

# Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal)

du 27 juin 1995 (Etat le 23 janvier 2001)

---

*Le Conseil fédéral suisse,*

vu l'article 96 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie<sup>1</sup>  
(loi/LAMal),

*arrête:*

## **Première partie: Assurance obligatoire des soins**

### **Titre premier: Obligation de s'assurer**

#### **Chapitre premier: Dispositions générales**

##### **Section 1: Personnes tenues de s'assurer**

###### **Art. 1** Obligation de s'assurer

<sup>1</sup> Les personnes domiciliées en Suisse au sens des articles 23 à 26 du code civil suisse<sup>2</sup> (CC) sont tenues de s'assurer, conformément à l'article 3 de la loi.

<sup>2</sup> Sont en outre tenus de s'assurer:

- a.<sup>3</sup> les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de séjour au sens de l'article 5 de la loi fédérale du 26 mars 1931<sup>4</sup> sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE) valable au moins trois mois;
- b. les ressortissants étrangers exerçant une activité dépendante et dont l'autorisation de séjour est valable moins de trois mois, lorsqu'ils ne bénéficient pas d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse;
- c.<sup>5</sup> les personnes qui ont déposé une demande d'asile en Suisse conformément à l'art. 18 de la loi du 26 juin 1998 sur l'asile<sup>6</sup> (loi sur l'asile), les personnes qui se sont vu accorder la protection provisoire selon l'art. 66 de la loi sur l'asile et les personnes pour lesquelles une admission provisoire a été décidée conformément à l'art. 14a LSEE.

RO 1995 3867

1 RS 832.10

2 RS 210

3 Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

4 RS 142.20

5 Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 août 1999, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 1999 (RO 1999 2403).

6 RS 142.31

**Art. 2** Exceptions à l'obligation de s'assurer

<sup>1</sup> Sont exceptés de l'obligation de s'assurer:

- a. les agents de la Confédération, en exercice ou retraités, qui sont soumis à l'assurance militaire en vertu de l'article 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre b, chiffres 1 à 7, et de l'article 2 de la loi fédérale du 19 juin 1992<sup>7</sup> sur l'assurance militaire (LAM);
- b. les personnes qui séjournent en Suisse dans le seul but de suivre un traitement médical ou une cure.

<sup>2</sup> Sont exceptées sur requête les personnes qui sont obligatoirement assurées contre la maladie en vertu du droit étranger, dans la mesure où l'assujettissement à l'assurance suisse signifierait une double charge et pour autant qu'elles bénéficient d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme étranger compétent donnant tous les renseignements nécessaires.

<sup>3</sup> Sont exceptées sur requête les personnes qui bénéficient, dans le cadre de l'entraide internationale en matière de prestations d'assurance-maladie, d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une copie de l'attestation du droit aux prestations utilisée dans le cadre de l'entraide internationale.

<sup>4</sup> Sont exceptées sur requête les personnes qui séjournent en Suisse dans le cadre de programmes nationaux ou internationaux destinés à favoriser la mobilité, les placements ou les échanges de personnes en stade de formation ou de perfectionnement, telles les étudiants, écoliers et stagiaires, ainsi que les enseignants et les chercheurs, pour autant que leur séjour n'excède pas douze mois et que l'organisme responsable du programme s'engage à ce que, pendant toute la durée de validité de l'exception, au moins les prestations prévues par la LAMal soient couvertes pour les traitements en Suisse. Pour les personnes en stade de formation ou de perfectionnement, l'autorité cantonale compétente peut, sur requête et pour trois années supplémentaires au plus, prolonger la durée de l'exception lorsque les autres conditions sont remplies. L'intéressé ou l'organisme responsable du programme ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception.<sup>8</sup>

<sup>5</sup> Sont exceptés sur requête les travailleurs détachés en Suisse qui sont exemptés de l'obligation de payer les cotisations de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse (AVS/AI) en vertu d'une convention internationale de sécurité sociale, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'article 3, 2<sup>e</sup> alinéa, lorsque leur employeur s'engage à ce que, pendant toute la durée de validité de l'exception, au moins les prestations prévues par la LAMal soient assurées pour les traitements en Suisse. Cette disposition est applicable par analogie aux autres personnes exemptées de l'obligation de payer des cotisations de l'AVS/AI par une autorisation exceptionnelle prévue dans une convention internationale en cas de séjour temporaire en

<sup>7</sup> RS 833.1

<sup>8</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

Suisse. L'intéressé ou son employeur ne peut revenir sur l'exception ou la renonciation à une exception.<sup>9</sup>

### **Art. 3** Frontaliers

<sup>1</sup> Les frontaliers qui exercent en Suisse une activité lucrative, ainsi que les membres de leur famille, pour autant que ceux-ci n'exercent pas à l'étranger une activité lucrative impliquant l'assujettissement à une assurance-maladie obligatoire, sont soumis à l'assurance suisse sur requête de leur part.

<sup>2</sup> Sont considérés comme membres de la famille les conjoints ainsi que les enfants de moins de 18 ans révolus et ceux de moins de 25 ans révolus qui fréquentent une école ou poursuivent des études ou un apprentissage.

### **Art. 4** Travailleurs détachés

<sup>1</sup> Demeurent soumis à l'assurance obligatoire suisse les travailleurs détachés à l'étranger, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'article 3, 2<sup>e</sup> alinéa, qui les accompagnent, lorsque:

- a. le travailleur était assuré obligatoirement en Suisse immédiatement avant le détachement et
- b. qu'il travaille pour le compte d'un employeur dont le domicile ou le siège est en Suisse.

<sup>2</sup> Les membres de la famille ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire suisse s'ils exercent à l'étranger une activité lucrative impliquant l'assujettissement à une assurance-maladie obligatoire.

<sup>3</sup> L'assurance obligatoire est prolongée de deux ans. Sur requête, l'assureur la prolonge jusqu'à six ans en tout.

<sup>4</sup> Pour les personnes considérées comme détachées au sens d'une convention internationale de sécurité sociale, la prolongation de l'assurance correspond à la durée de détachement autorisée par cette convention. La même règle s'applique aux autres personnes qui, en raison d'une telle convention, sont soumises à la législation suisse pendant un séjour temporaire à l'étranger.

### **Art. 5** Personnes relevant d'un service public qui séjournent à l'étranger

<sup>1</sup> Les personnes suivantes et les membres de leur famille au sens de l'article 3, 2<sup>e</sup> alinéa, qui les accompagnent sont assujettis à l'assurance obligatoire:

- a. les agents fédéraux relevant du Département fédéral des affaires étrangères (DFAE) qui sont soumis à un régime de mutations;
- b. les agents fédéraux relevant du DFAE ou d'un autre département qui exercent leur activité hors de Suisse;

<sup>9</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

- c. les personnes se trouvant à l'étranger en raison de leur activité pour le compte d'autres collectivités ou établissements suisses de droit public.

<sup>2</sup> Les membres de la famille ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire suisse s'ils exercent à l'étranger une activité lucrative impliquant l'assujettissement à une assurance-maladie obligatoire.

<sup>3</sup> Le personnel engagé sur place n'est pas soumis à l'assurance obligatoire.

#### **Art. 6** Personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international

<sup>1</sup> Les membres des missions diplomatiques, missions permanentes et postes consulaires en Suisse et les membres de leur famille qui les accompagnent, de même que les fonctionnaires internationaux et les membres de leur famille qui les accompagnent ne sont pas tenus de s'assurer. Ils peuvent demander à être soumis à l'assurance suisse.

<sup>2</sup> Les domestiques privés des membres des missions diplomatiques, missions permanentes et postes consulaires en Suisse, ainsi que ceux des fonctionnaires internationaux sont soumis à l'assurance obligatoire lorsqu'ils ne sont pas assurés dans l'Etat de leur employeur ou dans un Etat tiers. Le DFAE règle les modalités d'application de cette disposition.

<sup>3</sup> Les anciens fonctionnaires internationaux et les membres de leur famille au sens de l'article 3, 2<sup>e</sup> alinéa, sont, à leur demande, exemptés de l'assurance obligatoire s'ils bénéficient auprès du système d'assurance-maladie de leur ancienne organisation d'une couverture d'assurance analogue pour les traitements en Suisse. La requête doit être accompagnée d'une attestation écrite de l'organisme compétent de l'organisation internationale donnant tous les renseignements nécessaires.

### **Section 2: Début et fin de l'assurance**

#### **Art. 7** En général

<sup>1</sup> Les ressortissants suisses qui, après un séjour à l'étranger, prennent domicile en Suisse, ainsi que les ressortissants étrangers détenteurs d'une autorisation d'établissement ou d'une autorisation de séjour au sens de l'article 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre a, sont tenus de s'assurer dans les trois mois qui suivent leur annonce au service compétent pour le contrôle des habitants. S'ils s'assurent à temps, l'assurance déploie ses effets dès la date de prise de domicile ou de résidence enregistrée par ledit service.

<sup>2</sup> Les ressortissants étrangers détenteurs d'une autorisation de séjour au sens de l'article 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre b, doivent être assurés dès leur entrée en Suisse.

<sup>3</sup> Pour les personnes visées aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, l'assurance prend fin à la date de départ annoncée au service compétent pour le contrôle des habitants, dans tous les cas le jour du départ effectif de la Suisse, ou à la mort de l'assuré.

<sup>4</sup> Les frontaliers et les membres de leur famille qui entendent être soumis à l'assurance suisse (art. 3) doivent s'assurer dans les six mois suivant le début de la validité de l'autorisation pour frontaliers. S'ils s'assurent dans les trois mois suivant le début

de la validité de l'autorisation, l'assurance déploie ses effets dès cette date. S'ils s'assurent plus tard, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assurance prend fin avec l'abandon de l'activité lucrative en Suisse, avec l'expiration ou la révocation de l'autorisation pour frontaliers, à la mort de l'assuré ou avec la renonciation à l'assujettissement à l'assurance suisse. Dans ce dernier cas, une nouvelle requête ne peut être déposée, sauf raison particulière.

<sup>5</sup> Les demandeurs d'asile et les personnes à protéger sont tenus de s'assurer immédiatement après l'affectation aux cantons prévue à l'art. 27 de la loi sur l'asile<sup>10</sup>. Les personnes admises à titre provisoire sont tenues de s'assurer immédiatement après la décision d'admission provisoire. L'assurance déploie ses effets dès le dépôt de la demande d'asile, de la décision d'admission provisoire ou de l'octroi de la protection provisoire. Elle prend fin le jour pour lequel il est prouvé que l'assuré a quitté définitivement la Suisse ou 30 jours après la date de départ fixée par une décision entrée en force ou à la mort de l'assuré.<sup>11</sup>

<sup>6</sup> Les personnes jouissant de privilèges en vertu du droit international et les membres de leur famille qui entendent être soumises à l'assurance suisse (art. 6, 1<sup>er</sup> al.) doivent s'assurer dans les six mois qui suivent la date à laquelle ils ont reçu une carte de légitimation du DFAE. L'assurance déploie ses effets dès la date où ils sont titulaires de cette carte. L'assurance prend fin avec l'expiration des fonctions en Suisse, à la mort de l'assuré ou avec la renonciation à l'assujettissement à l'assurance obligatoire suisse. Dans ce dernier cas, une nouvelle requête ne peut être déposée, sauf raison particulière.

<sup>7</sup> Les agents de la Confédération en exercice ou retraités visés à l'article 2, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a, qui sortent de l'assurance militaire doivent s'assurer pour les soins dans les trois mois suivant la sortie de l'assurance militaire auprès d'un assureur désigné à l'article 11 de la loi. S'ils s'assurent à temps, l'assurance déploie ses effets dès la sortie de l'assurance militaire.

#### **Art. 7a<sup>12</sup>**      Maintien de l'assurance pour personnes non assujetties

Les assureurs peuvent offrir aux personnes qui étaient soumises à l'assurance obligatoire des soins en vertu des articles 1<sup>er</sup>, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, lettres a et c, et des articles 3 à 6, le maintien des rapports d'assurance sur une base contractuelle. Le contrat peut être conclu auprès du même assureur ou d'un autre. Le financement des prestations qui correspondent à celles de l'assurance obligatoire des soins est régi par les principes de l'assurance-maladie sociale. Les rapports d'assurance sont soumis à la loi du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance<sup>13</sup>.

<sup>10</sup> RS 142.31

<sup>11</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 août 1999, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> oct. 1999 (RO 1999 2403).

<sup>12</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1996 (RO 1996 3139).

<sup>13</sup> RS 221.229.1

**Art. 8** Supplément de prime en cas d'affiliation tardive

<sup>1</sup> Le supplément de prime prévu à l'article 5, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi est prélevé pour le double de la durée du retard d'affiliation. Il se situe entre 30 et 50 pour cent de la prime. L'assureur fixe le supplément en fonction de la situation financière de l'assuré. Si le paiement du supplément met celui-ci dans la gêne, l'assureur fixe un taux inférieur à 30 pour cent, en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard.

<sup>2</sup> Il n'est pas perçu de supplément lorsque les primes sont prises en charge par l'autorité compétente d'aide sociale.

**Art. 9** Demeure de l'assuré

<sup>1</sup> Si, malgré sommation, l'assuré ne paie pas des primes ou participations aux coûts échues, l'assureur doit engager une procédure de poursuite. Si cette procédure aboutit à un acte de défaut de biens, l'assureur en informe l'autorité compétente d'aide sociale. Sont réservées les dispositions cantonales qui prévoient une annonce préalable à l'autorité chargée de la réduction des primes.

<sup>2</sup> Après avoir reçu un acte de défaut de biens et informé l'autorité d'aide sociale, l'assureur peut suspendre la prise en charge des prestations jusqu'à ce que les primes ou participations aux coûts arriérées soient entièrement payées. Il devra prendre en charge les prestations pour la période de suspension dès qu'il aura reçu ces paiements.<sup>14</sup>

<sup>3</sup> Lorsque l'assuré en demeure entend changer d'assureur, son assureur actuel ne peut mettre fin au rapport d'assurance que si les primes ou participations aux coûts arriérées ont été entièrement payées.<sup>15</sup>

<sup>4</sup> Lorsqu'une procédure de poursuite ne peut pas être engagée contre un assuré qui n'est pas soumis à la législation suisse sur l'aide sociale ou qu'elle n'aboutit pas au paiement des primes ou participations aux coûts, l'assureur peut mettre fin au rapport d'assurance, après une sommation écrite dans laquelle il avertit l'assuré des conséquences de son omission.

**Section 3: Tâches des cantons****Art. 10**

<sup>1</sup> Les cantons informent périodiquement la population sur l'obligation de s'assurer. Ils veillent notamment à ce que les personnes en provenance de l'étranger, ainsi que les parents de nouveau-nés soient informés en temps utile.

<sup>14</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>15</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>2</sup> L'autorité cantonale compétente statue sur les requêtes prévues aux articles 2, 2<sup>e</sup> à 5<sup>e</sup> alinéas, et 6, 3<sup>e</sup> alinéa.<sup>16</sup>

## **Chapitre 2: Suspension de l'obligation d'assurance et de la couverture des accidents<sup>17</sup>**

### **Art. 10<sup>a</sup><sup>18</sup>** Suspension de l'obligation d'assurance

<sup>1</sup> La suspension de l'obligation d'assurance selon l'art. 3, al. 4, de la loi déploie ses effets le jour où l'assuré est soumis à la LAM<sup>19</sup>.

<sup>2</sup> Au terme de la soumission à l'assurance militaire, l'assuré doit apporter à l'assureur la preuve de la durée effective de cette soumission.

<sup>3</sup> Si l'assuré a été soumis à l'assurance militaire plus de 60 jours consécutifs, l'assureur lui restitue le montant des primes payées durant la période de la suspension.

<sup>4</sup> L'assureur indique aux autorités cantonales compétentes les personnes dont l'assurance a été suspendue ainsi que la durée de la suspension.

### **Art. 11** Suspension de la couverture des accidents<sup>20</sup>

<sup>1</sup> La suspension de la couverture des accidents, prévue à l'article 8 de la loi, a lieu sur demande écrite de l'assuré et déploie ses effets au plus tôt le premier jour du mois qui suit cette demande.

<sup>2</sup> Avant la fin des rapports de travail, du droit à l'indemnité de chômage ou de la couverture des accidents non professionnels, l'employeur ou l'assurance-chômage informent l'assuré par écrit qu'il doit indiquer à l'assureur-maladie le moment où cesse la couverture des accidents. L'assuré doit faire cette communication à l'assureur-maladie dans le mois qui suit l'information donnée par l'employeur ou l'assurance-chômage.

<sup>16</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO **1996** 3139).

<sup>17</sup> Anciennement avant l'art. 11. Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO **2001** 138).

<sup>18</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO **2001** 138).

<sup>19</sup> RS **833.1**

<sup>20</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO **2001** 138).

## Titre deuxième: Organisation

### Chapitre premier: Assureurs

#### Art. 12 Reconnaissance des caisses-maladie

<sup>1</sup> Les caisses-maladie au sens de l'article 12 de la loi doivent revêtir l'une des formes juridiques suivantes:

- a. association (art. 60 CC<sup>21</sup>), fondation (art. 80 CC), société coopérative (art. 828 du code des obligations<sup>22</sup>, CO) ou société anonyme poursuivant un but qui n'est pas de nature économique (art. 620, 3<sup>e</sup> al., CO);
- b. personne morale de droit public cantonal.

<sup>2</sup> La reconnaissance est accordée en même temps que l'autorisation de pratiquer prévue à l'article 13 de la loi. Elle prend effet au début d'une année civile. La demande doit en être faite à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) jusqu'au 30 juin de l'année précédente. Doivent être joints à la demande:

- a. les statuts, l'acte constitutif ou la réglementation cantonale ou communale pertinente, ainsi qu'un extrait du registre du commerce;
- b. les dispositions sur les formes particulières d'assurance obligatoire des soins prévues à l'article 62 de la loi et sur l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des articles 67 à 77 de la loi, ainsi que les éventuelles dispositions générales sur les droits et obligations des assurés;
- c. les tarifs de primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières prévue aux articles 67 à 77 de la loi;
- d. un budget ventilé selon l'assurance obligatoire des soins et l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des articles 67 à 77 de la loi;
- e. un aperçu des réserves et des provisions réparties selon les catégories d'assurance citées sous lettre d);
- f. si la caisse-maladie prévoit de pratiquer des assurances complémentaires et d'autres branches d'assurance au sens de l'article 12, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi, la communication selon laquelle une requête a été déposée auprès de l'Office fédéral des assurances privées (OFAP).

<sup>3</sup> La réserve minimale d'une caisse-maladie (art. 78) qui demande la reconnaissance doit correspondre à celle d'une caisse-maladie comptant 5001 à 10 000 assurés. Servent de base de calcul les frais de soins moyens selon la dernière statistique de l'assurance-maladie sociale établie par l'OFAS, majorés de 50 pour cent. Pour les caisses-maladie dont le rayon d'activité territorial est fortement restreint, l'OFAS peut admettre une réserve minimale inférieure.

<sup>4</sup> Le Département fédéral de l'intérieur (département) accorde la reconnaissance lorsque les conditions légales sont remplies et que les tarifs de primes ont été approuvés par l'OFAS.

<sup>21</sup> RS 210

<sup>22</sup> RS 220



<sup>5</sup> Le département retire la reconnaissance si une caisse-maladie en fait la demande ou si elle ne remplit plus les conditions légales. Ce faisant, il veille à ce que le retrait de la reconnaissance ne porte effet qu'au moment où tous les assurés ont été repris par d'autres assureurs.

**Art. 13** Assurances complémentaires

Les caisses-maladie peuvent pratiquer les assurances complémentaires prévues à l'article 12, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi, lorsqu'elles y ont été autorisées par le Département fédéral de justice et police.

**Art. 14** Autres branches d'assurance

Sont considérées comme autres branches d'assurance au sens de l'article 12, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi:

- a. une indemnité de décès de 6000 francs au plus;
- b. une indemnité de décès par suite d'accident de 6000 francs au plus;
- c. des indemnités d'invalidité par suite de maladie et d'accident d'au plus 6000 francs chacune;
- d. une indemnité d'invalidité par suite de paralysie de 70 000 francs au plus.

**Art. 15** Autorisation de pratiquer

<sup>1</sup> L'autorisation de pratiquer prévue à l'article 13 de la loi prend effet au début d'une année civile. La demande doit en être faite à l'OFAS jusqu'au 30 juin de l'année précédente. Doivent être joints à la demande:

- a. pour les caisses-maladie, les pièces désignées à l'article 12, 2<sup>e</sup> alinéa, lettres a à e;
- b. pour les institutions d'assurance privées, les documents d'où ressort l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie conformément à la loi fédérale du 23 juin 1978 sur la surveillance des assurances<sup>23</sup> (LSA), ainsi que les pièces désignées à l'article 12, 2<sup>e</sup> alinéa, lettres b à e.

<sup>2</sup> Le département accorde l'autorisation lorsque les conditions légales sont remplies et que les tarifs de primes ont été approuvés par l'OFAS.

## Chapitre 2: Réassureurs

**Art. 16** Autorisation de pratiquer

<sup>1</sup> Peuvent être autorisées à pratiquer la réassurance au sens de l'article 14 de la loi:

- a. les institutions qui réassurent les prestations de l'assurance-maladie au sens de la loi pour 50 000 personnes au moins;

- b. les caisses-maladie comptant au moins 50 000 assurés;
- c. les institutions d'assurance privées qui sont habilitées à pratiquer la réassurance en matière d'assurance-maladie.

<sup>2</sup> L'article 15, 1<sup>er</sup> alinéa, s'applique par analogie. Le département accorde l'autorisation lorsque les conditions légales sont remplies.

<sup>3</sup> Les dispositions visant les assureurs sont applicables par analogie aux réassureurs, dans la mesure où elles les concernent.

#### **Art. 17** Réserves

<sup>1</sup> L'OFAS établit des directives sur la constitution des réserves pour la réassurance.

<sup>2</sup> Si le nombre de personnes couvertes par un réassureur au sens de l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, lettres a et b, tombe provisoirement au-dessous de 50 000, l'OFAS peut exiger des garanties supplémentaires.

#### **Art. 18** Réassurance

<sup>1</sup> Lorsqu'un assureur est réassuré, ses primes de réassurance ne peuvent dépasser 50 pour cent du total des primes dues par les assurés.

<sup>2</sup> Les réassureurs doivent communiquer les contrats de réassurance, leurs modifications et leurs compléments à l'OFAS. Les contrats doivent régler les modalités de résiliation. Ils doivent pouvoir être résiliés au moins pour la fin de chaque année civile qui suit celle au cours de laquelle ils sont entrés en vigueur. Le délai de résiliation doit être d'au moins six mois. Le réassureur doit informer immédiatement l'OFAS de la résiliation.

### **Chapitre 3: Institution commune**

#### **Art. 19** Exécution d'engagements internationaux

<sup>1</sup> L'institution commune est chargée de l'exécution de l'entraide en matière de prestations dans l'assurance-maladie, conformément aux engagements pris par la Suisse.

<sup>2</sup> Les frais occasionnés par l'entraide en matière de prestations sont pris en charge par les assureurs en proportion du nombre de personnes qu'ils assurent à titre obligatoire pour les soins.

<sup>3</sup> La Confédération prend en charge les intérêts sur les avances de prestations accordées au titre de l'entraide.

#### **Art. 19a<sup>24</sup>** Attribution de tâches par le département

Si une redistribution des réserves entre les assureurs-maladie est nécessaire, le département peut confier la redistribution à l'institution commune.

<sup>24</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 28 sept. 1998 (RO 1998 2634).

**Art. 20**            Organe de révision

L'institution commune doit désigner un organe de révision. Les articles 86 à 88 sont applicables par analogie.

**Art. 21**            Rapports

L'institution commune remet à l'OFAS, jusqu'au 30 juin de l'année suivante, un rapport annuel sur ses activités. Elle y joint, pour chacun de ses domaines d'activités:

- a. un compte d'exploitation;
- b. un aperçu des réserves;
- c. le rapport de l'organe de révision.

**Art. 22**            Contentieux

<sup>1</sup> En cas de litige entre l'institution commune et un assuré ou une personne qui possède des droits en vertu du droit international, ainsi qu'entre l'institution commune et un assureur ou un fournisseur de prestations, les articles 79 à 91 de la loi sont applicables par analogie.

<sup>2</sup> L'article 15 de l'ordonnance du 12 avril 1995<sup>25</sup> sur la compensation des risques dans l'assurance-maladie est réservé.

**Chapitre 4: Promotion de la santé****Art. 23**

<sup>1</sup> Les articles 20 et 21 sont applicables par analogie à la surveillance de l'institution prévue à l'article 19, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi. Le rapport d'activité est publié.

<sup>2</sup> L'institution adresse à l'OFAS, avec les documents requis pour la surveillance, sa proposition de contribution pour l'année suivante (art. 20, 1<sup>er</sup> al., LAMal). Cette proposition doit être accompagnée d'un programme d'activité et d'un budget.

**Chapitre 5: Surveillance****Section 1: Répartition des compétences****Art. 24**            Surveillance de la pratique de l'assurance

<sup>1</sup> L'OFAS surveille la pratique de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens des articles 24 à 31 et 67 à 77 de la loi.

<sup>25</sup> RS 832.112.1

<sup>2</sup> L'OFAP surveille la pratique des assurances désignées à l'article 12, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi.

#### **Art. 25** Surveillance institutionnelle des caisses-maladie

L'OFAS veille à ce que les caisses-maladie et les institutions désignées à l'article 16, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a, soient constamment en mesure de remplir les conditions de la reconnaissance et de l'autorisation de pratiquer.

#### **Art. 26**<sup>26</sup> Surveillance de l'institution commune

L'institution commune prévue à l'article 18 de la loi est soumise à la surveillance du département. L'OFAS seconde le département pour l'accomplissement de cette tâche dans les domaines qui lui sont attribués. Il examine notamment la situation financière de l'institution commune et en rend régulièrement compte au département.

### **Section 2: Recours de l'OFAS**

#### **Art. 27**<sup>27</sup>

<sup>1</sup> Les jugements concernant l'assurance-maladie sociale rendus par les autorités cantonales de recours, les tribunaux cantonaux des assurances (art. 86 LAMal) et les tribunaux arbitraux (art. 89 LAMal) doivent être communiqués à l'OFAS.

<sup>2</sup> L'OFAS peut recourir contre ces jugements devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 103 et 132 de l'organisation judiciaire du 16 déc. 1943<sup>28</sup>).

### **Section 3: Données nécessaires à la surveillance**

#### **Art. 28** Données des assureurs

<sup>1</sup> En vue de la surveillance de l'application de la loi, les assureurs communiquent chaque année à l'OFAS, conjointement aux rapports et comptes mentionnés à l'art. 21, al. 3, de la loi, les données résultant de la facturation des prestations et de l'activité d'assurance.<sup>29</sup>

<sup>1bis</sup> Les données servent à:

- a. surveiller l'application uniforme de la loi;
- b. suivre l'évolution des coûts;

<sup>26</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1998 (RO 1998 1818).

<sup>27</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>28</sup> RS 173.110

<sup>29</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 nov. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2911).

- c. contrôler le caractère économique des prestations fournies (contrôle statistique des coûts d'après le sexe, l'âge, le lieu de résidence, le fournisseur de prestations);
- d. garantir l'égalité de traitement des assurés;
- e. garantir que les différences de primes correspondent aux différences de coûts cantonales et régionales et que les ressources de l'assurance sociale sont exclusivement affectées aux buts de celle-ci;
- f. préparer les bases de décision permettant de prendre les mesures ordinaires et extraordinaires prévues par la loi en vue de la maîtrise des coûts;
- g. observer les effets de la loi et préparer les bases de décision pour les modifications de la loi et des dispositions d'application de la loi éventuellement nécessaires.<sup>30</sup>

<sup>1er</sup> L'OFAS veille à ce que la fourniture des données requises occasionne aux assureurs aussi peu de travail que possible. Il met les résultats de la collecte des données à la disposition des organes participant à l'application de la loi en respectant les dispositions du droit de la protection des données.<sup>31</sup>

<sup>1quater</sup> Les assureurs communiquent chaque année à l'OFAS, par assuré et sous une forme garantissant l'anonymat, les données administratives suivantes résultant de l'application de la loi:

- a. l'âge, le sexe et le lieu de résidence des assurés;
- b. les admissions et les démissions, ainsi que les décès;
- c. les formes d'assurance souscrites dans le cadre de l'assurance-maladie sociale, avec indication du montant de la prime et de la franchise;
- d. l'étendue, le genre et les coûts des prestations obtenues par les assurés durant une année entière;
- e. les fournisseurs de ces prestations;
- f. le montant de la participation aux coûts perçue.<sup>32</sup>

<sup>2</sup> Les assureurs doivent fournir ces informations au moyen de supports de données électroniques. Ils peuvent en être dispensés par l'OFAS, à leur demande et pour une période limitée, dans la mesure où ils ne disposent pas des moyens techniques nécessaires.

<sup>3</sup> Les assureurs doivent fournir ces informations à leurs propres frais, de manière exacte et complète, en observant les délais impartis et sous une forme garantissant l'anonymat.

<sup>4</sup> Les assureurs veillent à ce que le registre du code-créanciers soit transmis chaque année à l'OFAS.

<sup>30</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>31</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>32</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>5</sup> L'OFAS établit, après avoir consulté les assureurs, des directives sur les mesures à prendre en vertu des al. 1, 1<sup>bis</sup>, 1<sup>ter</sup>, 1<sup>quater</sup> et 2 à 4.<sup>33</sup>

#### **Art. 29** Effectif de risques

Dans les cas où l'assurance a duré moins d'une année, le nombre total des mois d'assurance divisé par douze est déterminant pour le calcul des effectifs moyens d'assurés que doivent communiquer les assureurs.

#### **Art. 30** Données des hôpitaux et autres institutions

<sup>1</sup> En vue de l'examen du degré de couverture des coûts, de l'évolution des coûts ainsi que du caractère économique et de la qualité des prestations, les hôpitaux et les autres institutions visées à l'article 39 de la loi communiquent à l'OFAS les indications suivantes:

- a. la forme juridique, le genre d'activité, l'infrastructure et l'équipement des institutions;
- b. l'effectif du personnel et le nombre de places de formation ainsi que leur structure;
- c. le nombre de patients et la structure de leur effectif;
- d. le genre et l'ampleur des prestations fournies;
- e. les charges, les produits et le résultat d'exploitation;
- f. les prix et les tarifs.

<sup>2</sup> Toute institution qui facture des prestations au sens des articles 24 à 31 de la loi est tenue de fournir ces informations.

<sup>3</sup> Les données sont collectées par l'Office fédéral de la statistique (OFS), dans le cadre des statistiques du domaine hospitalier désignées dans l'annexe à l'ordonnance du 30 juin 1993<sup>34</sup> concernant l'exécution des relevés statistiques fédéraux.

<sup>4</sup> Le département peut charger des tiers par contrat de collecter les données nécessaires à la surveillance qui ne peuvent être rassemblées dans le cadre des relevés au sens du 3<sup>e</sup> alinéa. Dans ces cas, l'OFAS consulte les hôpitaux et autres institutions sur les mesures nécessaires qu'eux-mêmes ou des tiers doivent prendre à cet effet.

#### **Art. 31** Publication

<sup>1</sup> L'OFAS veille à ce que les résultats des relevés de données servant à la surveillance soient publiés de telle manière qu'il soit notamment possible d'en tirer des informations sur les formes d'assurance, les prestations et les coûts selon l'âge, le sexe et la région ainsi que selon les catégories de fournisseurs de prestations, d'établissements et de soins.

<sup>33</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>34</sup> RS 431.012.1

<sup>2</sup> L'OFAS peut publier par assureur les chiffres suivants concernant l'assurance obligatoire des soins:

- a. recettes et dépenses;
- b. résultat par assuré;
- c. réserves;
- d. provisions pour cas d'assurance non liquidés;
- e. coûts des soins;
- f. compensation des risques;
- g. frais d'administration;
- h. effectif des assurés;
- i. primes.

### **Art. 32** Analyse des effets

<sup>1</sup> L'OFAS, en collaboration avec les assureurs, les fournisseurs de prestations, les cantons et des représentants des milieux scientifiques, procède à des études scientifiques sur l'application et les effets de la loi.

<sup>2</sup> Ces études ont pour objet l'influence de la loi sur la situation et le comportement des assurés, des fournisseurs de prestations et des assureurs. Elles servent notamment à examiner si la qualité et le caractère économique des soins de base sont garantis et si les objectifs de politique sociale et de concurrence sont atteints.

<sup>3</sup> En vue de l'exécution de ces études, l'OFAS peut faire appel à des instituts scientifiques et nommer des groupes d'experts.

## **Titre troisième: Prestations**

### **Chapitre premier: Désignation des prestations**

#### **Art. 33** Prestations générales

Le département désigne, après avoir consulté la commission compétente:

- a. les prestations fournies par les médecins ou les chiropraticiens dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions;
- b. les prestations visées à l'article 25, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi qui ne sont pas fournies par les médecins ou les chiropraticiens;
- c. les prestations nouvelles ou controversées dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation; il détermine les conditions et l'étendue de la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins;

- d. les mesures de prévention visées à l'article 26 de la loi, les prestations en cas de maternité visées à l'article 29, 2<sup>e</sup> alinéa, lettres a et c, de la loi et les soins dentaires visés à l'article 31, 1<sup>er</sup> alinéa, de la loi;
- e. les moyens et appareils au sens de l'article 52, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a, chiffre 3, de la loi qui doivent être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins; il fixe des montants maximaux pour leur remboursement;
- f. la participation aux frais de cures balnéaires prévue à l'article 25, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre c, de la loi; cette participation sert à couvrir les frais de cure qui ne sont pas par d'autres prestations de l'assurance obligatoire des soins; elle peut être versée 21 jours au plus par année civile;
- g. la contribution aux frais de transport et de sauvetage prévue à l'article 25, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre g, de la loi; les transports médicalement nécessaires d'un hôpital à l'autre font partie du traitement hospitalier.

#### **Art. 34** Analyses et médicaments

Les listes désignées à l'article 52, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a, chiffres 1 (liste des analyses) et 2 (liste des médicaments), et lettre b (liste des spécialités), de la loi sont établies après consultation de la commission compétente.

#### **Art. 35** Mesures thérapeutiques en cas d'infirmité congénitale

Les mesures thérapeutiques prodiguées en cas d'infirmité congénitale (art. 52, 2<sup>e</sup> al., LAMal) doivent être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, dès que l'assuré atteint l'âge auquel cesse le droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

## **Chapitre 2: Etendue de la prise en charge**

#### **Art. 36** Prestations à l'étranger

<sup>1</sup> Le département désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux articles 25, 2<sup>e</sup> alinéa, et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse.

<sup>2</sup> L'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement.

<sup>3</sup> L'assurance obligatoire des soins prend en charge, dans le cadre de l'article 29 de la loi, les coûts d'un accouchement ayant eu lieu à l'étranger lorsqu'il constitue le seul moyen de procurer à l'enfant la nationalité de la mère ou du père, ou lorsque l'enfant serait apatride s'il était né en Suisse.

<sup>4</sup> Les prestations visées aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, et les traitements effectués à l'étranger pour les frontaliers, les travailleurs détachés et les personnes occupées par un service



public, ainsi que pour les membres de leur famille (art. 3 à 5), sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse; dans les cas prévus au 3<sup>e</sup> alinéa, le montant maximum correspond à celui qui aurait été payé en Suisse. Pour les assurés visés aux articles 4 et 5, la prise en charge des coûts s'effectue sur la base des tarifs et des prix applicables à leur dernier lieu de résidence en Suisse.<sup>35</sup>

#### **Art. 37** Frontaliers

En cas de traitement hospitalier ou semi-hospitalier en Suisse, les frontaliers et les membres de leur famille soumis à l'assurance suisse sont assimilés aux assurés résidant dans un autre canton. L'assureur prend en charge la totalité des coûts facturés selon les tarifs valables pour les assurés résidant dans un autre canton.

### **Chapitre 3:**<sup>36</sup> **Commissions**

#### **Art. 37a** Commissions consultatives

Les commissions consultatives au sens de l'article 33, 4<sup>e</sup> alinéa, de la loi sont:

- a. la Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie (Commission des principes);
- b. la Commission fédérale des prestations générales (Commission des prestations);
- c. la Commission fédérale des médicaments;
- d. la Commission fédérale des analyses;
- e. la Commission fédérale des moyens et appareils.

#### **Art. 37b** Dispositions générales

<sup>1</sup> Le Conseil fédéral nomme les membres des commissions. Celles-ci sont présidées par un représentant de l'OFAS.

<sup>2</sup> Chaque commission se dote d'un règlement qui est soumis à l'approbation du département. Ce règlement régit en particulier:

- a. l'organisation et le mode de travail de la commission, notamment la constitution, les tâches et la composition des sous-commissions;
- b. les directives et procédures relatives à la désignation des prestations;
- c. la suppléance des membres;

<sup>35</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1998 (RO 1998 1818).

<sup>36</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 juin 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 1639).

- d. la participation d'experts externes; elle est obligatoire lorsque sont examinées des prestations effectuées par des fournisseurs de prestations qui ne sont pas représentés;
- e. la procédure de soumission directe des propositions des sous-commissions à l'OFAS ou au département.

<sup>3</sup> Le département approuve la constitution des sous-commissions et en désigne les membres. Peuvent faire partie d'une sous-commission des personnes qui ne sont pas membres de la commission. Chaque sous-commission est présidée par un de ses membres.

<sup>4</sup> L'OFAS tient le secrétariat des commissions et veille à la coordination des travaux de celles-ci. Il peut charger des tiers de la tenue du secrétariat.

**Art. 37c** Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie

<sup>1</sup> La Commission fédérale des principes de l'assurance-maladie veille à une pratique et une qualité uniformes ainsi qu'à la prise en compte des aspects éthiques lors de la désignation des prestations. Elle est chargée en particulier des tâches suivantes:

- a. établissement de principes pour la collaboration entre les commissions;
- b. définition de principes communs dans le domaine des prestations;
- c. définition de principes communs en matière de fixation et d'adaptation des tarifs et prix selon l'article 52, 1<sup>er</sup> alinéa, de la loi;
- d. établissement des principes à observer pour assurer la protection des données et préserver les intérêts des assurés et patients lors de la désignation des prestations de l'assurance-maladie;
- e. élaboration de critères pour l'évaluation des prestations visées à l'article 33, 3<sup>e</sup> alinéa, de la loi et à l'article 70;
- f. examen et élaboration de propositions de dispositions d'ordonnance sur les principes généraux à observer dans le domaine des prestations.

<sup>2</sup> Elle se compose de 17 membres, dont:

- a. quatre membres de la Commission des prestations;
- b. deux membres de la Commission des médicaments;
- c. un membre de la Commission des analyses;
- d. un membre de la Commission des moyens et appareils;
- e. trois représentants de l'éthique médicale;
- f. un représentant de l'Office fédéral de la santé publique;
- g. un représentant du préposé fédéral à la protection des données;
- h. un représentant du préposé fédéral à la surveillance des prix;
- i. un représentant de la Commission de la concurrence;
- k. deux représentants des cantons.

<sup>3</sup> Les membres visés au 2<sup>e</sup> alinéa, lettres a à d, doivent être choisis de telle façon que les fournisseurs de prestations soient représentés par deux personnes, les assureurs et les assurés par deux personnes et les experts scientifiques par quatre personnes.

<sup>4</sup> Les commissions désignées à l'article 37a, lettres b à e, doivent appliquer les décisions de la Commission fédérale des principes. Cette dernière n'a aucun pouvoir de décision ou d'injonction en ce qui concerne la désignation des prestations concrètes.

**Art. 37d** Commission fédérale des prestations générales

<sup>1</sup> La Commission fédérale des prestations générales conseille le département pour la désignation des prestations visées à l'article 33 ainsi que pour l'élaboration des dispositions à édicter en application des articles 36, 1<sup>er</sup> alinéa, 77, 4<sup>e</sup> alinéa, et 105, 4<sup>e</sup> alinéa.

<sup>2</sup> Elle se compose de 20 membres, dont:

- a. sept médecins, dont deux représentants de la médecine complémentaire et un représentant de la médecine préventive;
- b. deux représentants des hôpitaux;
- c. un pharmacien, en tant que représentant de la Commission des médicaments;
- d. six représentants des assureurs-maladie et des assureurs-accidents selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents<sup>37</sup> (LAA), dont au moins deux médecins-conseil;
- e. deux représentants des assurés;
- f. un représentant des cantons;
- g. un représentant de l'Office fédéral de la santé publique.

**Art. 37e** Commission fédérale des médicaments

<sup>1</sup> La Commission fédérale des médicaments conseille l'OFAS pour l'établissement de la liste des spécialités prévue par l'article 34. Elle conseille le département dans l'élaboration des dispositions relevant de son domaine qui doivent être édictées en application des articles 36, 1<sup>er</sup> alinéa, 75, 77, 4<sup>e</sup> alinéa, et 105, 4<sup>e</sup> alinéa.

<sup>2</sup> Elle se compose de 24 membres, dont:

- a. quatre représentants des facultés de médecine et de pharmacie (experts scientifiques);
- b. trois médecins, dont un au moins représente la médecine complémentaire;
- c. trois pharmaciens, dont un au moins représente la médecine complémentaire;
- d. un représentant des hôpitaux;
- e. cinq représentants des assureurs-maladie et des assureurs-accidents selon la LAA<sup>38</sup>;

<sup>37</sup> RS 832.20

<sup>38</sup> RS 832.20

- f. deux représentants des assurés;
- g. deux représentants de l'industrie pharmaceutique;
- h. un représentant de l'Office fédéral de la santé publique;
- i. un représentant des cantons;
- k. un représentant de l'autorité d'expertise suisse compétente;
- l. un représentant de la Pharmacie de l'armée.

**Art. 37f** Commission fédérale des analyses

<sup>1</sup> La Commission fédérale des analyses conseille le département pour l'établissement de la liste des analyses prévue par l'article 34 et dans l'élaboration des dispositions relevant de son domaine à édicter en application des articles 36, 1<sup>er</sup> alinéa, 75, 77, 4<sup>e</sup> alinéa, et 105, 4<sup>e</sup> alinéa.

<sup>2</sup> Elle se compose de 18 membres, dont:

- a. deux enseignants en analyses de laboratoire (experts scientifiques);
- b. deux médecins;
- c. un pharmacien;
- d. deux représentants des laboratoires;
- e. un représentant des hôpitaux;
- f. cinq représentants des assureurs-maladie et des assureurs-accidents selon la LAA<sup>39</sup>;
- g. deux représentants des assurés;
- h. un représentant de l'Office fédéral de la santé publique;
- i. un représentant de l'industrie des équipements et produits diagnostiques;
- k. un représentant de l'autorité d'expertise suisse compétente.

**Art. 37g** Commission fédérale des moyens et appareils

<sup>1</sup> La commission des moyens et appareils conseille le département dans l'évaluation et la fixation du montant du remboursement des moyens et appareils selon l'article 33, lettre e, ainsi que dans l'élaboration des dispositions relevant de son domaine à édicter en application des articles 36, 1<sup>er</sup> alinéa, 77, 4<sup>e</sup> alinéa, et 105, 4<sup>e</sup> alinéa.

<sup>2</sup> Elle se compose de 14 membres, dont:

- a. deux médecins;
- b. deux représentants des fabricants et distributeurs de moyens et appareils;
- c. trois représentants des centres de remise des moyens et appareils, dont un pharmacien;

<sup>39</sup> RS 832.20

- d. quatre représentants des assureurs-maladie et des assureurs-accidents selon la LAA<sup>40</sup>;
- e. deux représentants des assurés;
- f. un représentant de l'Office fédéral de la santé publique.

## **Titre quatrième: Fournisseurs de prestations**

### **Chapitre premier: Admission**

#### **Section 1: Médecins**

##### **Art. 38** Formation postgraduée

<sup>1</sup> Les médecins doivent avoir reçu une formation pratique postgraduée de deux ans, dont au moins six mois dans des établissements cliniques de formation postgraduée reconnus et au moins six mois en soins ambulatoires.

<sup>2</sup> Le département désigne l'organisme qui reconnaît les établissements de formation postgraduée et qui veille à une pratique et une qualité uniformes dans ce domaine.

##### **Art. 39** Autres certificats scientifiques

<sup>1</sup> Les médecins titulaires d'un certificat scientifique reconnu comme équivalent par l'autorité fédérale compétente après consultation des cantons et des associations professionnelles sont assimilés aux médecins titulaires d'un diplôme fédéral.

<sup>2</sup> La reconnaissance de certificats étrangers peut être soumise à la condition que l'Etat dans lequel le certificat a été délivré reconnaisse les diplômes fédéraux.

#### **Section 2: Pharmaciens**

##### **Art. 40** Formation postgraduée

Les pharmaciens doivent avoir reçu une formation pratique de deux ans dans une pharmacie.

##### **Art. 41** Autres certificats scientifiques

<sup>1</sup> Les pharmaciens titulaires d'un certificat scientifique reconnu comme équivalent par l'autorité fédérale compétente, après consultation des cantons et des associations professionnelles, sont assimilés aux pharmaciens titulaires d'un diplôme fédéral.

<sup>2</sup> La reconnaissance de certificats étrangers peut être soumise à la condition que l'Etat dans lequel le certificat a été délivré reconnaisse les diplômes fédéraux.

### Section 3: Dentistes

#### Art. 42 Admission

Sont admis les dentistes titulaires d'un diplôme fédéral et d'une formation pratique de deux ans dans un cabinet de dentiste ou dans un institut dentaire.

#### Art. 43 Autres certificats scientifiques

<sup>1</sup> Les dentistes titulaires d'un certificat scientifique reconnu comme équivalent par l'autorité fédérale compétente, après consultation des cantons et des associations professionnelles, sont assimilés aux dentistes titulaires d'un diplôme fédéral.

<sup>2</sup> La reconnaissance de certificats étrangers peut être soumise à la condition que l'Etat dans lequel le certificat a été délivré reconnaisse les diplômes fédéraux.

### Section 4: Chiropraticiens

#### Art. 44

<sup>1</sup> Les chiropraticiens doivent:

- a. avoir subi avec succès les examens intercantonaux de chiropratique, à la suite d'une formation spécialisée dans une école de chiropratique reconnue par le département;
- b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'un chiropraticien admis en vertu de la présente ordonnance;
- c. être admis en vertu du droit cantonal.

<sup>2</sup> Le département publie, après consultation des cantons et des associations professionnelles, une liste des écoles reconnues.

<sup>3</sup> Sont réservées les dispositions relatives à l'utilisation des radiations ionisantes en chiropratique, notamment l'article 11 de l'ordonnance du 22 juin 1994<sup>41</sup> sur la radioprotection.

### Section 5: Sages-femmes

#### Art. 45

<sup>1</sup> Les sages-femmes doivent:

- a. être titulaires du diplôme obtenu dans une école de sages-femmes reconnue par un organisme désigné en commun par les cantons qui veille à une pratique et une qualité uniformes, ou d'un diplôme reconnu équivalent par cet organisme;

<sup>41</sup> RS 814.501

- b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'une sage-femme admise en vertu de la présente ordonnance ou dans la division d'obstétrique d'un hôpital ou dans un cabinet médical spécialisé sous la direction d'une sage-femme;
- c. être admises en vertu du droit cantonal.

<sup>2</sup> Le département désigne l'organisme compétent pour la reconnaissance des diplômes si les cantons ne l'ont pas fait.

## **Section 6: Personnes prodiguant des soins sur prescription médicale et organisations qui les emploient**

### **Art. 46**            En général

<sup>1</sup> Sont admises en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale les personnes suivantes qui exercent à titre indépendant et à leur compte:

- a. physiothérapeutes;
- b. ergothérapeutes;
- c. infirmières et infirmiers;
- d. logopédistes/orthophonistes;
- e.<sup>42</sup> diététiciens.

<sup>2</sup> Ces personnes doivent être admises en vertu du droit cantonal et remplir les autres conditions d'admission fixées dans la présente ordonnance.

### **Art. 47**            Physiothérapeutes

<sup>1</sup> Les physiothérapeutes doivent:

- a. être titulaires du diplôme d'une école de physiothérapie reconnue par un organisme désigné en commun par les cantons qui veille à une pratique et à une qualité uniformes, ou d'un diplôme reconnu équivalent par cet organisme;
- b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'un physiothérapeute admis en vertu de la présente ordonnance, dans un service hospitalier spécialisé en physiothérapie ou dans un cabinet médical spécialisé sous la direction d'un physiothérapeute qui remplit les conditions de la présente ordonnance.

<sup>2</sup> Le département désigne l'organisme compétent pour la reconnaissance des diplômes si les cantons ne l'ont pas fait.

<sup>42</sup> Introduite par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

**Art. 48** Ergothérapeutes

<sup>1</sup> Les ergothérapeutes doivent:

- a. être titulaires d'un diplôme d'une école d'ergothérapie reconnue par un organisme désigné en commun par les cantons qui veille à une pratique et à une qualité uniformes, ou d'un diplôme reconnu équivalent par cet organisme;
- b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'un ergothérapeute admis en vertu de la présente ordonnance ou dans un cabinet médical, un hôpital ou une organisation d'ergothérapie sous la direction d'un ergothérapeute qui remplit les conditions d'admission de la présente ordonnance.

<sup>2</sup> Le département désigne l'organisme compétent pour la reconnaissance des diplômes si les cantons ne l'ont pas fait.

**Art. 49** Infirmières et infirmiers

<sup>1</sup> Les infirmières et les infirmiers doivent:

- a. être titulaires d'un diplôme d'une école de soins infirmiers reconnue par un organisme désigné en commun par les cantons qui veille à une pratique et à une qualité uniformes, ou d'un diplôme reconnu équivalent par cet organisme;
- b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'une infirmière ou d'un infirmier admis en vertu de la présente ordonnance, ou dans un hôpital ou dans une organisation de soins et d'aide à domicile sous la direction d'une infirmière ou d'un infirmier qui remplissent les conditions d'admission de la présente ordonnance.

<sup>2</sup> Le département désigne l'organisme compétent pour la reconnaissance des diplômes si les cantons ne l'ont pas fait.

**Art. 50** Logopédistes/orthophonistes

Les logopédistes/orthophonistes doivent:

- a. avoir reçu une formation professionnelle théorique et pratique de trois ans, reconnue par le canton, et avoir subi avec succès l'examen portant sur les branches suivantes:
  1. linguistique (linguistique, phonétique, psycholinguistique),
  2. logopédie/orthophonie (méthode de thérapie logopédique/orthophonique [conseil, examen logopédique/orthophonique, traitement], pédagogie et psychologie pour les personnes ayant des difficultés de langage et psychologie pour les personnes ayant des difficultés de langage, pathologie du langage),
  3. médecine (neurologie, oto-rhino-laryngologie, phoniatrie, psychiatrie, stomatologie),
  4. pédagogie (pédagogie, pédagogie spécialisée, pédagogie curative),



5. psychologie (psychologie du développement, psychologie clinique, psychologie pédagogique, y compris la psychologie de l'apprentissage, psychologie sociale),
  6. droit (législation sociale);
- b.<sup>43</sup> avoir exercé pendant deux ans une activité pratique en logopédie/orthophonie clinique comportant essentiellement une expérience dans le traitement des adultes, dont au moins une année dans un hôpital, sous la direction d'un médecin spécialisé (oto-rhino-laryngologue, psychiatre, pédo-psychiatre, phoniatre ou neurologue) et en compagnie d'un logopédiste/orthophoniste qui remplit les conditions d'admission de la présente ordonnance; une année peut avoir été accomplie dans le cabinet d'un médecin spécialisé, sous la direction de ce dernier et en compagnie d'un logopédiste/orthophoniste qui remplit les conditions d'admission de la présente ordonnance.

#### **Art. 50<sup>a44</sup>** Diététiciens

<sup>1</sup> Les diététiciens doivent:

- a. être titulaires d'un diplôme d'une école de diététique reconnue par un organisme désigné en commun par les cantons qui veille à une pratique et à une qualité uniformes sur le plan suisse, ou d'un diplôme reconnu équivalent par cet organisme;
- b. avoir exercé pendant deux ans leur activité auprès d'un diététicien admis en vertu de la présente ordonnance, ou dans un cabinet médical, un hôpital ou une organisation privée ou publique sous la direction d'un diététicien qui remplit les conditions d'admission de la présente ordonnance.

<sup>2</sup> Le département désigne l'organisme compétent pour la reconnaissance des diplômes si les cantons ne le font eux-mêmes.

#### **Art. 51** Organisations de soins et d'aide à domicile

Les organisations qui dispensent des soins et de l'aide à domicile sont admises lorsqu'elles:

- a. sont admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité;
- b.<sup>45</sup> ont délimité leur champ d'activité quant au lieu, à l'horaire de leurs interventions, aux soins et aux patients auxquels elles fournissent leurs prestations;

<sup>43</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO **1996** 3139).

<sup>44</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO **1996** 3139).

<sup>45</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO **1997** 2272).

- c.<sup>46</sup> disposent du personnel spécialisé nécessaire ayant une formation qui correspond à leur champ d'activité;
- d.<sup>47</sup> disposent des équipements nécessaires en raison de leur champ d'activité;
- e.<sup>48</sup> participent aux mesures de contrôle de la qualité (art. 77) qui garantissent que leur champ d'activité soit rempli et que des soins adéquats et de bonne qualité soient dispensés.

#### **Art. 52** Organisations d'ergothérapie

Les organisations d'ergothérapie sont admises lorsqu'elles:

- a. sont admises en vertu de la législation du canton dans lequel elles exercent leur activité;
- b.<sup>49</sup> ont délimité leur champ d'activité quant au lieu, à l'horaire de leurs interventions, aux soins et aux patients auxquels elles fournissent leurs prestations;
- c.<sup>50</sup> disposent du personnel spécialisé nécessaire ayant une formation qui correspond à leur champ d'activité;
- d.<sup>51</sup> disposent des équipements nécessaires en raison de leur champ d'activité;
- e.<sup>52</sup> participent aux mesures de contrôle de la qualité (art. 77) qui garantissent que leur champ d'activité soit rempli et que des soins adéquats et de bonne qualité soient dispensés.

### **Section 7: Laboratoires**

#### **Art. 53** Principes

Sont admis comme laboratoires les établissements qui:

- a. effectuent des analyses médicales;
- b. sont admis en vertu du droit cantonal;

<sup>46</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>47</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>48</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>49</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>50</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>51</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>52</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

- c. participent aux mesures relatives à la garantie de la qualité prévues à l'article 77;
- d. répondent aux autres exigences posées aux laboratoires par la législation fédérale ou cantonale;
- e. sont reconnus par l'Office fédéral de la santé publique, lorsqu'ils effectuent des analyses en vue de dépister les maladies transmissibles;
- f. disposent d'installations adéquates et du personnel spécialisé nécessaire;
- g. remplissent les conditions d'admission fixées à l'article 54.

**Art. 54** Conditions d'admission

<sup>1</sup> Sont admis sans autres conditions comme laboratoires médicaux:

- a. les laboratoires de cabinets médicaux et d'hôpitaux pour les analyses qui, d'après l'article 62, 1<sup>er</sup> alinéa, lettre a, sont effectuées dans le cadre des soins de base;
- b. les officines de pharmaciens et les laboratoires d'hôpitaux, pour des analyses qui sont effectuées dans le cadre des soins de base (art. 62, 1<sup>er</sup> al., let. a) sur prescription d'un autre fournisseur de prestations.

<sup>2</sup> Les laboratoires d'hôpitaux qui effectuent des analyses uniquement pour les besoins de l'hôpital sont admis s'ils sont placés sous la direction d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un responsable ayant une formation universitaire en sciences naturelles reconnue par le département ou une formation supérieure convenant à la pratique des analyses reconnue par le département.

<sup>3</sup> Les laboratoires mandatés par un autre fournisseur de prestations admis et qui font d'autres analyses que celles qui sont effectuées dans le cadre des soins de base sont admis lorsque:

- a. ils sont placés sous la direction d'un médecin, d'un pharmacien ou d'un responsable ayant une formation universitaire en sciences naturelles reconnue par le département;
- b. la personne qui les dirige en vertu de la lettre a peut justifier d'une formation postgraduée en analyse de laboratoire dont le contenu sera fixé par le département.

<sup>4</sup> Le département peut prévoir pour l'exécution de certaines analyses des exigences supplémentaires quant aux installations, à la qualification et la formation postgraduée de la direction et du personnel de laboratoire. Il peut en outre désigner certains établissements pour effectuer des analyses déterminées et les charger de tenir des registres d'évaluation.

## **Section 8: Centres de remise de moyens et d'appareils**

### **Art. 55**

Celui qui est admis en vertu du droit cantonal et qui conclut un contrat sur la remise de moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques avec un assureur-maladie est autorisé à exercer son activité à la charge de cet assureur.

## **Section 9: Entreprises de transport et de sauvetage**

### **Art. 56**

Celui qui est admis en vertu du droit cantonal et qui conclut un contrat sur les transports et le sauvetage avec un assureur-maladie est autorisé à exercer son activité à la charge de cet assureur.

## **Section 10: Etablissements de cure balnéaire**

### **Art. 57**            En général

<sup>1</sup> Les établissements de cure balnéaire sont admis lorsqu'ils sont placés sous surveillance médicale, utilisent les sources thermales du lieu dans un but thérapeutique, sont dotés du personnel spécialisé nécessaire ainsi que d'installations diagnostiques et thérapeutiques adéquates et qu'ils sont admis en vertu du droit cantonal.

<sup>2</sup> Le département peut autoriser des exceptions à l'exigence de l'utilisation des sources thermales du lieu. Ce faisant, il tient compte de la pratique antérieure des assureurs.

### **Art. 58**            Sources thermales

<sup>1</sup> Sont réputées sources thermales celles dont l'eau, en raison d'une propriété chimique ou physique particulière et sans avoir subi de modification dans sa composition naturelle, exerce ou permet d'attendre un effet curatif scientifiquement reconnu.

<sup>2</sup> Les propriétés chimiques ou physiques des eaux thermales doivent être démontrées au moyen d'une expertise et réexaminées tous les trois ans au moyen d'analyses de contrôle effectuées par l'autorité cantonale compétente.

## **Chapitre 2: Facturation**

### **Art. 59**

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations doivent indiquer dans leurs factures:

- a. les dates de traitement;

- b. les prestations fournies, détaillées comme le prévoit le tarif qui leur est applicable;
- c. le diagnostic dans le cadre du 2<sup>e</sup> alinéa.

<sup>2</sup> Les assureurs et les fournisseurs de prestations peuvent stipuler dans les conventions tarifaires quelles informations et diagnostics ne doivent, en principe, être portés qu'à la connaissance du médecin-conseil de l'assureur au sens de l'article 57 de la loi. Au surplus, la communication du diagnostic est régie par l'article 42, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> alinéas, de la loi. Le département peut fixer, sur proposition commune des assureurs et des fournisseurs de prestations, un code uniforme pour les diagnostics, valable dans toute la Suisse.

<sup>3</sup> Les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins doivent être clairement distinguées des autres prestations dans les factures.

### Chapitre 3: Tarifs et prix<sup>53</sup>

#### Section 1:<sup>54</sup> Principes

##### Art. 59a

<sup>1</sup> Lorsque les bases de calcul des coûts des prestations définies à l'article 7 de l'ordonnance du 29 septembre 1995<sup>55</sup> sur les prestations de l'assurance des soins, dispensées par des infirmiers ou des infirmières (art. 49), des organisations de soins et d'aide à domicile (art. 51) ou des établissements médico-sociaux (art. 39, 3<sup>e</sup> al., LAMal), sont insuffisantes, le Département peut édicter des tarifs-cadre applicables à ces prestations.

<sup>2</sup> Les tarifs-cadre garantissent le caractère économique et l'adéquation du remboursement des prestations conformément à l'article 32 LAMal.

#### Section 2:<sup>56</sup> Liste des analyses

##### Art. 60 Publication

La liste des analyses (art. 52, 1<sup>er</sup> al., let. a, ch. 1, LAMal) paraît en principe chaque semestre. Le titre et la référence en sont publiés dans le Recueil officiel du droit fédéral.

##### Art. 61 Admission, radiation

<sup>1</sup> Les propositions visant à faire admettre une analyse dans la liste peuvent être soumises à l'OFAS.

<sup>53</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>54</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 17 sept. 1997 (RO 1997 2272).

<sup>55</sup> RS 832.112.31

<sup>56</sup> Anciennement section 1.

<sup>2</sup> L'OFAS examine la proposition et la soumet à la commission compétente. Lors de l'examen des propositions, il peut faire appel à des experts externes. Il peut, de son propre chef ou sur proposition de la commission compétente, subordonner l'admission d'une analyse à des examens complémentaires.

<sup>3</sup> Les analyses qui ne remplissent plus les conditions d'admission sont radiées de la liste.

**Art. 62<sup>57</sup>** Désignation séparée d'analyses

<sup>1</sup> Le département désigne les analyses qui:

- a. peuvent être effectuées par les laboratoires visés à l'art. 54, al. 1, dans le cadre des soins de base;
- b. peuvent être prescrites par des chiropraticiens conformément à l'art. 25, al. 2, let. b, de la loi;
- c. peuvent être prescrites par des sages-femmes conformément à l'art. 29, al. 2, let. a, de la loi.

<sup>2</sup> Le département désigne les analyses effectuées dans le laboratoire du médecin pour lesquelles le tarif peut être fixé conformément aux art. 46 et 48 de la loi.

**Section 3:<sup>58</sup> Liste des médicaments avec tarif**

**Art. 63**

<sup>1</sup> La liste des médicaments avec tarif (art. 52, 1<sup>er</sup> al., let. a, ch. 2, LAMal) paraît en principe chaque année. Le titre et la référence en sont publiés dans le Recueil officiel du droit fédéral.

<sup>2</sup> Les dispositions relatives à la liste des spécialités s'appliquent par analogie à l'admission dans la liste des médicaments avec tarif.

**Section 4:<sup>59</sup> Liste des spécialités**

**Art. 64<sup>60</sup>** Publication

L'OFAS publie la liste des spécialités (art. 52, al. 1, let. b, LAMal) sous forme électronique et au moins une fois par an sous forme d'imprimé.

<sup>57</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>58</sup> Anciennement section 2.

<sup>59</sup> Anciennement section 3.

<sup>60</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2835).

**Art. 65** Conditions d'admission

<sup>1</sup> Une spécialité pharmaceutique ne peut être admise dans la liste des spécialités que si elle a été valablement enregistrée par l'organisme suisse de contrôle compétent.

<sup>2</sup> Les médicaments doivent être efficaces, appropriés et économiques.

<sup>3</sup> Le département peut édicter des dispositions détaillées sur les critères applicables lors de l'évaluation de l'efficacité. L'évaluation de l'efficacité des spécialités allopathiques doit dans chaque cas s'appuyer sur des études cliniques contrôlées.

<sup>3bis</sup> Le caractère économique d'un médicament est évalué sur la base d'une comparaison avec d'autres médicaments et avec les prix pratiqués à l'étranger.<sup>61</sup>

<sup>4</sup> Les coûts de recherche et de développement doivent être pris en compte de manière appropriée lors de l'évaluation du caractère économique d'une préparation originale (art. 66, 1<sup>er</sup> al.). Il est tenu compte de ces coûts par une prime à l'innovation comprise dans le prix si le médicament représente un progrès pour le traitement médical.

<sup>5</sup> Lors de l'évaluation du caractère économique de génériques (art. 66, 2<sup>e</sup> al.), il est tenu compte du fait que les coûts de développement sont moins élevés que pour les préparations originales.

<sup>6</sup> Les spécialités pharmaceutiques qui font l'objet d'une réclame publique ne sont pas admises dans la liste des spécialités.

<sup>7</sup> A l'expiration de la protection du brevet, mais quinze ans au plus après l'admission des médicaments dans la liste des spécialités, l'OFAS réexamine s'ils remplissent toujours les conditions d'admission. Les numéros des brevets et des certificats de protection doivent être fournis à l'OFAS. Les brevets de procédé ne sont pas pris en considération lors de ce réexamen.<sup>62</sup>

**Art. 66** Définitions

<sup>1</sup> Sont réputés préparations originales les médicaments qui résultent des recherches du fabricant et dont la substance active ou la forme galénique sont les premières à avoir été admises par l'organisme de contrôle suisse compétent.<sup>63</sup>

<sup>2</sup> Sont réputés génériques les médicaments qui imitent, en ce qui concerne leur substance active, leur forme galénique et leur dosage, une préparation originale enregistrée auprès de l'organisme suisse de contrôle.

<sup>61</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2835).

<sup>62</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2835).

<sup>63</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2835).

**Art. 67<sup>64</sup>** Prix

<sup>1</sup> La liste des spécialités contient les prix maximums déterminants pour la remise des médicaments par les pharmaciens, les médecins, les hôpitaux et les établissements médico-sociaux.<sup>65</sup>

<sup>1bis</sup> Le prix maximum se compose du prix de fabrique et de la part relative à la distribution.<sup>66</sup>

<sup>1ter</sup> Le prix de fabrique rémunère les prestations, redevances comprises, du fabricant et du distributeur jusqu'à la sortie de l'entrepôt, en Suisse.<sup>67</sup>

<sup>1quater</sup> La part relative à la distribution rémunère les prestations logistiques, en particulier les coûts d'exploitation et d'investissement liés au transport, au stockage, à la remise et à l'encaissement.<sup>68</sup>

<sup>2</sup> Les prix fixés dans la liste des spécialités ne peuvent être augmentés que sur autorisation de l'OFAS. Celle-ci ne peut être accordée que si:

- a. le médicament remplit encore les conditions d'admission;
- b. deux années au moins se sont écoulées depuis l'admission du médicament dans la liste des spécialités ou depuis la dernière augmentation du prix.

<sup>3</sup> Lorsqu'un médicament est inscrit dans la liste des spécialités depuis quinze ans, l'OFAS peut réduire son prix de manière appropriée. Dans ce cas, la prime à l'innovation accordée pour les préparations originales est supprimée. L'OFAS peut convenir de la réduction du prix d'entente avec les fabricants ou les importateurs.<sup>69</sup>

<sup>4</sup> 70

**Art. 68** Radiation

<sup>1</sup> Un médicament inscrit dans la liste des spécialités doit être radié:

- a. s'il ne remplit plus toutes les conditions d'admission;
- b. si le prix indiqué sur la liste en vigueur a été augmenté sans l'accord de l'OFAS;
- c. si les émoluments ou taxes prévus à l'article 71 ne sont pas payés à temps.

<sup>2</sup> La radiation prend effet trois mois après avoir été publiée dans le bulletin de l'Office fédéral de la santé publique (art. 72, let. a). Si des motifs particuliers le justifient, elle prend effet en même temps que la publication.

<sup>64</sup> Voir la disp. fin. mod. 2 oct. 2000, à la fin du présent texte.

<sup>65</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2835).

<sup>66</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2835).

<sup>67</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2835).

<sup>68</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2835).

<sup>69</sup> Phrase introduite par le ch. I de l'O du 28 sept. 1998 (RO 1998 2634).

<sup>70</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996 (RO 1996 3139). Abrogé par le ch. I de l'O du 2 oct. 2000 (RO 2000 2835).



**Art. 69** Demandes

<sup>1</sup> Les demandes d'admission d'un médicament dans la liste des spécialités doivent être déposées auprès de l'OFAS.

<sup>2</sup> Une nouvelle demande doit être déposée pour toute modification d'une spécialité pharmaceutique inscrite dans la liste des spécialités ou de son prix. Lorsque la composition des substances actives a été modifiée, l'acte d'enregistrement modifié de l'organisme suisse de contrôle compétent doit être joint à la demande.

<sup>3</sup> La documentation jointe à la demande d'admission doit apporter la preuve que toutes les conditions d'admission sont remplies.

**Art. 70** Inscription non demandée

L'OFAS peut inscrire ou maintenir dans la liste des spécialités un médicament qui a été enregistré par l'organisme suisse de contrôle compétent et qui est d'une grande importance pour le traitement médical, même lorsque le fabricant ou l'importateur n'a pas demandé son inscription ou qu'il a demandé sa radiation. Dans ce cas, l'OFAS fixe le montant à rembourser par l'assureur.

**Art. 71** Emoluments et taxes

<sup>1</sup> Pour chaque demande, le requérant doit payer un émoulement.

<sup>2</sup> Les frais extraordinaires, notamment lorsqu'ils sont dus à des expertises complémentaires, peuvent être facturés en plus.

<sup>3</sup> Un émoulement doit être payé chaque année pour tout médicament figurant sur la liste des spécialités, ainsi que pour chaque emballage qui y est mentionné. Cet émoulement couvre les frais de publication de la liste des spécialités.

<sup>4</sup> Le département fixe le montant des émoulements.

**Section 5:  
Dispositions communes pour la Liste des analyses,  
la Liste des médicaments avec tarif et la Liste des spécialités<sup>71</sup>****Art. 72** Publications dans le bulletin de l'Office fédéral de la santé publique

Sont publiées dans le bulletin de l'Office fédéral de la santé publique:

- a. les radiations de la liste des spécialités;
- b.<sup>72</sup> les autres modifications de la liste des spécialités;
- c. les modifications de la liste des médicaments avec tarif qui ne nécessitent pas une nouvelle parution de celle-ci;

<sup>71</sup> Anciennement section 4. Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>72</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 2 oct. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2835).

- d. les modifications de la liste des analyses qui prennent effet en dehors des parutions semestrielles.

**Art. 73** Limitations

L'admission dans une liste peut être assortie d'une limitation. Celle-ci peut notamment se rapporter à la quantité ou aux indications médicales.

**Art. 74** Demandes et propositions

L'OFAS peut, après avoir consulté la commission compétente, émettre des directives sur la forme, le contenu et le délai de remise des demandes relatives à la liste des spécialités et des propositions concernant la liste des analyses ou la liste des médicaments avec tarif.

**Art. 75** Prescriptions de détail

Le département édicte, après avoir consulté les commissions compétentes, des prescriptions de détail sur l'établissement des listes, en particulier sur le contenu et les critères de l'examen du caractère économique des médicaments.

## **Chapitre 4: Contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations**

**Art. 76** Données concernant les prestations fournies

Les assureurs peuvent traiter en commun des données relatives au genre et à l'étendue des prestations fournies par les différents fournisseurs de prestations ainsi qu'aux rémunérations facturées pour ces prestations, cela exclusivement dans le but:

- a. d'analyser les coûts et leur évolution;
- b. de contrôler et de garantir le caractère économique des prestations au sens de l'article 56 de la loi;
- c. d'élaborer des conventions tarifaires.

**Art. 77** Garantie de la qualité

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations ou leurs organisations élaborent des conceptions et des programmes en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité. Les modalités d'exécution (contrôle de l'observation, conséquences de l'inobservation, financement) sont réglées dans les conventions tarifaires ou dans des conventions particulières relatives à la garantie de la qualité conclues avec les assureurs ou leurs organisations. Ces réglementations doivent être conformes aux normes généralement reconnues, compte tenu du caractère économique des prestations.

<sup>2</sup> Les parties à la convention sont tenues d'informer l'OFAS sur les clauses en vigueur. L'OFAS peut exiger un rapport sur l'application des règles de garantie de la qualité.

<sup>3</sup> Dans les domaines où aucune convention n'a pu être conclue ou si la convention n'est pas conforme au 1<sup>er</sup> alinéa, le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires. Il consulte au préalable les organisations intéressées.

<sup>4</sup> Le département détermine les mesures prévues à l'article 58, 3<sup>e</sup> alinéa, de la loi, après consultation de la commission compétente.

## **Titre cinquième: Financement**

### **Chapitre premier:**

### **Système financier, présentation des comptes et révision**

#### **Section 1: Système financier**

##### **Art. 78** Réserve

<sup>1</sup> Les assureurs doivent assurer l'équilibre des charges et des produits pour une période de financement de deux ans. Ils doivent en outre disposer en tout temps d'une réserve de sécurité, ainsi que d'une réserve de fluctuation.

<sup>2</sup> La réserve de sécurité a pour but de garantir la situation financière de l'assurance pour le cas où les coûts effectifs s'avèreraient trop défavorables par rapport aux prévisions sur lesquelles se fonde la fixation des primes des assurés.

<sup>3</sup> La réserve de fluctuation sert à amortir les fluctuations de coûts.

<sup>4</sup> La réserve (réserves de sécurité et de fluctuation) de l'assureur doit, selon le nombre d'assurés dans l'assurance obligatoire des soins, atteindre, pour l'exercice annuel, au moins le pourcentage suivant des primes à recevoir:

Nombre d'assurés	Réserve de sécurité %	Réserve de fluctuation %	Réserve minimale %
à 100	70	112	182
101 à 500	46	50	96
501 à 1 000	38	35	73
1 001 à 2 500	30	22	52
2 501 à 5 000	26	16	42
5 001 à 10 000	23	11	34
10 001 à 50 000	19	5	24
50 001 à 250 000	15	5	20
plus de 250 000	15	0	15

<sup>73</sup>

<sup>73</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>5</sup> Si un assureur réassure des prestations, sa réserve minimale au sens du 4<sup>e</sup> alinéa peut être diminuée dans une proportion déterminée par l'OFAS. Elle doit cependant s'élever au moins à 20 pour cent des primes à recevoir. Les assureurs comptant moins de 10 000 assurés doivent se réassurer.

### Art. 79 Garantie de déficit

<sup>1</sup> Si l'assureur obtient une garantie de déficit de la part des pouvoirs publics ou d'une institution qui bénéficie elle-même d'une garantie des pouvoirs publics, l'article 78, 5<sup>e</sup> alinéa, s'applique par analogie, dans la mesure où le garant s'est engagé à verser immédiatement la garantie en cas de déficit.

<sup>2</sup> En remettant son budget à l'OFAS, l'assureur doit lui confirmer que la garantie est maintenue. Si la garantie est dénoncée, l'assureur doit immédiatement l'en aviser.

## Section 2: Placement des capitaux

### Art. 80

<sup>1</sup> Les caisses-maladie veillent, pour ce qui est de leurs placements, à la sécurité financière, au maintien des liquidités nécessaires et à une répartition équilibrée des risques, compte tenu d'un rendement approprié.<sup>74</sup>

<sup>2</sup> Les caisses-maladie élaborent un règlement sur les placements. Le règlement et ses modifications doivent être portés à la connaissance de l'OFAS.

<sup>3</sup> Pour les caisses-maladie, les placements suivants sont admis en francs suisses, en euros, en livres sterling, en dollars américains ainsi qu'en yens:<sup>75</sup>

- a. placements auprès de collectivités de droit public et auprès de banques et caisses d'épargne au sens de la loi fédérale du 8 novembre 1934 sur les banques et les caisses d'épargne<sup>76</sup>;
- b.<sup>77</sup> papiers-valeurs et autres placements cotés en Bourse, dont au plus un quart en placements à l'étranger et jusqu'à concurrence de 5 % des placements de la caisse par société;
- c.<sup>78</sup> placements en Suisse sous la forme d'immeubles et de prêts garantis par gage immobilier, y compris les immeubles et les locaux administratifs nécessaires à l'activité de la caisse, jusqu'à concurrence de 40 % des placements de la caisse, ainsi que participations dans des sociétés immobilières jusqu'à concurrence de 5 % des placements de la caisse;

<sup>74</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>75</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>76</sup> RS 952.0

<sup>77</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

<sup>78</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> avril 2000 (RO 2000 889).

- d. placements et avoirs de caisses-maladie d'entreprises dans la propre entreprise, jusqu'à concurrence de 10 pour cent des placements de la caisse; l'entreprise doit remettre chaque année à la caisse une attestation de solvabilité;
- e. placements auprès d'institutions qui servent à la pratique de l'assurance-maladie sociale, jusqu'à concurrence de 20 pour cent des placements de la caisse; les placements doivent être effectués aux conditions du marché; la caisse doit veiller à ce que les moyens de l'assurance-maladie sociale ne soient utilisés qu'aux fins de celle-ci et que les comptes annuels (compte d'exploitation et bilan) de l'institution considérée soient soumis à l'OFAS.

<sup>4</sup> L'OFAS peut exiger des caisses-maladie des renseignements sur les placements effectués et donner des instructions afin de garantir le respect des principes énoncés au 1<sup>er</sup> alinéa. Il peut leur interdire certains placements ou imposer des restrictions.

<sup>5</sup> Les placements des institutions d'assurance privées sont régis par les dispositions sur la surveillance de ces institutions.

### Section 3: Présentation des comptes

#### Art. 81 Principes

<sup>1</sup> Les assureurs tiennent une comptabilité distincte pour l'assurance-maladie sociale. Les charges et les produits sont comptabilisés séparément pour:

- a. l'assurance obligatoire ordinaire des soins;
- b. chaque forme particulière d'assurance au sens de l'article 62 de la loi;
- c. l'assurance d'indemnités journalières.

<sup>2</sup> Lorsque l'assureur tient une comptabilité distincte pour l'assurance collective d'indemnités journalières (art. 75, 2<sup>e</sup> al., LAMal), il doit l'aménager de façon à ce que les résultats annuels de chaque contrat collectif puissent être produits.

<sup>3</sup> L'OFAS peut donner des instructions sur la tenue des comptes. En l'absence d'instructions, les articles 662a et 957 à 963 CO<sup>79</sup> sont applicables.

#### Art. 82 Normes et plan comptables

Les assureurs élaborent en commun des normes et un plan comptables uniformes pour la pratique de l'assurance-maladie sociale et les soumettent à l'approbation de l'OFAS. Une fois approuvés, ce plan et ces normes sont obligatoires pour tous les assureurs. Si aucun accord n'est trouvé, le département édicte des directives, d'entente avec le Département fédéral de justice et police.

#### Art. 83 Provisions pour cas d'assurance non liquidés

<sup>1</sup> Chaque assureur doit constituer une provision pour cas d'assurance non liquidés dans:

<sup>79</sup> RS 220

- a. l'assurance obligatoire des soins;
- b. l'assurance d'indemnités journalières.

<sup>2</sup> Les assureurs rectifient, dans le compte d'exercice en cours, la provision portée au bilan lorsque celle-ci ne correspond pas aux besoins réels résultant du calcul des dépenses de l'année précédente.

#### **Art. 84** Frais d'administration

<sup>1</sup> Les frais d'administration afférents à l'assurance-maladie doivent être répartis entre:

- a. l'assurance obligatoire des soins;
- b. l'assurance d'indemnités journalières;
- c. les assurances complémentaires et les autres branches d'assurance.

<sup>2</sup> Cette répartition s'opère d'après les charges réelles.

#### **Art. 85** Communication à l'OFAS

<sup>1</sup> Les assureurs remettent à l'OFAS, jusqu'au 30 avril de l'année suivante, le bilan, les comptes d'exploitation et un rapport de gestion portant sur l'exercice écoulé. La décision par laquelle l'organe compétent de l'assureur a approuvé les comptes peut être transmise ultérieurement, mais au plus tard le 31 juillet.

<sup>2</sup> Les assureurs remettent à l'OFAS, jusqu'au 31 juillet de l'exercice en cours, un budget portant sur l'exercice suivant.

<sup>3</sup> Le bilan, les comptes d'exploitation et le budget seront présentés sur des formules établies par l'OFAS.

### **Section 4: Révision**

#### **Art. 86** Organe de révision

<sup>1</sup> Chaque assureur désigne un organe de révision externe et indépendant, disposant de connaissances suffisantes en matière d'assurance-maladie.

<sup>2</sup> Peuvent assumer la fonction d'organe de révision:

- a. les réviseurs possédant des qualifications professionnelles particulières au sens de l'article 727b CO<sup>80</sup> et de ses dispositions d'application;
- b. pour les assureurs couvrant moins de 10 000 assurés: également les personnes suivantes, si elles ont exercé leur activité pendant au moins cinq ans:
  1. comptables titulaires d'un brevet fédéral,
  2. agents fiduciaires titulaires d'un brevet fédéral,

<sup>80</sup> RS 220

3. titulaires d'un certificat de capacité étranger équivalent à ceux qui sont mentionnés aux chiffres 1 et 2, pour autant que ces personnes aient une expérience pratique correspondante et qu'elles possèdent les connaissances de droit suisse nécessaires pour la révision d'entreprises suisses;
  - c. pour les caisses-maladie instituées par le droit public cantonal: également les services officiels de contrôle des finances.
- <sup>3</sup> L'organe de révision et ses collaborateurs sont tenus de garder le secret sur les constatations faites au cours des révisions.
- <sup>4</sup> La responsabilité des organes de révision est soumise aux dispositions applicables aux sociétés coopératives d'assurance concessionnaires (art. 920 CO).
- <sup>5</sup> Si, après sommation, l'assureur n'a pas désigné d'organe de révision, celui-ci est désigné par l'OFAS.
- <sup>6</sup> Lorsqu'un organe de révision ne répond plus aux exigences posées aux 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> alinéas, ou s'il n'accomplit sa tâche qu'en partie ou pas du tout, l'assureur doit en désigner un autre.
- <sup>7</sup> L'OFAS peut adresser aux assureurs des instructions sur le mandat donné à l'organe de révision.

#### **Art. 87** Tâches de l'organe de révision

- <sup>1</sup> L'organe de révision vérifie chaque année si la comptabilité, les comptes annuels et les statistiques sont formellement et matériellement conformes aux exigences posées par la loi (révision annuelle). Il vérifie en outre si l'administration offre toutes les garanties d'une gestion correcte et régulière, notamment si son organisation est adéquate et si elle observe les dispositions légales et internes.
- <sup>2</sup> L'organe de révision peut procéder sur place et sans préavis à des révisions intermédiaires, notamment en cas de doute sur la tenue des comptes et sur la gestion.

#### **Art. 88** Rapports de l'organe de révision

- <sup>1</sup> L'organe de révision établit un rapport pour chaque révision annuelle et chaque révision intermédiaire. Ces rapports indiquent la date et l'étendue des révisions, les constatations faites et les conséquences qui en découlent.
- <sup>2</sup> Deux exemplaires originaux, complets et identiques de chaque rapport doivent être remis l'un à l'organe compétent de l'assureur, l'autre à l'OFAS. Le rapport concernant la révision annuelle doit être présenté à l'OFAS jusqu'au 31 juillet de l'année suivante, les rapports relatifs aux révisions intermédiaires dans les trois mois qui suivent celles-ci.
- <sup>3</sup> S'il constate des manquements, des irrégularités, des anomalies ou d'autres faits qui mettent en doute la sécurité financière de l'assureur ou l'aptitude de celui-ci à accomplir sa tâche, l'organe de révision adresse immédiatement son rapport à l'organe compétent de l'assureur et à l'OFAS.

<sup>4</sup> L'OFAS peut donner des instructions relatives à la forme et au contenu des rapports et renvoyer à l'organe de révision les rapports qui ne répondent pas aux exigences imposées.

## Chapitre 2: Primes des assurés

### Section 1: Dispositions générales

#### Art. 89 Indication des primes

L'assureur doit distinguer clairement, pour chaque assuré, entre les primes:

- a. de l'assurance obligatoire des soins, la prime pour le risque d'accident inclus devant être mentionnée séparément;
- b. de l'assurance d'indemnités journalières;
- c. des assurances complémentaires;
- d. des autres branches d'assurance.

#### Art. 90 Prélèvement des primes

Les primes doivent en principe être payées tous les mois.

#### Art. 91 Echelonnement des primes

<sup>1</sup> Si l'assureur échelonne les primes par région en vertu de l'article 61, 2<sup>e</sup> alinéa, de la loi, la différence entre l'échelon le plus haut et l'échelon le plus bas ne doit pas dépasser 50 pour cent à l'intérieur d'un même canton.

<sup>2</sup> Pour les personnes visées aux articles 3, 4 et 5 qui sont soumises à l'assurance suisse, l'assureur peut échelonner le montant des primes par régions d'après leur lieu de résidence, s'il est prouvé que les coûts diffèrent selon ces régions.

<sup>3</sup> L'échelonnement des primes selon le groupe d'âge pour les assurés visés à l'article 61, 3<sup>e</sup> alinéa, de la loi s'effectue d'après l'année de naissance.

#### Art. 91a<sup>81</sup> Réduction de primes en cas d'assujettissement à une autre assurance

<sup>1</sup> ...<sup>82</sup>

<sup>2</sup> Les assureurs peuvent réduire les primes d'assurance des soins des personnes qui ont conclu une assurance facultative ou par convention selon la LAA<sup>83</sup>, ce pendant la durée de la couverture des accidents. La réduction ne peut excéder la part qui correspond à cette ouverture.

<sup>81</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

<sup>82</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

<sup>83</sup> RS 832.20



**Art. 92** Tarifs des primes

<sup>1</sup> Les assureurs doivent soumettre à l'approbation de l'OFAS les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et leurs modifications, au plus tard cinq mois avant leur application. Ces tarifs ne peuvent être appliqués qu'après avoir été approuvés par l'OFAS.

<sup>2</sup> Doivent être joints aux tarifs, sur une formule remise par l'OFAS:

- a. le budget (bilan et compte d'exploitation) de l'exercice en cours;
- b. le budget (bilan et compte d'exploitation) de l'exercice suivant.

<sup>3</sup> Si l'assureur échelonne les primes par canton ou par région, l'OFAS peut lui demander périodiquement un aperçu des coûts moyens des derniers exercices dans les cantons ou les régions considérés.

<sup>4</sup> Pour les formes particulières d'assurance prévues à l'article 62 de la loi, l'assureur doit également indiquer le montant des primes et joindre les conditions d'assurance correspondantes.

<sup>5</sup> Lors de l'approbation des tarifs de primes ou à la suite de celle-ci, l'OFAS peut donner des instructions à l'assureur concernant la fixation des primes pour les années suivantes.

**Section 2: Formes particulières d'assurance****Art. 93** Assurance avec franchise à option

## a. Franchises à option

<sup>1</sup> Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle les assurés peuvent choisir une franchise plus élevée que le montant fixé à l'article 103, 1<sup>er</sup> alinéa (franchise à option). Les franchises à option se montent à 400, 600, 1200 et 1500 francs pour les adultes, à 150, 300 et 375 francs pour les enfants. S'il pratique cette forme d'assurance, l'assureur est tenu d'offrir toutes les franchises à option.<sup>84</sup>

<sup>2</sup> Le montant maximal annuel de la quote-part correspond à celui qui est prévu à l'article 103, 2<sup>e</sup> alinéa.

<sup>3</sup> Si plusieurs enfants d'une même famille sont assurés par le même assureur, leur participation ne doit pas excéder le double du montant maximal par enfant (franchise à option et quote-part selon l'art. 103, 2<sup>e</sup> al.). Si des franchises différentes sont choisies pour les enfants, l'assureur fixe la participation maximale.

**Art. 94** b. Adhésion et sortie, changement de franchise

<sup>1</sup> Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.

<sup>84</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>2</sup> Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur sont possibles un an au plus tôt après l'adhésion à l'assurance avec franchises à option, pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'article 7, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, de la loi.<sup>85</sup>

<sup>3</sup> Lorsque l'assuré doit changer d'assureur en vertu de l'article 7, 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> alinéa, de la loi, l'article 103, 4<sup>e</sup> alinéa, s'applique par analogie.

### **Art. 95** c. Primes

<sup>1</sup> Les primes de l'assurance avec franchises à option se fondent sur celles de l'assurance ordinaire. Les assureurs veillent à ce que les assurés de ces deux formes d'assurance contribuent, dans la mesure nécessaire selon les principes actuariels, aux réserves et à la compensation des risques.

<sup>1bis</sup> L'assureur doit fixer le montant dont il réduit une prime selon les exigences d'assurance. Il veille notamment à ce que la réduction par année civile ne soit pas plus importante que le risque supplémentaire de participer aux coûts assumé par les assurés ayant choisi une franchise plus élevée.<sup>86</sup>

<sup>2</sup> Par rapport aux primes de l'assurance ordinaire, les assureurs peuvent réduire les primes des assurances avec franchises à option au maximum :

- a. de 8 pour cent lorsque la franchise s'élève à 400 francs pour les adultes;
- b. de 15 pour cent lorsque la franchise s'élève à 600 francs pour les adultes et 150 francs pour les enfants;
- c. de 30 pour cent lorsque la franchise s'élève à 1200 francs pour les adultes et 300 francs pour les enfants;
- d. de 40 pour cent lorsque la franchise s'élève à 1500 francs pour les adultes et 375 francs pour les enfants.<sup>87</sup>

<sup>3</sup> ...<sup>88</sup>

### **Art. 96** Assurance avec bonus a. Principe

<sup>1</sup> Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle une réduction de prime est accordée lorsque l'assuré n'a bénéficié d'aucune prestation pendant une année (assurance avec bonus). Sont exceptées les prestations de maternité et les mesures de prévention.

<sup>2</sup> L'année civile est réputée période de référence permettant d'établir si l'assuré a bénéficié de prestations. Les assureurs peuvent toutefois prévoir une période de réf-

<sup>85</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO **1996** 3139).

<sup>86</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 23 fév. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO **2000** 889).

<sup>87</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO **1997** 2272).

<sup>88</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 23 fév. 2000 (RO **2000** 889).

rence avancée de trois mois au plus. Dans ce cas, durant la première année d'affiliation à l'assurance avec bonus, la période de référence est réduite d'autant.

<sup>3</sup> La date du traitement est réputée celle où l'assuré a bénéficié d'une prestation. Les assureurs fixent le délai dans lequel les assurés doivent leur remettre les factures.

<sup>4</sup> L'assurance avec bonus ne peut être pratiquée en relation avec une franchise à option au sens de l'article 93.

#### **Art. 97** b. Adhésion et sortie

<sup>1</sup> Tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec bonus. Le passage de l'assurance ordinaire à l'assurance avec bonus n'est possible que pour le début d'une année civile.

<sup>2</sup> L'assuré peut passer dans une autre forme d'assurance ou changer d'assureur au plus tôt cinq ans après avoir adhéré à l'assurance avec bonus, pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'article 7, 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas, de la loi.<sup>89</sup>

<sup>3</sup> Lorsque l'assuré doit changer d'assureur en vertu de l'article 7, 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> alinéa, de la loi, le nouvel assureur doit, s'il pratique l'assurance avec bonus et si l'assuré y adhère, prendre en compte la période durant laquelle celui-ci n'a bénéficié d'aucune prestation dans l'assurance avec bonus de l'ancien assureur.

#### **Art. 98** c. Primes

<sup>1</sup> Les assureurs doivent fixer les primes de l'assurance avec bonus de façon à ce que les assurés de l'assurance ordinaire et de l'assurance avec bonus contribuent, dans la mesure nécessaire selon les principes actuariels, aux réserves et à la compensation des risques.

<sup>2</sup> Les primes initiales de l'assurance avec bonus doivent être de 10 pour cent plus élevées que celles de l'assurance ordinaire.

<sup>3</sup> Le barème de primes suivant est applicable:

Barème de primes	Bonus en % de la prime initiale
4	0
3	15
2	25
1	35
0	45

<sup>4</sup> Si, au cours de l'année civile, l'assuré ne bénéficie d'aucune prestation, la prime de l'année civile suivante est calculée d'après l'échelon de primes immédiatement inférieur. Seules sont déterminantes pour la réduction des primes les années d'affiliation

<sup>89</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

à l'assurance avec bonus durant lesquelles l'assuré n'a bénéficié d'aucune prestation.

<sup>5</sup> Si, au cours de l'année civile, l'assuré bénéficie de prestations, la prime de l'année civile suivante augmente d'un échelon.

**Art. 99** Assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations  
a. Principe

<sup>1</sup> Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, des assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.

<sup>2</sup> Dans les assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations, l'assureur peut renoncer en tout ou en partie au prélèvement de la quote-part et de la franchise.<sup>90</sup>

**Art. 100** b. Adhésion et sortie

<sup>1</sup> Tous les assurés qui résident dans la région où l'assureur pratique une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations peuvent y adhérer.

<sup>2</sup> Le passage de l'assurance ordinaire à une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations est possible à tout moment.

<sup>3</sup> Le passage d'une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations à une autre forme d'assurance n'est possible que pour le début d'une année civile. L'article 7, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas, de la loi est réservé.

**Art. 101** c. Primes

<sup>1</sup> Les assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations ne constituent pas des communautés de risques particulières pour un même assureur. Lors de la fixation des primes, l'assureur doit tenir compte des frais administratifs et des éventuelles primes de réassurance et veiller à ce que les assurés qui ont un choix limité des fournisseurs de prestations contribuent, dans la mesure nécessaire selon les principes actuariels, aux réserves et à la compensation des risques.

<sup>2</sup> Des réductions de primes ne sont admises que pour les différences de coûts qui résultent du choix limité des fournisseurs de prestations ainsi que du mode et du niveau particuliers de la rémunération des fournisseurs de prestations. Les différences de coûts dues à des structures de risques favorables ne donnent pas droit à une réduction de primes. Les différences de coûts doivent être démontrées par des chiffres empiriques établis durant au moins cinq exercices comptables.

<sup>3</sup> Lorsqu'il n'existe pas encore de chiffres empiriques établis durant au moins cinq exercices comptables, les primes peuvent se situer au plus à 20 pour cent au-dessous des primes de l'assurance ordinaire de l'assureur considéré.

<sup>90</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 17 sept. 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2272).

<sup>4</sup> Lorsqu'une institution qui sert à la pratique d'une assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations fournit ses prestations à des personnes assurées auprès de plusieurs assureurs, ceux-ci peuvent fixer une prime uniforme pour lesdits assurés.

### **Section 3: Indemnisation de tiers**

#### **Art. 102**

<sup>1</sup> L'indemnisation de tiers au sens de l'article 63 de la loi ne doit pas excéder les frais que les tâches confiées au tiers auraient occasionnés à l'assureur.

<sup>2</sup> Cette indemnisation fait partie des frais d'administration de l'assureur. Elle ne doit pas être répercutée sur les assurés sous la forme d'une réduction de prime.

### **Chapitre 3: Participation aux coûts**

#### **Art. 103** Franchise et quote-part

<sup>1</sup> La franchise prévue à l'article 64, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre a, de la loi s'élève à 230 francs par année civile.<sup>91</sup>

<sup>2</sup> Le montant maximal annuel de la quote-part au sens de l'article 64, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre b, de la loi s'élève à 600 francs pour les adultes et 300 francs pour les enfants.

<sup>3</sup> La date du traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part.

<sup>4</sup> En cas de changement d'assureur au cours d'une année civile, la nouvel assureur impute la franchise et la quote-part déjà facturées dans cette même année. Lorsque ni franchise ni quote-part n'ont été facturées, la déduction est opérée si l'assuré apporte la preuve correspondante.

<sup>5</sup> L'OFAS peut autoriser les assureurs qui le demandent à prévoir un forfait annuel uniforme pour la franchise et la quote-part des assurés dont la couverture d'assurance est prévue pour moins d'une année civile. Ce forfait doit correspondre à la moyenne des participations aux coûts ordinaires. Les assureurs doivent fournir à l'OFAS des données à ce sujet, conformément à l'article 28.

#### **Art. 104** Contribution aux frais de séjour hospitalier

<sup>1</sup> La contribution journalière aux frais de séjour hospitalier prévue à l'article 64, 5<sup>e</sup> alinéa, de la loi se monte à 10 francs.

<sup>2</sup> Sont exemptés de cette contribution:

<sup>91</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 25 juin 1997, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1998 (RO 1997 2435).

- a. les assurés qui vivent en ménage commun avec une ou plusieurs personnes avec lesquelles ils ont une relation relevant du droit de la famille;
- b. les femmes pour les prestations de maternité.

**Art. 105** Participation augmentée, réduite ou supprimée

<sup>1</sup> Le département désigne les prestations pour lesquelles la participation aux coûts est plus élevée, au sens de l'article 64, 6<sup>e</sup> alinéa, lettre a, de la loi, et fixe le montant de celle-ci. Il peut aussi prévoir que la participation est augmentée lorsque la prestation:

- a. a été fournie pendant une durée déterminée;
- b. a atteint un volume déterminé.

<sup>2</sup> Lorsque la quote-part est augmentée par rapport à celle qui est fixée à l'article 64, 2<sup>e</sup> alinéa, lettre b, de la loi, le montant qui dépasse le taux fixé par la loi ne compte que pour moitié dans le calcul du montant maximum prévu à l'article 103, 2<sup>e</sup> alinéa.

<sup>3</sup> Le département désigne les prestations pour lesquelles la participation aux coûts est réduite ou supprimée, au sens de l'article 64, 6<sup>e</sup> alinéa, lettre b, de la loi. Il fixe le montant des participations réduites.

<sup>3bis</sup> Le département désigne les prestations pour lesquelles la franchise est supprimée selon l'art. 64, al. 6, let. d, de la loi.<sup>92</sup>

<sup>4</sup> Avant d'édicter les dispositions visées aux al. 1, 3 et 3<sup>bis</sup>, le département consulte la commission compétente.<sup>93</sup>

## **Chapitre 4: Réduction des primes par les subsides des pouvoirs publics**

**Art. 106<sup>94</sup>**

Les personnes tenues de s'assurer d'après l'art. 1, al. 2, let. a, ont également droit à la réduction des primes lorsqu'elles satisfont aux conditions prescrites par le canton.

## **Deuxième partie: Assurance facultative d'indemnités journalières**

**Art. 107** Système financier

Les articles 78 et 79 s'appliquent par analogie.

<sup>92</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

<sup>93</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

<sup>94</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 11 déc. 2000 (RO 2001 138).

**Art. 108** Tarif des primes

L'article 92 s'applique par analogie.

**Art. 109** Adhésion

Toute personne qui satisfait aux exigences de l'article 67, 1<sup>er</sup> alinéa, de la loi peut adhérer à l'assurance d'indemnités journalières aux mêmes conditions que celles qui prévalent pour les autres assurés, notamment quant à la durée et au montant de l'indemnité journalière, dans la mesure où, selon toute probabilité, il n'en résulte pas de surindemnisation.

**Troisième partie: Règles de coordination****Titre premier: Coordination des prestations****Chapitre premier: Relations avec les autres assurances sociales****Section 1: Délimitation de l'obligation d'allouer les prestations****Art. 110<sup>95</sup>** Principe

Dans la mesure où, dans un cas d'assurance, des prestations de l'assurance-maladie sont en concours avec des prestations de même nature de l'assurance-accidents au sens de la LAA<sup>96</sup>, de l'assurance militaire, de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité, les prestations de ces autres assurances sociales doivent être allouées en priorité. L'article 128 de l'ordonnance du 20 décembre 1982<sup>97</sup> sur l'assurance-accidents est réservé.

**Art. 111** Déclaration d'accident

Les assurés doivent aviser sans retard leur assureur-maladie de tout accident non déclaré auprès d'un assureur-LAA ou de l'assurance militaire. Ils doivent donner tous renseignements concernant:

- a. le moment, le lieu, les circonstances et les suites de l'accident;
- b. le médecin traitant ou l'hôpital;
- c. les éventuels responsables et assurances intéressés.

<sup>95</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 juin 1998, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 1998 (RO 1998 1818).

<sup>96</sup> RS 832.20

<sup>97</sup> RS 832.202

## Section 2: Obligation d'avancer les prestations

**Art. 112** En relation avec l'assurance-accidents et l'assurance militaire

<sup>1</sup> Si, dans un cas de maladie ou d'accident, il n'est pas certain que l'obligation d'allouer les prestations incombe à l'assurance-accidents au sens de la LAA<sup>98</sup> ou à l'assurance militaire, l'assureur-maladie doit, sur demande de l'assureur-accidents, de l'assurance militaire ou de l'assuré, avancer les prestations qui sont assurées par lui. Il peut aussi avancer spontanément ses prestations, sous réserve de son plein droit à restitution.

<sup>2</sup> Si une personne est assurée pour des indemnités journalières auprès de plusieurs assureurs-maladie, chaque assureur est tenu d'avancer des prestations.

**Art. 113** En relation avec l'assurance-invalidité

Si l'assuré a demandé des prestations tant à l'assureur-maladie qu'à l'assurance-invalidité, l'assureur-maladie doit, à titre provisoire, fournir une garantie de paiement ou effectuer les paiements pour les frais de soins jusqu'à ce que soit déterminée l'assurance qui prendra le cas en charge.

**Art. 114** Obligation d'informer

L'assureur-maladie qui avance les prestations attire l'attention de l'assuré sur le fait que ses prestations seront imputées sur celles de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire ou de l'assurance-invalidité, s'il y a prise en charge ultérieure du cas par l'une de ces assurances.

**Art. 115** Prise en charge subséquente des prestations avancées

<sup>1</sup> Si un cas pour lequel l'assureur-maladie a avancé des prestations est pris définitivement en charge par l'assureur-accidents ou l'assurance militaire, ceux-ci restituent à l'assureur-maladie, dans les limites de leurs obligations légales, les prestations qu'il a avancées.

<sup>2</sup> Lorsque l'assurance-invalidité prend en charge un cas pour lequel l'assureur-maladie a payé des prestations pour soins, elle lui rembourse ces prestations si elle en a eu connaissance au moment de la liquidation du cas.

**Art. 116** Tarifs différents

<sup>1</sup> Lorsque l'assureur-maladie a avancé des prestations, les autres assureurs sociaux doivent verser aux fournisseurs de prestations l'éventuelle différence entre le tarif valable pour eux et le tarif appliqué par l'assureur-maladie.

<sup>2</sup> Lorsque, en appliquant ses tarifs, l'assureur-maladie a payé aux fournisseurs de prestations davantage que s'il avait appliqué les tarifs valables pour les autres assurances, les fournisseurs de prestations doivent lui restituer la différence.

<sup>98</sup> RS 832.20



### **Section 3: Remboursement de prestations d'autres assureurs sociaux**

#### **Art. 117**      Principe

<sup>1</sup> Si l'assureur-maladie a alloué à tort des prestations dues par un autre assureur social ou dans le cas inverse, l'assureur déchargé doit rembourser à l'autre assureur le montant qu'il doit, mais au plus dans les limites de son obligation légale.

<sup>2</sup> Lorsque plusieurs assureurs-maladie ont droit ou sont tenus au remboursement, leurs parts se calculent en fonction des prestations qu'ils ont ou auraient dû allouer.

<sup>3</sup> Le droit au remboursement se prescrit par cinq ans à compter de l'octroi de la prestation.

#### **Art. 118**      Conséquences pour les assurés

<sup>1</sup> Dans les cas en cours, l'assureur définitivement tenu de verser les prestations veille à ce que celles-ci soient allouées conformément aux prescriptions qui lui sont applicables. Il en informe l'assuré.

<sup>2</sup> Dans les cas où l'assuré aurait normalement dû recevoir des prestations en espèces plus élevées que celles qu'il a effectivement reçues, l'assureur tenu au remboursement lui verse la différence. Cette règle s'applique également aux cas où le rapport d'assurance a pris fin entre-temps.

#### **Art. 119**      Tarifs différents

<sup>1</sup> L'assureur tenu au remboursement verse aux fournisseurs de prestations l'éventuelle différence entre le tarif appliqué par l'assureur qui a droit au remboursement et le tarif qu'il applique lui-même.

<sup>2</sup> Lorsque l'assureur qui a droit au remboursement a payé davantage que ce qu'il aurait dû en appliquant les tarifs valables pour l'assureur tenu au remboursement, les fournisseurs de prestations doivent lui restituer la différence.

### **Section 4: Information mutuelle et droit de recours des assureurs**

#### **Art. 120**      Information mutuelle

Les assureurs-maladie et les organes compétents des autres assurances sociales se communiquent réciproquement et gratuitement, sur demande écrite et motivée dans chaque cas, les indications et documents nécessaires pour fixer, modifier ou restituer des prestations ainsi que pour prévenir les versements indus ou exercer une action récursoire contre un tiers responsable. Les assurés intéressés doivent être informés de ces communications.

**Art. 121** Droit de recours des assureurs

<sup>1</sup> Lorsqu'un assureur-maladie ou une autre assurance sociale prend une décision touchant à l'obligation de l'autre assureur d'allouer des prestations, cette décision doit également être notifiée à cet autre assureur. Ce dernier dispose des mêmes voies de droit que l'assuré.

<sup>2</sup> Si une autre assurance sociale fait opposition ou forme un recours contre une décision, l'opposition doit être notifiée à l'assuré par l'assureur qui a rendu la décision et le recours notifié à l'assuré par l'autorité de recours pour qu'il puisse se déterminer à ce sujet. L'assuré peut intervenir en qualité de partie. Les jugements rendus déploient leurs effets également envers lui.

**Chapitre 2: Surindemnisation****Art. 122**

<sup>1</sup> Les prestations de l'assurance-maladie ou leur concours avec celles d'autres assurances sociales ne doivent pas entraîner de surindemnisation des assurés. Seules sont prises en considération pour le calcul de la surindemnisation les prestations de même nature et visant un même but, allouées à l'ayant droit du fait du cas d'assurance.

<sup>2</sup> Il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations respectives des assurances sociales excèdent, pour une même atteinte à la santé, les limites suivantes:

- a. les frais de diagnostic et de traitement supportés par l'assuré;
- b. les frais de soins supportés par l'assuré et d'autres frais non couverts dus à la maladie;
- c. la perte de gain présumée subie par l'assuré du fait du cas d'assurance ou la valeur des tâches qu'il ne peut pas accomplir.

<sup>3</sup> En cas de surindemnisation, les prestations de l'assurance-maladie sont réduites du montant de la surindemnisation.

<sup>4</sup> Lorsqu'une personne est assurée auprès de plus d'un assureur-maladie pour des indemnités journalières au sens des articles 67 à 77 de la loi et que les prestations doivent être réduites en vertu des 1<sup>er</sup> à 3<sup>e</sup> alinéas, chacun de ces assureurs est tenu de verser ces prestations en proportion des indemnités journalières qu'il assure par rapport au total des indemnités journalières assurées.

**Titre deuxième: Subrogation****Art. 123** Etendue

<sup>1</sup> L'assureur n'est subrogé à l'assuré dans les droits de ce dernier que dans la mesure où les prestations qu'il alloue, jointes à la réparation due pour la même période par le tiers, excèdent le dommage correspondant.

<sup>2</sup> Toutefois, si l'assureur a réduit ses prestations parce que l'assuré a intentionnellement provoqué le cas d'assurance, les droits de l'assuré passent à l'assureur dans la mesure où ses prestations non réduites, jointes à la réparation due par le tiers pour la même période, excéderaient le dommage correspondant.

<sup>3</sup> Les droits qui ne passent pas à l'assureur restent acquis à l'assuré. Si une seule partie de la réparation due par le tiers peut être récupérée, l'assuré a un droit préférentiel sur cette partie.

#### **Art. 124** Classification des droits

<sup>1</sup> Les droits passent séparément à l'assureur pour chaque catégorie de prestations de même nature.

<sup>2</sup> Sont notamment des prestations de même nature:

- a. le remboursement par l'assureur ou par des tiers des frais occasionnés par des mesures diagnostiques ou thérapeutiques;
- b. la prise en charge par l'assureur ou par des tiers des frais occasionnés par des soins;
- c. la prise en charge par l'assureur ou par des tiers des frais de séjour à l'hôpital ou dans une institution semi-hospitalière;
- d. versement d'indemnités journalières et indemnisation pour incapacité de travail pendant la même période.

#### **Art. 125** Pluralité d'intéressés au même recours

Lorsqu'un assureur-maladie participe avec un ou plusieurs autres assureurs-maladie ou assureurs sociaux à un même recours, ils constituent une communauté de créanciers et doivent procéder entre eux à la répartition des montants récupérés proportionnellement aux prestations dues par chacun d'eux.

#### **Art. 126** Tarifs différents

Le tiers responsable doit, dans les limites de son obligation de réparer le dommage, rembourser au fournisseur de prestations l'éventuelle différence entre le tarif valable pour lui et le tarif appliqué par l'assureur-maladie.

## Quatrième partie: Consultation du dossier et communication de données<sup>99</sup>

### Titre premier: Consultation du dossier

#### Art. 127<sup>100</sup>

#### Art. 128 Droit d'accès de l'assuré aux données le concernant

Le droit d'accès de l'assuré aux données le concernant est régi par les articles 8 et 9 de la loi fédérale du 19 juin 1992<sup>101</sup> sur la protection des données.

#### Art. 129 Droit de consultation des tiers

<sup>1</sup> Le dossier ne peut être consulté par un tiers que sur demande écrite et motivée dans chaque cas.

<sup>2</sup> Le dossier doit être consulté, en règle générale, au siège de l'assureur ou de la représentation régionale qui traite le cas. Il doit cependant être remis aux tribunaux des assurances sociales pour leur permettre de le consulter.

<sup>3</sup> Le droit de consulter le dossier peut être limité lorsque la consultation est de nature à entraver considérablement l'établissement des faits ou l'examen médical.

<sup>4</sup> La consultation du dossier est gratuite.<sup>102</sup>

### Titre deuxième:<sup>103</sup> Frais de communication et de publication de données

#### Art. 130 Exceptions

<sup>1</sup> Un émolument est perçu dans les cas visés à l'art. 84a, al. 5, de la loi, lorsque la communication de données nécessite de nombreuses copies ou autres reproductions ou des recherches particulières. Le montant de cet émolument équivaut à ceux des art. 14 et 16 de l'ordonnance du 10 septembre 1969 sur les frais et indemnités en procédure administrative<sup>104</sup>.

<sup>2</sup> Un émolument couvrant les frais est perçu pour les publications au sens de l'art. 84a, al. 3, de la loi.

<sup>3</sup> L'émolument peut être réduit ou remis si la personne assujettie est dans la gêne ou pour d'autres justes motifs.

<sup>99</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 nov. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2911).

<sup>100</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 22 nov. 2000 (RO 2000 2911).

<sup>101</sup> RS 235.1

<sup>102</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 nov. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2911).

<sup>103</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 nov. 2000, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2001 (RO 2000 2911).

<sup>104</sup> RS 172.041.0

## Cinquième partie: Dispositions finales

### Titre premier: Dispositions transitoires

#### Art. 131      Travailleurs détachés

L'article 4 s'applique aux travailleurs détachés et aux membres de leur famille qui sont déjà à l'étranger et sont assurés par une caisse-maladie lors de l'entrée en vigueur de la loi. Pour ces personnes, les durées fixées à l'article 4, 3<sup>e</sup> alinéa, partent de l'entrée en vigueur de la loi. La durée du détachement accompli avant l'entrée en vigueur de la loi peut, à la demande de la personne détachée, être imputée sur la durée de deux ans fixée pour l'assurance obligatoire.

#### Art. 132      Rapports d'assurance existants

<sup>1</sup> Les caisses-maladie peuvent maintenir jusqu'au 31 décembre 1996 au plus tard les rapports d'assurance existant lors de l'entrée en vigueur de la loi avec des personnes qui ne sont pas assujetties à l'assurance obligatoire des soins et ne peuvent pas non plus y être soumises sur demande. Ces rapports d'assurance sont régis par l'ancien droit.

<sup>2</sup> Un nouveau rapport d'assurance au sens du 1<sup>er</sup> alinéa ne peut être fondé que s'il permet de maintenir jusqu'au 31 décembre 1996 une couverture d'assurance correspondante qui était garantie par un assureur ayant renoncé à pratiquer l'assurance-maladie sociale (art. 99 LAMal).

<sup>3</sup> Les caisses-maladie peuvent offrir aux personnes visées aux 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas de maintenir les rapports d'assurance sur une base contractuelle après le 31 décembre 1996. Le contrat peut être conclu auprès de la même caisse-maladie ou d'un autre assureur au sens de l'article 11 de la loi. Le financement des prestations qui correspondent à celles de l'assurance obligatoire des soins est régi par les principes de l'assurance-maladie sociale. Les rapports d'assurance sont soumis à la loi du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance<sup>105,106</sup>.

<sup>4</sup> Lorsqu'un traitement commencé avant le 1<sup>er</sup> janvier 1997 se poursuit après cette date, la caisse-maladie doit maintenir le rapport d'assurance selon l'ancien droit jusqu'à la fin du traitement.<sup>107</sup>

#### Art. 133<sup>108</sup>

#### Art. 134      Fournisseurs de prestations

<sup>1</sup> Les fournisseurs de prestations désignés aux articles 44 à 54 qui, à l'entrée en vigueur de la loi, pratiquent à la charge de l'assurance-maladie en vertu d'une autori-

<sup>105</sup> RS 221.229.1

<sup>106</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

<sup>107</sup> Introduit par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

<sup>108</sup> Abrogé par le ch. I de l'O du 25 juin 1997 (RO 1997 1639).

sation accordée selon l'ancien droit continuent à y être habilités, s'ils sont admis en vertu du droit cantonal dans l'année qui suit l'entrée en vigueur de la loi.

<sup>2</sup> Les logopédistes/orthophonistes et les diététiciens qui ne remplissent que partiellement les conditions d'admission de la présente ordonnance, mais qui ont achevé leur formation et exercé leur profession de manière indépendante et à leur propre compte avant l'entrée en vigueur de la loi, peuvent exercer à la charge de l'assurance-maladie sous le nouveau droit, s'ils sont admis en vertu du droit cantonal dans les quatre ans qui suivent l'entrée en vigueur de la loi.<sup>109</sup>

**Art. 135**      Garantie de la qualité

Les conventions prévues à l'article 77, 1<sup>er</sup> alinéa, doivent être conclues jusqu'au 31 décembre 1997 au plus tard.

**Art. 136**      Tarifs de primes

Les assureurs qui ont soumis pour approbation à l'OFAS leurs tarifs de primes de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières pour 1996 peuvent les appliquer même lorsque la décision d'approbation est encore en suspens.

**Titre deuxième: Entrée en vigueur**

**Art. 137**

La présente ordonnance entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1996.

<sup>109</sup> Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 1997 (RO 1996 3139).

**Disposition finale de la modification du 17 septembre 1997<sup>110</sup>***Disposition d'introduction*

<sup>1</sup> Les assureurs doivent informer chaque assuré, au plus tard à la fin du mois d'octobre 1997, des nouveaux montants des franchises à option, des réductions de primes correspondantes et des modalités d'un changement de franchise (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> al.)

<sup>2</sup> Les assurés qui ont une franchise à option peuvent choisir une franchise plus basse pour le 1<sup>er</sup> janvier 1998 moyennant un préavis écrit donné à l'assureur au plus tard à la fin du mois de novembre 1997.

<sup>3</sup> Pour les assurés ayant auparavant une franchise à option de 300 francs, la franchise de 400 francs est valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 1998, pour autant qu'ils n'aient pas choisi une autre franchise.

*Disposition transitoire*

Les primes et les participations aux coûts échues avant le 1<sup>er</sup> janvier 1996 et restées impayées au 31 décembre 1997 n'entraînent plus aucune suspension des prestations.

**Dispositions finales de la modification du 23 février 2000<sup>111</sup>**

<sup>1</sup> Les assureurs informent par écrit chaque assuré, d'ici au 31 octobre 2000 au plus tard, sur les nouveaux montants maximaux pour les réductions de primes des assurances avec franchise à option ainsi que sur les modalités d'un changement de franchise (al. 2).

<sup>2</sup> Les assurés qui ont une franchise à option peuvent choisir une franchise plus basse pour le 1<sup>er</sup> janvier 2001 ou s'affilier à l'assurance ordinaire, moyennant un préavis écrit donné à l'assureur d'ici au 30 novembre 2000 au plus tard.

<sup>3</sup> Si le changement selon l'al. 2 a pour conséquence, pour les assurés qui ont une franchise à option, qu'ils doivent s'acquitter en l'an 2001 d'une prime plus élevée qu'en l'an 2000, cette augmentation équivaut alors à une augmentation de prime au sens de l'art. 7, al. 2, de la loi, même lorsque l'assureur n'augmente pas les primes de l'assurance ordinaire au lieu de résidence des personnes concernées.

<sup>110</sup> RO 1997 2272

<sup>111</sup> RO 2000 889

**Disposition finale de la modification du 2 octobre 2000<sup>112</sup>**

L'OFAS peut, durant cinq ans au plus, renoncer à adapter les prix de certains groupes de médicaments à la structure des prix prévue à l'art. 67 ou prévoir une adaptation échelonnée.

<sup>112</sup> RO 2000 2835



## Abrogation et modification d'ordonnances fédérales

### 1. Sont abrogées:

- a. l'ordonnance I du 22 décembre 1964<sup>113</sup> sur l'assurance-maladie concernant la comptabilité et le contrôle des caisses-maladie et des fédérations de réassurance reconnues par la Confédération, ainsi que le calcul des subsides fédéraux;
- b. l'ordonnance II du 22 décembre 1964<sup>114</sup> sur l'assurance-maladie concernant l'assurance collective pratiquée par les caisses-maladie reconnues par la Confédération;
- c. l'ordonnance III du 15 janvier 1965<sup>115</sup> sur l'assurance-maladie concernant les prestations des caisses-maladie et fédérations de réassurance reconnues par la Confédération;
- d. l'ordonnance IV du 15 janvier 1965<sup>116</sup> sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance pour l'assurance-maladie des certificats cantonaux de capacité délivrés aux chiropraticiens;
- e. l'ordonnance V du 2 février 1965<sup>117</sup> sur l'assurance-maladie concernant la reconnaissance des caisses-maladie et des fédérations de réassurance, ainsi que leur sécurité financière;
- f. l'ordonnance VI du 11 mars 1966<sup>118</sup> sur l'assurance-maladie concernant l'autorisation donnée au personnel paramédical de pratiquer à la charge de l'assurance-maladie;
- g. l'ordonnance VII du 29 mars 1966<sup>119</sup> sur l'assurance-maladie concernant l'autorisation donnée aux laboratoires d'exercer leur activité à la charge de l'assurance-maladie;
- h. l'ordonnance VIII du 30 octobre 1968<sup>120</sup> sur l'assurance-maladie concernant le choix des médicaments et des analyses;
- i. l'ordonnance du 22 novembre 1989<sup>121</sup> sur la pratique d'autres branches d'assurance par les caisses-maladie reconnues.

<sup>113</sup> [RO 1964 1296, 1974 978, 1986 685, 1990 1675, 1991 609 2547, 1992 1738 art. 18]

<sup>114</sup> [RO 1965 32, 1984 1481, 1990 1674, 1991 606 2546]

<sup>115</sup> [RO 1965 45, 1968 43 ch. V 1107, 1969 1147 ch. II, 1974 978 ch. II, 1983 38 art. 142, 1984 1485, 1986 85]

<sup>116</sup> [RO 1965 59]

<sup>117</sup> [RO 1965 94, 1969 81 ch. II let. b ch. 3 1237, 1970 1648, 1984 1479, 1986 80 1706, 1990 21 2039, 1991 370 annexe ch. 18]

<sup>118</sup> [RO 1966 519, 1971 1186]

<sup>119</sup> [RO 1966 590]

<sup>120</sup> [RO 1968 1366, 1982 2178, 1984 1486, 1986 89, 1988 1563]

<sup>121</sup> [RO 1989 2430]

2. Le règlement du 17 janvier 1961<sup>122</sup> sur l'assurance-invalidité est modifié comme il suit:

*Art. 76, 1<sup>er</sup> al., let. h*

...

*Art. 88<sup>ter</sup>*

...

*Art. 88<sup>quater</sup>*

...

*Art. 88<sup>quinquies</sup>*

...

3. L'ordonnance du 15 janvier 1971<sup>123</sup> sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité est modifiée comme il suit:

*Art. 19*

...

4. L'ordonnance du 20 décembre 1982<sup>124</sup> sur l'assurance-accidents est modifiée comme il suit:

*Art. 18, 1<sup>er</sup> al.*

...

*Art. 69*

...

*Art. 71, 2<sup>e</sup> al.*

...

*Art. 90, 2<sup>e</sup> al., let. c*

...

<sup>122</sup> RS **831.201**. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ledit règlement.

<sup>123</sup> RS **831.301**. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ladite ordonnance.

<sup>124</sup> RS **832.202**. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ladite ordonnance.

*Art. 104, 2<sup>e</sup> al., deuxième phrase*  
*Abrogée*

*Art. 129*  
...

*Art. 142*  
*Abrogé*

5. L'ordonnance du 10 novembre 1993<sup>125</sup> sur l'assurance militaire est modifiée comme il suit:

*Art. 12*  
...

*Art. 14, 2<sup>e</sup> al.*  
...

6. L'ordonnance du 8 septembre 1993<sup>126</sup> sur l'assurance dommages est modifiée comme il suit:

*Art. 26, 2<sup>e</sup> al., let. a*  
...

7. L'ordonnance du 11 septembre 1931<sup>127</sup> sur la surveillance est modifiée comme il suit:

*Art. 53, 3<sup>e</sup> al*  
...

*Art. 54, 2<sup>e</sup> al.*  
...

<sup>125</sup> RS **833.11**. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ladite ordonnance.

<sup>126</sup> RS **961.711**. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ladite ordonnance.

<sup>127</sup> RS **961.05**. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ladite ordonnance.

8. Le règlement des fonctionnaires (1) du 10 novembre 1959<sup>128</sup> est modifié comme il suit:

*Art. 63*

*Abrogé*

9. Le règlement des fonctionnaires 2 du 15 mars 1993<sup>129</sup> est modifié comme il suit:

*Art. 78*

*Abrogé*

10. Le règlement des employés du 10 novembre 1959<sup>130</sup> est modifié comme il suit:

*Titre précédant l'article 72*

...

*Art. 72, 6<sup>e</sup> al.*

*Abrogé*

<sup>128</sup> RS 172.221.101

<sup>129</sup> RS 172.221.102.1

<sup>130</sup> RS 172.221.104. Les modifications mentionnées ci-dessous sont insérées dans ledit règlement.