclusion

On l'aura compris, selon le régime qui interviendra, les prestations peuvent varier de manière considérable. Mais en règle générale, une caisse maladie au sens où on l'entend généralement n'a pas pour rôle de verser une indemnité journalière mais d'assurer la prise en charge des soins médicaux et hospitaliers.

1.3 Indemnités ad aeternam?

EXEMPLE DE LA PRATIQUE

Une assurée est dans l'impossibilité de travailler suite à une maladie survenue en 2010. Elle touche malgré tout la totalité de son salaire, y compris les primes de nuit et 13^e mois par son employeur. Ne s'agit-il pas d'une erreur administrative ou tout simplement d'une fraude?



Systèmes de perte de gain en cas de maladie

Il est malheureusement impossible, sur la base du peu d'informations dont on dispose, de répondre à une telle demande. Dans le cas présent, on peut imaginer diverses pistes et émettre quelques hypothèses. S'il s'agit d'une maladie, deux possibilités se présentent.

Dans un premier temps, il convient de distinguer les prestations sociales, à savoir les indemnités pour perte de gain en cas de maladie prévues par la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) des prestations privées dont les indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie découlent de la Loi sur le contrat d'assurance (LCA).

Perte de gain en cas de maladie selon la LAMal

Dans la LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières (article 67 LAMal). Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours (article 72 LAMal).

Perte de gain en cas de maladie selon la LCA

Il en va par contre différemment dans le domaine de l'assurance privée. En cas d'incapacité temporaire de travail consécutive à une maladie ou à un accident, la perte de gain ou une indemnité journalière (en lieu et place du salaire) est versée pendant une durée convenue (en règle générale deux ans), éventuellement après un délai d'attente. Cependant, c'est une autre Loi qui règle les conditions d'assurance.

Plusieurs possibilités

De ce fait, il est possible d'assurer d'autres prestations (surtout sous la forme d'un contrat collectif), pour une durée supérieure à deux ans et des prestations différentes de celles prévues par la LAMal.

Il est encore utile de préciser que le salaire assuré dans le cadre d'une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie (selon la LCA) auprès d'un assureur privé ou d'une caisse maladie n'englobe généralement pas seulement le salaire de base, mais aussi toutes les autres composantes du salaire, soit: les diverses indemnités mensuelles pos-

sibles (travail de nuit, travail en équipes, travail pénible, etc.) et les indemnités annuelles (13^e salaire, gratification, participation au chiffre d'affaires de l'entreprise, etc.).

En conséquence, il n'est pas étonnant qu'une personne incapable de travailler en raison d'une maladie soit indemnisée sur la totalité du salaire qu'elle aurait perçu sans cette maladie.

Dans le cas invoqué ci-avant, l'employeur a peut-être versé lui-même des prestations de salaire avant de faire appel à son assurance.

En conclusion

Mais force est de constater qu'il est difficile d'être plus précis avec les informations fournies par cette assurée. On peut imaginer qu'au lieu d'une maladie, il s'agisse d'un accident. A ce moment, il en irait tout à fait différemment.

1.4 Indépendant mis à ban

EXEMPLE DE LA PRATIQUE

Un assureur peut-il refuser d'accepter un indépendant qui demande à contracter une couverture de perte de gain en cas de maladie?



Obligation d'assurance

Dans un tel cas, il est extrêmement important de toujours bien distinguer le régime privé, régi par la Loi sur le contrat d'assurance (LCA) du régime social dont les bases légales sont à consulter dans la Loi sur l'assurance maladie (LAMal).

En matière d'assurance privée, un assureur a toute latitude de refuser de prendre en charge quelque personne que ce soit (ou alors d'instituer ce qu'on appelle une «réserve médicale» pour une affection précise, excluant alors toute prestation pour cette affection-là), cela sans avoir besoin de se justifier.

IMPORTANT

Ne pas répondre correctement aux questions qui sont posées lors de la demande d'admission pourrait d'ailleurs conduire l'assureur à résilier le contrat sans avoir besoin de rembourser les primes déjà versées! On invoque pour cela une «réticence» (article 6 LCA).



Dans le domaine de l'assurance perte de gain LAMal en revanche, il en va tout autrement puisque *«toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de 15 ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur pratiquant l'assurance maladie»* (article 67 LAMal).

Les réserves d'assurance pour raison de santé

Si émettre ou non une réserve est à bien plaisir dans le domaine de l'assurance perte de gain LCA, cela se passe différemment au niveau de la LAMal. Les assureurs peuvent exclure de l'assurance, par une clause de réserve, les maladies existant au moment de l'admission. Il en va de même pour les maladies antérieures si, selon l'expérience, une rechute est possible.

IMPORTANT

Ces réserves deviennent caduques au plus tard après cinq ans. En outre, la réserve n'est valable que si elle est communiquée par écrit à l'assuré et qu'elle précise le début et la fin de sa validité ainsi que le type de maladie qu'elle concerne (article 69 LAMal).



Tant que le régime d'assurance perte de gain en cas de maladie ne sera pas obligatoire, on rencontrera ce genre de situation qui est plus fréquent qu'on ne pourrait le penser.

En conclusion

L'assureur qui a refusé une assurance perte de gain à une personne de condition indépendante était donc, de toute évidence, un assureur privé. La solution consiste à s'adresser à un assureur pratiquant l'assurance maladie sociale.

Assurance et assureurs

- 1.5 Assureur compétent
- 1.6 Changement d'assureur (1)
- 1.7 Changement d'assureur (2)
- 1.8 Hospitalisation hors canton
- 1.9 Secret médical
- 1.10 Suisse de retour au pays
- 1.11 Touristes assurés
- 1.12 VIH
- 1.13 Contre l'avis médical
- 1.14 Droit de choisir ses assurés
- 1.15 Factures impayées
- 1.16 Pas encore enceinte
- 1.17 Assurance obligatoire des soins et sans-papiers
- 1.18 Changement d'assureur
- 1.19 Obligation de s'assurer en Suisse
- 1.20 Couverture dans les Etats de l'UE
- 1.21 Aide ménagère
- 1.22 Erreur médicale

1.5 Assureur compétent

EXEMPLE DE LA PRATIQUE



Il y a huit ans, une assurée, mère au foyer et sans activité lucrative, a eu un accident et s'est cassé une dent. Tout s'est bien passé jusqu'il y a quelques semaines où elle a dû retourner chez le dentiste. Celui-ci a constaté que les complications actuelles faisaient suite à l'accident précité. Entre-temps, il y a eu un changement de caisse-maladie. Quelle assurance doit prendre le cas en charge: l'ancienne compagnie d'assurance ou la nouvelle?

Assurance-accidents non professionnels

En Suisse, toute personne doit être obligatoirement assurée contre les accidents non professionnels, tel que cela est prévu par la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) à son article 10: *«L'employeur informe par écrit la personne qui quitte son emploi ou cesse d'être assurée contre les accidents non professionnels au sens de la Loi sur l'assurance accidents qu'elle doit le signaler à son assureur au sens de la présente loi. La même obligation incombe à l'assurance chômage lorsque le droit aux prestations de cette institution expire sans que l'intéressé prenne un nouvel emploi».*

Plus ou moins de 8 heures par semaine?

Toutefois, les personnes dont l'activité professionnelle atteint au moins 8 heures par semaine sont assurées par le biais de leur employeur, par le régime de l'assurance accidents. L'article 13, alinéa 1 de l'ordonnance de cette Loi spécifie que: «*Les travailleurs à temps partiel occupés chez un employeur au moins huit heures par semaine sont également assurés contre les accidents non professionnels*». Cela étant précisé, cette assurée est prise en charge par le régime LAMal, puisqu'elle n'a pas d'activité professionnelle. A ce propos, la caisse maladie couvre les frais de traitement dentaire, consécutifs à un accident, conformément à l'article 8, alinéa 3 LAMal.

En conclusion

C'est donc bien la nouvelle caisse-maladie qui devra prendre en charge les frais, sur la base du rapport du dentiste qui attestera qu'il s'agit bien des suites d'un accident.

1.6 Changement d'assureur (1)

EXEMPLE DE LA PRATIQUE

Peut-on changer de compagnie d'assurance maladie à n'importe quel âge et sans réserve?



Beaucoup de préjugés en matière d'assurance-maladie

Il faut combattre les préjugés qui ont toujours cours en ce qui concerne l'assurance maladie sociale (LAMal). L'assurance maladie de base est régie par une loi, appelée LAMal, à laquelle tous les assureurs maladie sont tenus de se conformer, en offrant des prestations identiques, pour une prime égale dans une même région (il peut y avoir jusqu'à trois «régions» par canton). De ce fait, il est parfaitement possible de changer de caisse maladie pour son assurance de base, cela en respectant le préavis de résiliation.

Différences entre assureurs

Quels peuvent être les désavantages d'un changement en matière d'assurance maladie de base?

Certains assureurs appliquent le principe du tiers garant pour l'achat de médicaments. Cela signifie que l'assuré devra avancer les frais de pharmacie avant que la caisse ne les lui rembourse. Cela peut poser un sérieux problème aux personnes nécessitant des traitements impliquant des médicaments à prix élevés.

Enfin, il faut savoir que certaines caisses n'entrent pas en matière pour le remboursement des factures avant que le montant de la franchise ne soit amorti (il faut envoyer toutes les factures en une seule fois) et peuvent mettre plus ou moins de temps avant de procéder au remboursement des factures qui leur sont adressées.

En conclusion

On peut changer de caisse sans égard à son âge ou à l'état de sa santé. Par contre, il faut faire attention en ce qui concerne les assurances complémentaires. On ne le répétera jamais assez: elles ne sont pas régies par la même Loi que l'assurance de base, mais par la LCA (Loi sur le contrat d'assurance). Il vaut mieux ne pas résilier ces assurances avant d'avoir la certitude que le futur assureur accepte l'assuré aux mêmes conditions.

1.7 Changement d'assureur (2)

EXEMPLE DE LA PRATIQUE

Changer d'assureur: N'est-ce pas se compliquer la tâche que de conserver les complémentaires dans une assurance et s'assurer pour les prestations de base dans une autre?



Simplicité ou économie, il faut choisir!

Il faut être réaliste: changer d'assureur ne résoudra pas le problème des coûts de la santé qui augmentent, comme chacun le sait, d'année en année. Au contraire, une «migration» de la totalité des assurés, vers des caisses meilleur marché par exemple, aurait pour conséquence une hausse considérable du travail pour les assureurs qui verraient leurs frais administratifs «exploser» (notamment les frais de personnel). Et, en fin de compte, ce sont les assurés qui devraient assumer ces coûts supplémentaires ...

Assurances complémentaires et assurance de base

Si l'on conserve ses assurances complémentaires régies, il faut le rappeler, par la Loi sur le contrat d'assurance (LCA) et non par la LAMal, auprès d'un assureur différent de celui auprès duquel on est assuré pour les prestations de base, Il faudra faire une copie de la facture envoyée à l'assureur qui couvre l'assuré pour les prestations de base.

ASTUCE DE LA PRATIQUE

Le but de l'opération consiste à faire éventuellement valoir des prestations qui n'auraient pas été couvertes par l'assurance maladie de base (par exemple des médicaments hors-liste ou un séjour dans un hôpital hors-canton).



Comment s'y prendre?

La copie de la facture, accompagnée du décompte des prestations de l'assureur LAMal, devra ensuite être adressée à l'assureur qui couvre des prestations régies par les assurances complémentaires, cela parce que certaines prestations qui ne sont pas ou que partiellement remboursées par la LAMal peuvent être prises en charge par les assurances complémentaires.

En outre, il faut peut-être se poser la question de la pertinence des assurances complémentaires contractées il y a parfois plusieurs années: une hospitalisation en division privée ou demi-privée est-elle toujours d'actualité? Ne suis-je pas doublement assuré (par exemple: la couverture pour les accidents non professionnels dont bénéficient une grande partie des salariés mais que beaucoup d'entre eux continuent à payer avec leur prime d'assurance maladie)?

En conclusion

Complicé tout cela? Pas vraiment, du moment que l'on est bien organisé et qu'on a décidé d'économiser. Les assureurs sont aussi à disposition pour renseigner leurs assurés dans de telles situations. Il ne faut donc pas hésiter à les solliciter en leur demandant conseil.

1.8 Hospitalisation hors canton

EXEMPLE DE LA PRATIQUE

Quels sont les frais remboursés lorsqu'on est hospitalisé dans un autre canton que son canton de résidence?



Forfaits

L'article 49 LAMal précise que pour rembourser le traitement hospitalier, les parties liées à une convention conviennent de forfaits. Pour les habitants du canton, ces forfaits couvrent au maximum, par patient ou par groupe d'assurés, 50% des coûts imputables dans la division commune d'hôpitaux publics ou subventionnés par les pouvoirs publics.

Les 50% des coûts restants sont pris en charge par le canton. Toutefois, l'article 41 LAMal permet le libre choix, pour l'assuré, entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier, l'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable dans le canton où réside l'assuré.

Traitement hors canton

En d'autres termes, l'assuré devra peut-être payer une différence s'il décide d'entamer un traitement dans un autre canton pour des raisons de «confort» ou de choix personnel. Par contre, si l'assuré recourt, par nécessité médicale ou en cas d'urgence, à un autre fournisseur de prestations, l'assureur prend en charge les coûts d'après le tarif applicable à cet autre fournisseur de prestations.

Cas d'urgence

Ce cas de figure peut se présenter en cas d'infarctus, une hospitalisation urgente au CHUV, par exemple, devenant nécessaire ou parce que le type d'intervention indispen-

sable à l'assuré n'est pas possible dans le canton d'origine. Le canton prendra alors en charge la différence entre les coûts facturés et les tarifs que l'hôpital applique aux résidents du canton.

Ce tarif pour un assuré d'un autre canton sera encore différent de celui qui y réside, puisqu'un assuré «hors canton» ne paie pas ses impôts dans le canton où il est hospitalisé. Pour résumer, l'hospitalisation hors canton est possible et prévue par la loi.

Simple confort de l'assuré

Mais s'il s'agit du simple confort de l'assuré, les frais supplémentaires qui pourraient en découler sont à sa charge ou à la charge de son assurance complémentaire s'il a eu la prudence d'en contracter une.

En conclusion

En cas de doute quant au remboursement de certaines prestations, il vaut mieux d'abord solliciter l'accord de sa caisse maladie ou de l'office compétent de son canton avant de les mettre devant le fait accompli.

1.9 Secret médical

EXEMPLE DE LA PRATIQUE



Sur ordonnance de son médecin généraliste, un assuré a consulté un psychologue. La caisse-maladie lui a indiqué qu'elle ne couvrait pas les frais pour ces consultations en lui indiquant les motifs de cette décision. L'assuré apprend que la caisse-maladie a demandé, sans l'en avertir, un certificat de bonne santé (psychique) auprès de son médecin généraliste. Ce dernier a accédé à cette demande sans l'en aviser. La caisse ne s'étant pas sentie concernée pour payer les consultations chez le psychologue a-t-elle le droit de réclamer des informations auprès du généraliste? Le généraliste a-t-il le droit d'informer la caisse-maladie en sachant que celle-ci n'a pas participé aux frais?

Qui renseigne et pourquoi

Pour répondre de manière précise, il faudrait connaître les raisons pour lesquelles la caisse a été amenée à demander des renseignements médicaux au médecin traitant. Y a-t-il eu demande de modification de couverture d'assurance?

Quoi qu'il en soit, les employés en assurances sociales sont soumis à réserve et au secret professionnel, ceci en vertu de l'article 33 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui stipule que «*Les personnes qui participent à l'application des lois sur les assurances sociales ainsi qu'à son contrôle ou à sa surveillance sont tenues de garder le secret à l'égard des tiers*».

La levée du secret médical ne s'impose pas

Il est donc tout à fait étonnant que le médecin traitant de cet assuré ait procédé de la sorte sans l'en avertir, pour autant qu'une circonstance ne le justifie. Donc s'il n'a pas sollicité de modification de son contrat d'assurance maladie en cours, l'assuré peut demander une explication au médecin traitant ainsi qu'à l'assureur maladie, car il n'est pas possible d'entreprendre n'importe quelles démarches sans l'assentiment de l'assuré et la Loi sur la protection des données restreint de manière drastique la communication de renseignements à des tiers.

En conclusion

Si l'assuré n'est pas satisfait des explications du médecin ou de l'assureur maladie, il lui reste toujours la possibilité de s'adresser au médiateur de l'assurance maladie sociale à l'adresse suivante: Ombudsman de l'assurance maladie sociale, Morgartenstrasse 9, 6003 Lucerne.

1.10 Suisse de retour au pays

EXEMPLE DE LA PRATIQUE

Un assuré ayant quitté son pays depuis 10 ans est de retour en Suisse. Quels sont ses droits en matière d'assurances sociales?



Vie privée et assurances sociales

Cette situation est très particulière et il serait abusif de conseiller cet assuré au sujet de sa vie privée. Nous allons donc nous borner à lui parler ... d'assurances sociales!

En matière d'assurance maladie, il faut s'affilier à une caisse d'assurance maladie pour l'assurance de base, car c'est une obligation.

Assurance accidents non professionnels

Cela vaut également pour l'assurance accidents non professionnels sous le régime LAMal pour les personnes sans activité lucrative ou travaillant moins de 8 heures par semaine auprès d'un même employeur ou ne bénéficiant pas des indemnités journalières de l'assurance chômage.

Demande de subside

Il est également possible d'adresser une demande de subside à l'office compétent en la matière; cela pourrait constituer un soutien financier non négligeable dans une telle situation.

En cas de difficultés financières, il est également possible de s'adresser au service social de sa commune de domicile qui sera en mesure de soutenir la personne se trouvant dans une telle situation.

ASTUCE DE LA PRATIQUE

Il est donc important de se renseigner quant à ses droits, et, dans la mesure du possible, de le faire sous forme écrite.



Voir également à ce propos sous assurance chômage et assurance vieillesse et survivants «Suisse de retour au pays» (rubrique 3.43).

1.11 Touristes assurés

EXEMPLE DE LA PRATIQUE

Pourquoi faut-il assurer contre la maladie ses parents, retraités habitant en Chine, lorsqu'ils viennent en Suisse durant six mois?



Exigence pour un séjour «durable»

Pour une fois, les choses sont simples en ce qui concerne les assurances sociales!

Pour des personnes qui vont séjourner plusieurs mois en Suisse, sans toutefois s'y rendre pour y travailler, mais vraisemblablement pour un séjour «touristique» en quelque sorte, il est obligatoire, comme la période du séjour excédera trois mois, de contracter une assurance en cas de maladie, comme l'exige l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal) à son article 1, alinéa 2, lettre a.

A ce sujet, il faut préciser que la conclusion d'une telle assurance est généralement exigée lors du dépôt de la demande de visa. Toutefois, toutes les compagnies d'assurances maladie n'offrent pas la possibilité d'assurer des ressortissants étrangers séjournant en Suisse à des fins touristiques.

Assurance fortement recommandée

Dans ce cas, comme les parents sont âgés, il est très vivement recommandé de faire le nécessaire à ce sujet, car une hospitalisation, par exemple, pourrait coûter plusieurs milliers de francs si aucune assurance n'a été conclue, ce d'autant que la prime est relativement modeste (env. CHF 150.– par mois).

Les accidents seront également pris en charge par le biais de cette assurance pour tout ce qui concerne les frais médicaux et d'hospitalisation.

En conclusion

Il est juste que la Suisse pose une telle exigence. D'une part parce que le législateur l'ordonne et d'autre part, parce que cela évitera des difficultés financières en cas de maladie ou d'accident.

1.12 VIH

EXEMPLE DE LA PRATIQUE

Quels sont les droits des personnes ayant contracté le virus VIH en matière de perte de gain de l'assurance maladie?



Perte de gain maladie

L'assurance perte de gain en cas de maladie n'est pas obligatoire en Suisse. Cependant, une personne peut avoir été assurée par son employeur sous le régime «social» (LAMal) ou sous le régime «privé» (LCA). S'il n'y avait pas de réserve d'assurance au départ, l'assurance perte de gain en cas de maladie pourra lui verser des indemnités journalières durant une certaine période, mais au plus pour une période de deux ans.

Par contre, si une personne désire conclure un contrat pour perte de gain en cas de maladie, le résultat du test de dépistage du VIH peut être demandé. Si le demandeur est porteur du VIH, la demande d'assurance d'indemnité journalière sera vraisemblablement rejetée (régime LCA) ou une réserve allant jusqu'à cinq ans pourra être émise (régime LAMal), car l'infection du VIH est déjà une maladie, conformément au Tribunal fédéral des assurances.

En conclusion

Diverses conditions peuvent être posées par les assurances face à la maladie connue d'un assuré. Il convient de prendre connaissance des rubriques traitant de ce sujet dans le présent ouvrage, sous assurance accidents, assurance chômage, assurance invalidité et assurance prévoyance professionnelle «VIH» (rubrique 2.31).

1.13 Contre l'avis médical

EXEMPLE DE LA PRATIQUE



Pendant une année, un assureur maladie a versé des indemnités journalières pour perte de gain à une assurée jusqu'au jour où, contre l'avis de son médecin traitant, son assurance a interrompu le versement des prestations, invoquant le fait qu'elle était en mesure de reprendre son activité professionnelle. Est-ce normal, quels sont les moyens de se défendre et auprès de quelle assurance s'adresser en attendant?

Intérêts financiers en jeu

Il faut préciser d'emblée qu'un seul médecin ne détient pas forcément la science infuse, qu'il s'agisse du médecin conseil de l'assureur ou du médecin de l'assurée. Les intérêts, notamment financiers, divergent souvent de part et d'autre, ce qui est somme toute assez logique. Dans de tels cas, la pratique veut qu'un médecin neutre soit désigné par les deux parties pour examiner l'assuré et leur permettre de trouver une solution acceptable.

En matière d'assurance perte de gain en cas de maladie, il faut rappeler qu'il existe un régime d'assurance sociale (LAMal) et un régime d'assurance privée (LCA). Les conditions d'assurance peuvent différer de manière notable entre ces deux régimes, et l'assureur privé dispose de plus de «liberté» d'action que l'assureur social.

Les alternatives

Une alternative à l'assurance maladie consisterait à déposer une demande auprès de l'assurance invalidité, cela si l'incapacité de travail perdure au-delà d'une année et qu'elle s'accompagne également d'une incapacité de gain (c'est même une obligation légale que de s'annoncer à l'AI passé ce délai, sans quoi on parlera alors d'annonce tardive avec ses possibles conséquences).

ASTUCE DE LA PRATIQUE



Il est aussi possible de s'inscrire à l'assurance chômage comme personne «libérée de la période de cotisations», afin de pouvoir bénéficier des prestations de cette assurance.

Cela suppose une capacité de travail, le but de l'assurance chômage étant d'aider les assurés à retrouver un emploi.

En conclusion

En tous les cas, il faut réagir rapidement en examinant notamment les raisons du refus de l'assureur qui prenait en charge les indemnités journalières perte de gain maladie, et former éventuellement recours contre ladite décision.

1.14 Droit de choisir ses assurés

EXEMPLE DE LA PRATIQUE

Un assuré souhaitait s'affilier à une petite caisse maladie. Il lui a été répondu que les statuts de cette assurance l'obligent à ne prendre en considération que la partie alémanique du canton, excluant de la sorte le village où il réside. Une caisse maladie a-t-elle le droit de procéder ainsi?



Demander l'avis du médiateur

L'ombudsman (ou médiateur en langue française), qui officie pour le compte de l'assurance maladie sociale à Lucerne affirme qu'il est tout à fait possible que les statuts de la caisse maladie en question indiquent un rayon d'activité se limitant à la région alémanique du canton.

Le spécialiste d'une caisse d'assurance maladie, également contacté à ce sujet, partage un point de vue identique à celui du médiateur. Il pose d'emblée la question d'une caisse à rayon d'activité bien défini et délimité, qu'on appelle «caisse fermée». En Valais et dans l'Emmental, par exemple, il existe des caisses maladie n'ayant le droit de pratiquer que dans certains villages. Il s'agit souvent de caisses subventionnées par les communes.

Si tel n'est pas le cas, «*ces statuts vont à l'encontre de l'esprit de la LAMal, régulé par le principe de la mutualité et de l'égalité de traitement*», poursuit ce même spécialiste.

Effectivement, «*ni la langue, ni la religion, ni la couleur de peau, ni l'état de santé ne doivent être des critères déterminants en matière de sélection*», conclut ce spécialiste.

En conclusion

Il est possible de demander à consulter les statuts de la caisse maladie en question, mais il est fort à parier qu'elle est dans son bon droit, même si cela peut paraître choquant et que ses primes sont attractives.

1.15 Factures impayées

EXEMPLE DE LA PRATIQUE

A quelles conditions ou selon quels critères un fournisseur de prestations de soins peut-il demander, voire exiger, d'être remboursé directement par un assureur maladie lorsque certains bénéficiaires n'honorent pas toujours leurs factures bien qu'ils aient reçu le remboursement par leur caisse?



L'assuré est le débiteur

Il s'agit ici d'un problème récurrent et qui n'a pas été résolu à ce jour. A ce propos, la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) indique, à son article 42, que: «*Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant).*»

En dérogation à l'article 22, alinéa 1, de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales qui stipule que «*le droit aux prestations est incessible, qu'il ne peut être donné en gage et que toute cession ou mise en gage est nulle*», la LAMal prévoit, toujours à son article 42, que ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations.

Accord de l'assuré

Dans tous les cas, l'assurance doit demander à l'assuré une déclaration écrite comme quoi il renonce aux prestations et que le versement s'effectuera directement au fournisseur de soins. Sans déclaration de l'assuré, aucune prestation n'est versée au fournisseur de soins.

IMPORTANT

Les fournisseurs ont l'obligation de soigner les patients, même si les factures restent impayées.



On le voit, il est difficile, pour les prestataires de services, de faire valoir leurs droits dans pareille situation, car depuis l'introduction de la LAMal, c'est le système du tiers garant qui prime, à savoir que c'est l'assuré qui est responsable du paiement des factures médicales, sauf convention contraire.

Situations particulières

Dans un cas bien particulier, celui des assurés ayant recours à un traitement à la méthadone (pour soigner leur dépendance à l'héroïne), un système de remboursement a été mis en place: le système du «tiers soldant». Il en va généralement de même pour les séjours hospitaliers.

La caisse maladie rembourse au fournisseur de prestation le montant du traitement moins la participation de l'assuré. Ainsi, on évitera de verser à des personnes souvent dépendantes de l'aide sociale des montants que le fournisseur de soins n'aurait probablement jamais pu recouvrer.

En conclusion

De manière générale, si l'assuré ne s'acquitte pas de sa facture alors qu'il a été remboursé par l'assureur, on peut qualifier cette manière de faire de malversation, punissable aux yeux de la loi.