Assurance-maladie (LAMal)

Généralités

L'assurance-maladie est régie par la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et ses ordonnances d'application, notamment l'OAMAL. Ce sont en particulier les cantons qui appliquent cette loi et édictent les règles sur les subsides pour les assurés à ressources modestes (voir à ce sujet les fiches cantonales).

La loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA) s'applique également, sauf pour les dispositions qui sont expressément exclues par la LAMal. Ces lois doivent donc être lues en parallèle. La LPGA traite en particulier des droits des assurés et des règles de procédure (Voir fiche Assurances sociales, partie générale).

Les conditions décrites ci-dessous ne concernent que l'assurance de base; les assurances complémentaires (patient privé, soins dentaires, etc.) relèvent du droit des assurances privées (LCA, ainsi que de la police et des conditions générales d'assurance: voir la fiche Assurances privées).

Descriptif

Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer ou être assurée par son représentant légal dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Si le délai de trois mois est respecté, l'assurance débute alors au jour de la prise de domicile ou de la naissance. Passé ce délai de trois mois, la personne assurée n'est couverte qu'à partir du moment où elle s'affilie et doit payer, si le retard n'est pas excusable, un supplément de prime.

- Les étrangers sont soumis à l'obligation de s'assurer lorsqu'ils détiennent une autorisation de séjour valable au moins trois mois (exceptions: fonctionnaires internationaux et diplomates, qui peuvent toutefois demander à s'affilier à l'assurance suisse); ils le sont également si l'autorisation d'exercer un travail salarié est de moins de trois mois et qu'ils ne sont pas couverts par une assurance étrangère équivalente. Les étrangers qui sont obligatoirement assurés de façon équivalente en vertu du droit étranger peuvent demander à être dispensés de l'affiliation en Suisse;
- Les frontaliers travaillant en Suisse pourront demander, dans les six mois dès le début de l'autorisation frontalière, à être soumis, avec les membres de leur famille, à l'assurance suisse. En cas de traitement hospitalier, ils sont assimilés aux assurés résidant dans un autre canton (art. 37 OAMal). Que se passe-t-il en cas de cessation de l'activité lucrative en Suisse? S'il y a un traitement en cours, les caisses sont tenues de continuer l'assurance jusqu'à la fin du traitement. En l'absence de traitement, les caisses peuvent proposer une assurance privée;
- Les demandeurs d'asile, les personnes qui se sont vues accorder la protection provisoire selon l'article 66 de la loi sur l'asile et les personnes pour lesquelles une admission provisoire a été décidée selon l'article 83 LEI ont l'obligation de s'assurer.

Le choix de la caisse est libre. Les caisses agréées doivent accepter sans réserve, ni délai, toute personne soumise à l'obligation de s'assurer et domiciliée dans la région de leur activité, quel que soit l'âge ou l'état de santé.

La personne soumise à l'obligation d'assurance qui ne s'affilie pas en temps utile est affiliée d'office, après une sommation, par le service compétent dépendant des cantons. L'affiliation est rétroactive, tout comme le paiement des primes. (art. 3 à 6 LAMal, art. 1 à 8 OAMal).

Personnes sans autorisation de séjour

Le droit à la santé est un droit fondamental indépendant du statut de résidence. Il découle de l'article 12 de la Constitution fédérale.

Ainsi, les personnes qui n'ont pas d'autorisation de séjour en Suisse (sans-papiers), sont en principe également soumises à

l'obligation de s'assurer et peuvent, par conséquent, contracter une assurance auprès de la caisse-maladie de leur choix.

- les caisses-maladie ont l'obligation d'accepter dans l'assurance de base toutes les personnes souhaitant s'affilier – sans-papiers inclus – et de leur fournir les prestations découlant de la loi.
- pour des raisons de protection des données, les hôpitaux, assurances, services sociaux, gouvernements cantonaux et autres institutions n'ont pas le droit de communiquer les données personnelles des sans-papiers aux autorités et services officiels chargés des questions de migration. La violation du secret professionnel est passible de poursuites pénales.
- les sans-papiers peuvent déposer une demande de réduction de leurs primes d'assurance-maladie. Des services de consultation spécialisés soutiennent les sans-papiers pour les questions de soins médicaux et d'assurance-maladie.

Pour plus d'informations, consulter le site de la plate-forme nationale pour les soins de santé aux sans-papiers (dans les sites utiles).

Changement d'assureur

Toute personne assurée peut changer de caisse pour la fin de l'année civile. Marche à suivre :

- En automne, l'Office fédéral de la santé publique approuve les primes pour l'année suivante. Toutes les primes sont publiées, en particulier sur le calculateur de primes de la Confédération (référence dans les sites utiles).
- La caisse-maladie communique au plus tard à la fin octobre le montant de la nouvelle prime à ses assurés. Ces derniers peuvent envoyer une lettre de résiliation (en recommandé) jusqu'au 30 novembre au plus tard. Attention : la lettre doit être parvenue auprès de l'assureur-maladie le 30 novembre, et si ce jour tombe un samedi ou un dimanche, le courrier doit arriver chez l'assureur le vendredi qui précède la fin du délai.
- Les assurés qui ont choisi la franchise ordinaire peuvent également résilier à la fin juin. Le délai de résiliation est de trois mois (donc échoit à fin mars). La résiliation à cette date n'est pas possible si la franchise est plus élevée, ou si l'assurance implique un choix limité du fournisseur de prestations (réseau de santé, HMO, médecin de famille, consultation téléphonique) ou s'il s'agit d'une assurance avec bonus.
- À partir du 1er janvier 2025, les assurés qui ont choisi une assurance avec libre choix des fournisseurs de prestations (libre choix du médecin) peuvent passer à un choix limité des fournisseurs de prestations (modèle alternatif – p. ex. médecin de famille, HMO ou Telmed) à tout moment.

Rappelons que les délais de résiliation, généralement plus long, des assurances complémentaires sont régis par d'autres dispositions, et que les délais varient selon les assureurs. En cas de volonté de résiliation des assurances complémentaires, il faudra consulter le contrat ou se renseigner auprès de l'assureur. Soulignons que l'assurance de base et les assurances complémentaires sont indépendantes les unes des autres et peuvent être conclues auprès de deux assureurs différents. Toutefois, cela signifie pour l'assuré une contrainte administrative supplémentaire.

En cas de modification du contrat par l'assureur, en particulier en cas de modification de la prime, il est dans tous les cas possible de changer d'assurance. Le délai de résiliation est d'un mois à compter de la réception de la notification de la nouvelle prime. Il faut résilier le contrat au plus tard à la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime. Comme les assurances prévoient que l'entrée en vigueur des nouvelles primes est le premier janvier suivant, il faut donc résilier dans le courant du mois de novembre, pour le 31 décembre. Ce délai est le même en cas de changement de contenu du contrat par l'assureur.

Les personnes qui sont en outre au bénéfice d'une assurance complémentaire au contrat de base ont intérêt à préciser qu'elles ne résilient que l'assurance de base, faute de quoi elles s'exposent à la résiliation de toutes les polices. Dans ce cas, l'assuré prend le risque de se voir imposer une réserve aux prestations des soins complémentaires dans la nouvelle caisse - ou d'essuyer un refus pur et simple. Depuis janvier 2001, l'assureur ne peut plus contraindre les assurés, qui résilient l'assurance obligatoire, à résilier également leurs assurances complémentaires.

Lorsque l'assuré doit changer de caisse parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi. Dans tous les cas, l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque la nouvelle caisse lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de l'assurance (art. 7 LAMal). Si l'assureur entrave le changement de caisse, il peut se voir tenu de rembourser le dommage en résultant, par exemple la différence entre les deux primes.

Dernier point important: aucun changement d'assureur n'est possible en cas de retard de paiement (que ce soit des primes, des participations aux coûts, des intérêts moratoires ou encore des frais de poursuites). Pour pouvoir changer de caisse, l'assuré doit être à jour à la date de fin du contrat.

Suspension de la couverture des accidents

La couverture des accidents peut être suspendue tant que l'assuré est entièrement couvert à titre obligatoire en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). C'est le cas des salariés qui travaillent au moins 8 heures par semaine chez un même employeur.
L'assureur est tenu d'attirer l'attention des assurés sur la possibilité de faire une demande de suspension. La demande doit être accompagnée de la preuve de la couverture entière des accidents (attestation de l'employeur). La caisse réduit la prime en conséquence.
Dès que la couverture selon la LAA cesse, la caisse-maladie couvre les accidents. Elle prend également en charge les coûts des suites d'accidents qu'elle assurait avant la suspension. C'est l'employeur (ou l'assurance-chômage) qui doit informer par écrit la personne qui cesse d'être assurée contre les accidents selon la LAA et l'inviter à en informer sa caisse-maladie. Il doit le faire dans le mois qui suit. Si l'assuré ne s'exécute pas, la caisse-maladie peut exiger le paiement de la part de la prime correspondant à la couverture des accidents depuis la cessation de la couverture LAA. Toutefois, la caisse-maladie reste tenue de couvrir les accidents même si elle

n'est pas informée (voir aussi la fiche LPGA).

Obligation d'avancer les prestations

S'il n'est pas certain, dans un cas de maladie ou accident, que les prestations incombent à l'assurance-accidents (LAA) ou à l'assurance militaire (LAM), l'assureur-maladie doit, sur demande de l'assureur-accidents ou militaire, ou de l'assuré, avancer les prestations. Il peut aussi le faire spontanément, sous réserve de son droit à restitution.
Si l'assuré a demandé des prestations tant à l'assureur-maladie qu'à l'assurance-invalidité (AI), l'assureur-maladie doit, à titre provisoire, fournir une garantie de paiement pour les frais de soins, jusqu'à que soit déterminée l'assurance qui prendra le cas en charge. (art. 112 et 113 OAMal; fiche LPGA)

Prestations

L'assurance de base garantit des prestations en cas de maladie, de maternité et d'accident (dans ce dernier cas, uniquement lorsque l'assuré n'a pas d'autre couverture d'assurance). Toutes les caisses offrent les mêmes prestations.

Les prestations sont énumérées aux articles 24 à 31 de la LAMal et dans l'Ordonnance sur les prestations (voir ci-contre, Lois et règlements).

Depuis 2012, les prestations de médecine alternative que sont l'acupuncture, la médecine anthroposophique, la pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie uniciste (classique) et la phytothérapie sont à nouveau remboursées par l'assurance de base lorsque les traitements sont effectués par des médecins FMH ayant suivi une formation spécifique dans le domaine concerné.

Soulignons que la personne professionnelle de santé doit avertir le patient si le traitement qu'elle prescrit n'est pas remboursé par l'assurance-maladie obligatoire de base. En cas de doute, l'assuré peut se renseigner auprès de son médecin ou de son assureur.

Prestations en cas de maladie ou accident

Elles comprennent en particulier :

- les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, ou d'autres professionnels de la santé sur ordonnance médicale (chiropraticiens, physiothérapeutes, etc.) ;
- le séjour en division commune d'un hôpital ;
- les analyses, médicaments, moyens et appareils prescrits par un médecin ;
- une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin (Fr. 10.- par jour au maximum pendant 21 jours par année civile);
- les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin ;
- une contribution de 50% aux frais de transport et de sauvetage (au maximum Fr. 500.- pour l'ambulance, Fr. 5'000.- pour le sauvetage, par année civile, exclusivement en Suisse) ;
- les soins nécessaires dans un Etat de l'UE ou de l'AELE et les urgences dans un Etat membre ni de l'UE, ni de l'AELE.

Mesures de prévention

L'assurance prend en charge les coûts de certains examens et mesures préventives, effectués ou prescrits par un médecin, notamment : examens des nouveau-nés, des enfants d'âge préscolaire, examens gynécologiques (tous les 3 ans après 2 examens annuels normaux), mammographie en cas de cancer dans la famille et 1 tous les 2 ans dès 50 ans, vaccinations. Certaines mesures de prévention désignées par le Conseil fédéral et effectuées dans le cadre de programmes organisés sur le plan national ou cantonal peuvent ne pas être soumises à la franchise.

En cas d'**infirmité congénitale** non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

Maternité

Les prestations spécifiques suivantes sont prises en charge sans participation de l'assuré aux coûts (franchise, quote-part, participation aux frais hospitaliers):

- les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme, pendant et après la grossesse (en cas de grossesse normale: 2 échographies de routine et 7 examens pendant et un après. En cas de grossesse à risque: tous les examens utiles);

- l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou un établissement semi-hospitalier, ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme;

- une contribution pour un cours de préparation à l'accouchement dispensé par une sage-femme;

- trois séances de conseils pour l'allaitement prodigués par une sage-femme ou une infirmière.

De plus, depuis le 1er mars 2014, les prestations médicales générales pour cause de maladie fournies à partir de la 13ème semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement sont également exemptées de la participation aux coûts.

En cas d'**interruption de la grossesse**, l'assurance prend en charge les mêmes prestations que pour la maladie.

Soins dentaires

Ils ne sont généralement pas pris en charge. Des exceptions sont prévues, lorsqu'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles. Le remboursement doit donc porter sur le traitement de guérison de la maladie et sur les mesures qui servent à éliminer les atteintes secondaires dues à la maladie. Le traitement de lésions causées par un accident qui n'est pas pris en charge par l'assurance-accidents est également remboursé.

Primes

Une cotisation égale pour tous les assurés de plus de 18 ans est fixée par les caisses; elle est déterminée en fonction des coûts de chaque canton, voire des régions à l'intérieur des cantons (trois régions au maximum par canton).
Pour les assurés de moins de 18 ans, les assureurs doivent fixer une prime plus basse; ils peuvent le faire également pour les jeunes entre 18 et 25 ans, même s'ils ne sont pas en formation (art. 61 LAMal).

Réduction des primes pour les militaires

L'assurance peut être suspendue quand une personne est soumise à la loi fédérale sur l'assurance militaire pour une certaine durée (par exemple service prolongé).

Formes particulières d'assurances

Les caisses peuvent réduire les primes lorsque l'assuré choisit l'une des formes d'assurance ci-dessous:

Assurance avec franchise à option (art. 93 à 95 OAMal)

Les caisses maladie peuvent proposer les franchises à option suivantes, sans être tenues de toutes les proposer:

Pour les adultes: Fr. 300.- (franchise ordinaire); Fr. 500.-; Fr. 1'000.-; Fr. 1'500.-; Fr. 2'000.- et Fr. 2'500.-

Pour les enfants: Fr. 0.- (franchise ordinaire); Fr. 100 .- ; Fr. 200.-; Fr. 300.- ; Fr. 400.- ; Fr. 500.- et Fr. 600.-

Les réductions de primes qu'elles peuvent proposer en fonction de la franchise ne doivent pas dépasser la moitié de la prime payée avec la franchise minimale de Fr. 300.-.
En cas de non-paiement des factures correspondant à la franchise, l'assureur peut procéder au recouvrement par la voie des poursuites et, le cas échéant, suspendre sa prise en charge dans la même mesure que pour les cas de primes non payées (voir plus bas, paragraphe "Non paiement des primes et des participations au coûts").

Choix limité des fournisseurs de soins et "modèles alternatifs":

Les assurés qui limitent volontairement leur choix des fournisseurs de soins (médecins, etc.) - pour autant qu'un réseau de santé (système HMO) existe dans leur région - voient leurs primes réduites de 10 à 20% au plus (art. 99 à 101 OAMal). D'autres modèles proposent de devoir toujours consulter en premier lieu son médecin de famille ou de recevoir le premier conseil par téléphone. Il est important que l'assuré consulte attentivement les conditions d'assurance pour connaître exactement les droits et les obligations auxquels il souscrit en choisissant un modèle alternatif. En effet, certains modèles sont très contraignants.

Participation aux frais

Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient: ils paient la franchise annuelle de Fr. 300.- ou une franchise à option plus élevée et 10% des frais (y compris ceux d'hospitalisation) jusqu'à un montant annuel maximum (quote-part) de Fr. 700.- pour les adultes et Fr. 350.- pour les enfants. La participation ordinaire ne dépasse donc pas Fr.1000.- par année pour un adulte et Fr. 350.- pour un enfant.

Exception: Attention toutefois! La participation au coût des médicaments peut atteindre 20%, mais au maximum fr. 933.- par an, si les médicaments prescrits constituent des préparations originales en lieu et place d'un générique, à moins qu'il existe une nécessité médicale imposant la préparation originale (sous brevet), plutôt que le médicament générique existant. L'Office de la Santé Publique (OFSP) tient à jour une liste des spécialités et une liste des médicaments génériques. Elles peuvent être consultées sur le site Internet de l'OFSP.

S'il y a changement d'assureur au cours de l'année civile, la nouvelle caisse doit tenir compte de la franchise déjà versée, ainsi que de la quote-part.

En cas d'hospitalisation les assurés versent en plus une contribution aux frais de séjour de Fr. 15.- par jour; les enfants (0-18 ans) ainsi que les jeunes adultes (19-25 ans) en formation en sont exemptés. Les femmes en sont également exemptées pour les prestations de maternité. Cette contribution n'est pas comptée dans la quote-part. La caisse ne peut exiger aucune participation

pour la maternité (art. 64 LAMal). En cas de non-paiement de la participation aux frais qui a été avancée par l'assureur, celui-ci peut procéder au recouvrement dans la même mesure que pour les cas de non-paiement des primes.

Systèmes "tiers garant" et "tiers payant"

Le système du tiers garant est celui prévu par défaut dans la loi (art. 42 al.1 LAMal). L'assuré doit payer lui-même ses factures jusqu'au montant de la franchise annuelle et demander remboursement du surplus à sa caisse. Dans le système du tiers payant, la caisse reçoit directement et paie elle-même certaines factures de prestataires de soins. C'est le système du tiers payant qui prédomine pour les factures d'hôpital, tandis que c'est celui du tiers garant qui est utilisé pour les factures de médecins. En ce qui concerne les pharmacies, la majorité des caisses reçoivent et paient, le cas échéant, la facture (tiers payant), tandis qu'une minorité rembourse le paiement fait préalablement par l'assuré (tiers garant).

Réduction des primes par les subsides cantonaux

Les cantons disposent chacun de leur propre règlement d'exécution de la loi d'application fédérale sur l'assurance-maladie pour déterminer les ayants droit aux subsides destinés à couvrir totalement ou partiellement les primes des assurés à revenu modeste. À ce sujet, se référer aux fiches cantonales.

Non-paiement des primes et des participations aux coûts (art. 64a LAMal)

L'assuré est tenu de payer la prime d'assurance-maladie par avance et de s'acquitter des factures de participations aux coûts. La loi prévoit qu'en cas de non-paiement, l'assureur envoie un rappel écrit, une sommation avec délai de 30 jours, puis engage des poursuites. Notons qu'en cas d'opposition, la caisse-maladie rend elle-même la décision de mainlevée qui permet de continuer les poursuites.

Les caisses-maladie ont un intérêt à poursuivre les assurés qui se trouvent en difficultés de paiement, car elles peuvent ensuite demander le remboursement des 85% de la somme due pour laquelle un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré. Ensuite, l'assureur conserve les actes de défauts de biens (et titres équivalents) jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Dès que l'assuré a payé tout ou partie de sa dette à l'assureur, celui-ci rétrocède 50% du montant reçu au canton.

Les conséquences pour l'assuré sont multiples : tout d'abord, aucun changement d'assurance n'est possible en cas de retard de paiement : cela signifie que l'assuré doit régler l'intégralité des primes, des participations aux coûts ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuites pour pouvoir changer de caisse maladie.

Depuis le 1er janvier 2024, les enfants mineurs ne peuvent plus être poursuivis, une fois parvenus à leur majorité, pour des arriérés de primes et de participations que leurs parents n'auraient pas payés durant leur minorité (art. 64a 1bis LAMAL). À l'âge de 18 ans, les enfants concernés devenus majeurs peuvent changer d'assurance-maladie au moment de leur majorité; ils doivent en être avertis par leur assureur-maladie (art. 105l al.2bis OAMal). Attention! À partir de la majorité, les enfants sont solidairement responsables des dettes d'assurance-maladie, même lorsqu'ils sont en formation et qu'il existe une obligation d'entretien des parents.

Enfin, certains cantons (aucun en Suisse romande) ont fait usage de la possibilité prévue par la LAMal de demander la suspension de la prise en charge des prestations pour les assurés en défaut de paiement. Ils n'ont alors droit qu'à des prestations relevant de la médecine d'urgence. Toutefois, en Suisse romande (y compris dans les cantons bilingues de Berne et Fribourg), la suspension des prestations en cas de non-paiement n'existe plus.

Procédure

En cas de désaccord, il est possible de s'adresser au médiateur (ombudsmann de l'assurance-maladie) afin de rechercher une solution à l'amiable.

Il est également possible de demander à son assureur-maladie de rendre une décision formelle, avec voies de droit, donc contre laquelle l'assuré peut former une opposition.

En matière de subsides en particulier, se référer aux fiches cantonales.

Recours

Les décisions rendues sur opposition peuvent être contestées, dans les 30 jours dès sa réception, auprès de l'autorité judiciaire instituée par le canton. La décision de cette autorité peut à son tour être soumise, dans les 30 jours, par voie de recours, au Tribunal fédéral.

La procédure est simple, rapide et en général publique. À noter que le principe de la gratuité contenue à l'article 61 let.a LPGA a été

supprimée au 1er janvier 2021.

Sources

Responsable rédaction: ARTIAS

Sources:

- OFSP, L'assurance-maladie obligatoire, guide, 2024 (disponible en ligne sur le site de l'OFSP).
- OFSP, modification de la LAMal, communiqué du 22 novembre 2023 et Rapport explicatif sur la modification de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/mod-oamal-oblig-payer-primes.html, 17.01.2024.

Adresses

Office de médiation de l'assurance-maladie (Lucerne)
Tribunal fédéral (Lucerne)
Office fédéral de la santé publique (Berne)

Lois et Règlements

Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) (RS 832.10)
Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal) (RS 832.102)
Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie

Sites utiles

Le Calculateur des primes de l'Office fédéral de la santé publique
Office fédéral de la santé publique
Fédération romande des consommateurs
Association suisse des assuré-es (ASSUAS)
Plate-forme nationale pour les soins de santé aux sans-papiers

Assurance-maladie (LAMal)

Généralités

L'assurance-maladie est essentiellement réglée au niveau fédéral. A cet effet, vous pouvez consulter la fiche fédérale correspondante.

En 2025, la prime moyenne mensuelle valaisanne s'élève à CHF 357 CHF ce qui correspond à une augmentation de 7.8% par rapport à 2024.

Depuis le 1er janvier 2024, les enfants mineurs ne peuvent plus être poursuivis, une fois parvenus à leur majorité, pour des arriérés de primes et de participations que leurs parents n'auraient pas payés durant leur minorité (art. 64a 1bis LAMAL). À l'âge de 18 ans, les enfants concernés devenus majeurs peuvent changer d'assurance-maladie au moment de leur majorité; ils doivent en être avertis par leur assureur-maladie (art. 105l al.2bis OAMal). Attention! À partir de la majorité, les enfants sont solidairement responsables des dettes d'assurance-maladie, même lorsqu'ils sont en formation et qu'il existe une obligation d'entretien des parents.

À partir du 1er janvier 2025, les assuré·es qui ont choisi une assurance avec libre choix des fournisseurs de prestations (libre choix du médecin) peuvent passer à un choix limité des fournisseurs de prestations (modèle alternatif – p. ex. médecin de famille, HMO ou Telmed) à tout moment.

Descriptif

Le canton instaure un régime d'assurance maladie obligatoire et veille à l'octroi de subventions destinées à réduire les primes des assuré·es et des familles qui ont des revenus modestes.

Les communes veillent au respect de l'obligation de s'assurer. Elles demandent aux assuré·es les attestations d'affiliation nécessaires et affilient d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation.
NB: Vérifiez votre couverture accident : si vous travaillez plus de 8H par semaine chez un même employeur, alors vous pouvez supprimer le risque accident dans votre assurance maladie de base.

Subsides cantonaux

En Valais, comme dans tous les cantons suisses, il est possible pour les assuré·es de bénéficier de subsides de la part du canton. Les limites de revenus y donnant droit sont fixées chaque année par le Conseil d'Etat. Les subsides ne peuvent toutefois pas dépasser le 100% de la prime effective de l'assurance-maladie obligatoire des soins.
Afin de bénéficier de subsides, il faut être domicilié en Valais au 1er janvier de l'année pour laquelle une réduction individuelle de primes est envisagée. Les personnes arrivées en Valais en cours d'année et qui bénéficient déjà d'une prestation complémentaire AVS/AI ou d'une aide sociale cantonale, peuvent bénéficier des subsides depuis leur établissement en Valais.

Sont considéré·es comme assuré·es de condition économique modeste les personnes dont le revenu déterminant est inférieur aux limites maximales des revenus fixées chaque année par le Conseil d'Etat. Le droit aux subsides 2025 est déterminé sur la base de la taxation d'impôt 2023. Demeure réservée la période fiscale retenue en cas de situation particulière, par exemple pour les personnes entamant une activité lucrative à l'issue d'une formation ou pour les personnes soumises à l'impôt à la source.

En collaboration avec la caisse cantonale valaisanne de compensation, le Département de la santé, des affaires sociales et de la culture (DSSC) s'associe à Caritas Valais pour proposer la **CarteCulture** à toutes les personnes domiciliées en Valais au bénéfice d'une réduction individuelle de primes d'assurance-maladie.

La CarteCulture Valais est entièrement numérique. Il suffit aux bénéficiaires de se munir de la décision d'octroi de réduction individuelle des primes de la Caisse de compensation du canton du Valais et de compléter le formulaire d'inscription sur le site internet www.carteculture.ch/valais. La CarteCulture sera ainsi générée automatiquement et envoyée par courrier électronique aux personnes concernées.

Fonds cantonal de secours en matière d'assurance-maladie

La loi cantonale sur l'assurance-maladie a prévu un fonds de secours destiné à venir en aide aux assurés qui se trouveraient dans une situation financière difficile suite à des frais de maladie exceptionnels et non couverts par l'assurance obligatoire. Ce fonds est alimenté par des versements du Service de la santé publique. La contribution cantonale est fixée annuellement par voie budgétaire. Le fonds intervient à titre subsidiaire, une fois épuisées les possibilités offertes par l'assurance-maladie obligatoire, les assurances complémentaires et la participation éventuelle d'autres institutions.

Procédure

Subsides cantonaux

En principe, les bénéficiaires de subsides sont déterminés automatiquement sur la base des données fiscales. Le montant total des subsides pour un bénéficiaire est directement versé par le canton à la caisse-maladie qui diminue du même montant, par tranches mensuelles, les primes du bénéficiaire. Rien n'empêche évidemment un particulier qui estime avoir le droit aux subventions et qui ne les a pas reçues "d'office" de les requérir auprès de la Caisse de compensation du canton du Valais (formulaires disponibles en cliquant ici.)

Fonds cantonal de secours en matière d'assurance-maladie

La requête est présentée par l'intermédiaire de l'assureur, avec l'accord de l'assuré·e ou de son·sa représentant·e légal·e, à la Commission chargée de la gestion du Fonds. Elle doit être accompagnée des documents utiles notamment:
- une déclaration de l'assureur sur son impossibilité à participer aux frais;
- les pièces justificatives des dépenses non couvertes;
- les renseignements permettant d'établir la situation matérielle du·de la requérant·e (procès-verbal de taxation, décision sur les prestations complémentaires, etc.).

Recours

Décisions des assurances-maladie

Lorsque la personne assurée n'accepte pas une décision de l'assureur, elle doit faire une demande expresse à l'assureur afin que celui-ci confirme sa décision par écrit dans un délai de 30 jours. Cette décision peut, dans les 30 jours suivants la notification, être contestée par voie d'opposition auprès de l'assureur qui l'a notifiée.
Les décisions rendues sur opposition peuvent, à leur tour, être contestées dans les 30 jours auprès du Tribunal cantonal des assurances, et si l'assuré·e n'est toujours pas d'accord avec la décision, il·elle pourra faire recours auprès du Tribunal fédéral.

Alternative à la voie judiciaire: avant d'engager une procédure contre son assureur-maladie, il est possible de faire appel à l'Office de médiation de l'assurance-maladie, notamment pour instaurer un dialogue avec la caisse. Contrairement à la voie judiciaire, les services de l'Office de médiation sont gratuits.

Subsides cantonaux

Les décisions concernant les subsides peuvent faire l'objet d'une réclamation auprès du Département de la santé, des affaires sociales et de la culture dans les 30 jours à compter de leur notification. Les décisions prises sur réclamation peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Conseil d'Etat dans les 30 jours puis, dans les mêmes délais, au Tribunal cantonal des assurances.

Sources

- Site internet de la Caisse de compensation du Valais
- Site internet de l'Office fédéral de la santé publique OFSP

Responsable rédaction: HESTS Valais

Adresses

Office de médiation de l'assurance maladie (Lucerne)
Caisse de compensation du canton du Valais (CCCVs) (Sion)

Lois et Règlements

Ordonnance sur le fonds cantonal de secours en matière d'assurance-maladie du 20 novembre 1996
Ordonnance désignant les autorités et les procédures en matière d'assurance-maladie du 13 mars 1996
Loi cantonale sur l'assurance-maladie du 22 juin 1995
Ordonnance concernant l'assurance-maladie obligatoire et les réductions individuelles des primes du 16 novembre 2011

Sites utiles

Office de médiation de l'assurance-maladie
Calculateur des primes du Département fédéral de l'intérieur
Santésuisse
Caisse de compensation du canton du Valais - Réduction individuelle des primes
CarteCulture Valais

Assurance-maladie (LAMal)

Généralités

La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) confère aux cantons certaines attributions en matière d'assurance-maladie. Ces derniers ont notamment pour tâche de veiller au contrôle de l'obligation de s'assurer, à l'attribution de réductions des primes d'assurance-maladie aux assurés de condition économique modeste, ainsi qu'à la prise en charge du contentieux.

Descriptif

Obligation de s'assurer

Les communes effectuent le contrôle de l'obligation de s'assurer. Chaque personne voulant s'établir dans une commune jurassienne doit fournir un certificat d'assurance-maladie attestant qu'elle est assurée pour l'assurance-maladie de base auprès d'un assureur-maladie suisse reconnu.
La Caisse de compensation du canton du Jura affilie d'office toute personne qui n'a pas donné suite à cette obligation dans le délai utile. En vertu de l'article 2 OAMal, certaines personnes peuvent bénéficier de dispenses à l'obligation de s'assurer en Suisse. La caisse de compensation examine si les conditions d'exemption sont remplies et, le cas échéant, octroie des dispenses à l'obligation de s'assurer.

Réduction des primes d'assurance-maladie

En vertu des articles 65 et 66 LAMal, les cantons accordent des réductions de primes aux individus de condition économique modeste. La Caisse de compensation du canton du Jura est chargée de l'application de la réduction des primes dans le canton du Jura.
Toute personne de condition économique modeste soumise à l'obligation de s'assurer dans le canton peut bénéficier d'une réduction de ses primes d'assurance-maladie, à l'exception des personnes assurées à titre facultatif et des personnes taxées d'office par le Service des contributions.

Toutes les informations utiles pour obtenir cette prestation sont disponibles sur le site internet de la Caisse de compensation.

Primes et participation aux coûts irrécouvrables

Le Service de la santé publique communique chaque fin d'année les primes pour l'année suivante.

Les assureurs-maladie qui n'ont pas obtenu le paiement des primes ou participations aux coûts des assurés domiciliés dans le canton du Jura peuvent, sur la base d'un acte de défaut de biens, demander le remboursement de ces primes et participations aux coûts irrécouvrables auprès de la Caisse de compensation du canton du Jura.

Procédure

Tâches de la Caisse cantonale de compensation AVS

La caisse de compensation est chargée :
- de donner des instructions aux communes jurassiennes en matière de contrôle de l'affiliation des personnes obligées de s'assurer à l'assurance-maladie obligatoire des soins ;
- au besoin, d'affilier d'office toute personne tenue de s'assurer, qui n'a pas donné suite à cette obligation dans le délai imparti par le commune ;
- de l'application de la réduction des primes d'assurance-maladie obligatoire des soins.

Contrôle de l'affiliation obligatoire à l'assurance-maladie

Ce contrôle incombe aux communes

Annonce des situations d'aide sociale

L'annonce du début et de la fin des situations d'aide sociale incombe à l'autorité d'aide sociale: le Service cantonal de l'action sociale.

Recours

Toutes les décisions de la Caisse de compensation sont accompagnées des voies et délais de recours.

Sources

Service de l'action sociale

Adresses

Caisse de compensation du canton du Jura (assurance-maladie) (Saignelégier)

Lois et Règlements

Loi du 20 décembre 1996 portant introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie LiLAMal (RSJU 832.10)
Ordonnance concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie (ORPAMal) du 21 novembre 1995 et ses modifications successives (RSJU 832.115)
Arrêté concernant la réduction des primes dans l'assurance-maladie (RSJU 832.115.1)

Sites utiles

Caisse cantonale de compensation - Assurance-maladie
Office de médiation de l'assurance-maladie

Assurance-maladie (LAMal)

Généralités

La loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA) s'applique également, sauf pour les dispositions qui sont expressément exclues par la LAMal. Ces lois doivent donc être lues en parallèle. La LPGA traite en particulier des droits des assuré-e-s et des règles de procédure (Voir fiche LPGA).

L'Office cantonal de l'assurance-maladie et des bourses d'études (ci-après : OCAB) est l'organe cantonal chargé du contrôle de l'affiliation et de la réduction des primes. Il dispose d'un fichier informatique au sein duquel sont recensées toutes les personnes assurées et, le cas échéant, leur famille, l'identité de leur assureur, ainsi qu'une relation fiscale pour chaque assuré-e-contribuable. Au fur et à mesure des travaux de taxation, les données fiscales sont transmises informatiquement à l'OCAB. Ainsi, tous les bénéficiaires d'un subside sont informés, automatiquement et personnellement, notamment de l'octroi, de la perte, de la modification de leur subside, ou encore de circonstances particulières empêchant l'automatisme (par exemple : taxation d'office).

Les subsides sont versés directement aux assureurs qui les répercutent sur les primes facturées aux bénéficiaires (art. 13 LILAMal). En cas de changement de la situation familiale et/ou financière, une demande de révision de sa classification peut être présentée en tout temps auprès du Guichet social de sa commune de domicile. L'effet rétroactif porte, en général, à la date de dépôt de la demande.

Descriptif

Subside cantonal

L'art. 65 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) stipule que « les cantons accordent des réductions de primes aux assuré-e-s de condition économique modeste». Ainsi, la loi laisse aux cantons la liberté de définir eux?mêmes les modalités d'application de l'aide au règlement des primes (A Neuchâtel, cf. LILAMal, RALILAMal et arrêté). Toutefois, il convient de mentionner deux exceptions à cette règle. La première concerne les bénéficiaires de prestations complémentaires qui en vertu du droit fédéral, repris par la législation cantonale en matière de réduction des primes (art. 15 LILAMal), ont droit au maximum à un subside correspondant à la prime moyenne cantonale (PMC ou PPC) de leur groupe d'âge (enfants, jeunes adultes ou adultes). La seconde concerne les enfants et les jeunes adultes répondant à l'objectif social LAMal. Ceux-ci voient pour les bas et moyens revenus leur prime réduite par le canton de 80 % respectivement de 50 % au moins (art. 65 al. 1bis LAMal).

Chaque année, le conseil d'Etat adopte un arrêté fixant les normes de classification (limites de revenus donnant accès aux subsides) et les montants de subsides.

Procédure

Relation avec l'OCAB Identification des ayants droits

L'article 65 al. 4 LAMal prévoit que les cantons « informent régulièrement les assurés de leur droit à la réduction des primes ».

Afin d'identifier les ayants droits à une réduction des primes, le canton de Neuchâtel a opté pour un régime mixte se basant sur trois systèmes distincts :

- **La quasi-automaticité** (cf. art. 17, 17a LILAMal et 31 RALILAMal)

Le premier système est un recensement systématique qui se fonde sur les données fiscales (N-1) donnant automatiquement lieu à une décision de classification périodique accompagnée d'un coupon-réponse. Toutefois, l'assuré devra, pour obtenir le subside, confirmer les données en renvoyant un coupon-réponse dûment complété, daté et signé à l'OCAB. Celui-ci permettra de s'assurer de l'adéquation entre les données issues de la taxation fiscale au 31 décembre et les données plus récentes lors de l'octroi du subside. Ainsi, cette catégorie de bénéficiaires opère une demande formelle pour l'obtention du subside. Les subsides sont versés directement aux assureurs en déduction de leur prime (art. 13 LILAMal). La classification reste en vigueur jusqu'à la taxation de l'année suivante. Chaque décision d'octroi, d'augmentation, de diminution, de maintien ou de suppression de subsides est accompagnée d'un courrier au bénéficiaire lui indiquant le type de décision.

Cas échéant, les assuré-e-s bénéficiaires sont tenus d'annoncer sans délai les modifications de revenus et de fortune susceptibles d'influencer leur classification en cours d'année (révision de classification).

Les personnes concernées sont les assuré-e-s de condition économique modeste dépendante (au sens fiscal) âgés de plus 26 ans ainsi que leurs enfants et les jeunes adultes de 19-25 ans (avec une charge de famille).

- **La semi-automaticité** (cf. art. 17, 17a LILAMal et 30 RALILAMal)

Le deuxième système procède à un recensement systématique fondé sur les données fiscales (N-1) donnant automatiquement lieu à une information de classification périodique. Toutefois dans ce cas précis, l'assuré-e est invité à déposer une demande formelle auprès d'un guichet social régional (ci-après : GSR) s'il entend concrétiser son droit au subside.

Ce système concerne les assuré-e-s de condition indépendante (au sens fiscal) âgé de plus de 26 ans. Ainsi, ces derniers doivent chaque année déposer une demande de prestations sociales (ci-après : DPS) auprès d'un GSR dans un délai de 12 mois dès l'obtention de l'information écrite de l'office. Cette information intervient après la taxation fiscale courante. La classification est valable du 1er janvier jusqu'au 31 décembre de l'année de référence.

- **La demande de classification formelle ou révision de classification** (cf. art. 18 LILAMal)

Le troisième système repose, quant à lui, uniquement sur le dépôt d'une DPS des assurés auprès de l'un des 7 GSR du canton. Dans ce cas précis, le revenu déterminant se fonde sur les données les plus actuelles. La modification de la classification prend effet à la date de l'ouverture de la procédure de révision, et cours, d'une manière générale, jusqu'à la prochaine classification automatique.

Ainsi, chaque assuré-e peut requérir auprès d'un GSR une révision de sa classification lorsque les circonstances l'exigent, en particulier en cas de modification notable de sa situation familiale ou par rapport à la taxation fiscale prise en considération, notamment par suite de la perte d'un emploi ou d'un changement d'orientation professionnelle.

Renouvellement du droit

Concernant les bénéficiaires de l'aide sociale, la date de début de subsides correspond avec le début de l'aide matérielle au sens de la législation sur l'action sociale; cette catégorie d'assuré-e demeure bénéficiaire aussi longtemps que les services sociaux n'ont pas annoncé à l'OCAB une fin d'intervention (art. 28 RALILAMal).

Pour ce qui est des bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS-AI, la date de début de subside correspond avec le début des prestations complémentaires; cette catégorie d'assuré-e demeure également bénéficiaire aussi longtemps que la Caisse cantonale neuchâteloise de compensation ne communique à l'OCAB une fin d'intervention (art. 29 RALILAMal).

Enfin pour les bénéficiaires ordinaires, il y a lieu d'opérer la distinction entre les bénéficiaires sous le régime de la quasi-automaticité et ceux se trouvant sous le régime de la semi-automaticité ou de la demande formelle :

- Bénéficiaires sous le régime de la quasi-automaticité : le début du subside prend effet en principe au premier janvier de l'année courante s'il est en faveur de l'assuré, au premier mois suivant la notification à l'assuré s'il est en sa défaveur (art. 17a LILAMal).
- Bénéficiaires sous le régime de la semi-automaticité ou de la demande formelle: le début du subside prend effet en principe au premier janvier de l'année courante ou à la date de la demande (DPS) et se termine en principe au 31 décembre (18 al. 3 LILAMal, art. 30 al. 5 RALILAMal).

Fréquence de révision

A tout moment, chaque assuré-e a l'opportunité et/ou le devoir d'annoncer un changement de situation pour une modification de revenu (variation de + 20 %) ou de situation familiale. Pour ce faire, il-elle lui suffit d'annoncer cette modification de situation auprès du GSR de sa commune de domicile (cf. art. 47 RALILAMal). Ainsi, les possibilités d'un examen ou d'un réexamen d'un droit au subside peuvent se réaliser en tout temps. Il est important de rappeler que l'information faite aux bénéficiaires sur l'obligation de renseigner a été renforcée par la remise systématique de la directive sur l'obligation de renseigner en cas de changement de situation, ceci lors du dépôt d'une DPS.

Relation avec l'assureur-maladie

- Demander à l'assureur quelles sont les prestations auxquelles l'assuré-e a droit.
- Utiliser immédiatement le montant du remboursement de la caisse-maladie pour payer les factures de traitement. Un retard de paiement est souvent difficile à rattraper.
- Demander un arrangement de paiement si la situation est difficile ou s'adresser à un service social.

- Rechercher chaque année les caisses-maladie les plus avantageuses, si les primes augmentent exagérément. Il n'est pas possible de changer de caisse lors de l'existence de primes et/ou des participations aux coûts impayées.

Recours

L'assuré-e qui conteste la modification de sa classification peut formuler une opposition dans le délai de 30 jours (art. 34 LILAMal). Il lui faudra motiver et étayer son opposition. Les décisions sur opposition rendues par l'office peuvent ensuite faire l'objet d'un recours auprès du département, puis au Tribunal cantonal (art. 35 LILAMal).

Lorsque l'assuré-e n'accepte pas une décision de sa caisse-maladie, celle-ci doit la lui communiquer dans les 30 jours, avec indication des motifs, des voies et délai d'opposition, puis de recours (art. 52 LPGA). Cette procédure est en général rapide et gratuite (sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère). Les décisions sur opposition rendues par les assureurs peuvent faire l'objet d'un recours dans les 30 jours à la Cour de droit public du Tribunal cantonal, fonctionnant en qualité de Tribunal cantonal des assurances (art. 36 al. 1 LILAMal, art. 47 OJN). Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur n'a pas rendu de décision ni de décision sur opposition, en dépit de la demande de l'assuré (art. 36 al. 2 LILAMal).

Sources

Office cantonal de l'assurance-maladiee

Adresses

Tribunal régional des Montagnes et du Val-de-Ruz (La Chaux-de-Fonds)
Office cantonal de l'assurance-maladie et des bourses d'études (OCAB) (Neuchâtel)
CSP-Centre Social Protestant - bureau de La Chaux-de-Fonds (La Chaux-de-Fonds)
CSP-Centre Social Protestant- bureau de Neuchâtel (Neuchâtel)
Caritas Neuchâtel (Neuchâtel 2)

Lois et Règlements

Loi d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LILAMal), du 4 octobre 1995
Règlement d'application de la loi d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RALILAMal), du 18 décembre 2013
Arrêté fixant les normes de classification et le montant des subsides en matière d'assurance-maladie obligatoire des soins pour l'année 2024, du 20 décembre 2023

Sites utiles

Office cantonal de l'assurance-maladie (OCAM)
Subsides LAMal

Assurance-maladie (LAMal)

Généralités

Les cantons doivent veiller au contrôle de l'obligation de s'assurer. Ils sont aussi chargés de la réduction des primes d'assurance-maladie des personnes assurées de condition économique modeste. Le canton de Genève a ainsi édicté une législation (LaLAMal - J 3 05) prévoyant un système de subsides destinés à la réduction des primes, en fonction du revenu et des charges de la personne assurée. Le Service de l'assurance-maladie (SAM) est l'autorité compétente.

Descriptif

Subsides destinés à la réduction des primes

Le droit au subside pour les assurés domiciliés en Suisse est ouvert lorsque le revenu déterminant ne dépasse pas les montants suivants :

Groupe 1 : assuré seul, sans charge légale : 30'000 francs;
couple sans charge légale : 45'000 francs.

Groupe 2 : assuré seul, sans charge légale : 35'000 francs;
couple sans charge légale : 55'000 francs.

Groupe 3 : assuré seul, sans charge légale : 37'500 francs;
couple sans charge légale : 65'000 francs.

Groupe 4 : assuré seul, sans charge légale : 40'000 francs;
couple sans charge légale : 75'000 francs.

Groupe 5 : assuré seul, sans charge légale : 42'500 frans;
couple sans charge légale : 85'000 francs.

Groupe 6 : assuré seul, sans charge légale : 45'000 francs;
couple sans charge légale : 95'000 francs.

Groupe 7 : assuré seul, sans charge légale : 47'500 francs;
couple sans charge légale : 105'000 francs.

Groupe 8 : assuré seul, sans charge légale : 50'000 francs;
couple sans charge légale : 115'000 francs.

Ces limites sont majorées de 6'000 francs par charge légale.

Une personne assumant une charge légale est assimilée à un couple.

A noter que depuis l'année 2024, les subsides sont indexés en fonction de l'augmentation de la prime moyenne cantonale calculée par l'Office fédéral de la santé publique par rapport à la prime moyenne cantonale de 2024. L'indexation intervient par arrêté du Conseil d'Etat. Ainsi, compte tenu de l'indexation, les montants des subsides en 2025 pour les groupes précités sont les suivants :

- Groupe 1 : 340 francs par mois;
- Groupe 2 : 287 francs par mois;
- Groupe 3: 234 francs par mois;
- Groupe 4 : 191 francs par mois;
- Groupe 5: 159 francs par mois;
- Groupe 6 : 117 francs par mois;

- Groupe 7 : 85 francs par mois;
- Groupe 8 : 53 francs par mois.

Groupe 9 : Pour les personnes assurées n'ayant pas droit à un subside en application des limites ci-dessus, des subsides destinés à la réduction des primes des enfants mineurs à charge sont accordés si le revenu déterminant est inférieur à :

personne assurée seule ou couple avec charge légale : 151'000 francs

Dans ce même cas de figure, des subsides destinés à la réduction des primes des enfants majeurs à charge jusqu'à 25 ans révolus sont accordés si le revenu déterminant est inférieur à :

personne assurée seule ou couple avec charge légale : 151'000 francs.

Dans ce cas, le revenu déterminant est composé du revenu déterminant des parents, additionné à celui du jeune adulte qui vit avec ses parents ou dont le revenu déterminant est inférieur à 15'000 francs.

Ces limites sont majorées de 6'000 francs par charge légale supplémentaire.

Montants de subsides pour les enfants :

Les subsides mensuels s'élèvent pour chaque enfant mineur à charge à :

Groupes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 : 80% de la prime moyenne calculée par l'Office fédéral de la santé publique arrondi au franc supérieur et augmenté de 10 francs, portant le montant du subside à 128 francs par mois pour 2025;

Groupe 9 : 65 francs par mois.

Les subsides mensuels s'élèvent pour les jeunes majeurs jusqu'à 25 ans révolus à :

Groupes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 : 50% de la prime moyenne calculée par l'Office fédéral de la santé publique arrondi au franc supérieur et augmenté de 15 francs, portant le montant du subside à 227 francs par mois pour 2025;

Groupe 9 : 103 francs par mois.

Le montant des subsides accordés ne peut dépasser le montant de la prime effective de l'assuré.

Pour les personnes assurées domiciliées à l'étranger, le subside est ouvert lorsque le revenu déterminant ne dépasse pas les montants suivants :

Groupe 1F : assuré seul, sans charge légale : 30'000 francs;
couple sans charge légale : 45'000 francs.

Groupe 2F : assuré seul, sans charge légale : 35'000 francs;
couple sans charge légale : 55'000 francs.

Groupe 3F : assuré seul, sans charge légale : 37'500 francs;
couple sans charge légale : 65'000 francs.

Ces limites sont majorées de 6'000 francs par charge légale.

Compte tenu de l'indexation, les montants des subsides en 2025 pour les groupes précités sont les suivants :

- Groupe 1F : 144 francs;
- Groupe 2F : 93 francs;
- Groupe 3F : 52 francs.

Des subsides destinés à la réduction des primes des enfants mineurs et des enfants majeurs à charge jusqu'à 25 ans révolus sont accordés si le revenu déterminant est inférieur à :

Groupe 4F : personne assurée seule ou couple avec charge légale : 81'000 francs;

Groupe 5F : personne assurée seule ou couple avec charge légale : 111'000 francs.

Ces limites sont majorées de 6'000 francs par charge légale.

Les subsides mensuels s'élèvent alors pour chaque enfant mineur à charge à :

Groupes 1F, 2F, 3F, 4F : 80% de la prime moyenne fixée chaque année par le Département fédéral de l'intérieur pour chaque Etat membre de l'Union européenne ainsi que pour l'Islande et la Norvège, soit en 2025 un montant de 46 francs par mois.

Groupe 5F : 25 francs par mois.

Les subsides mensuels s'élèvent pour les jeunes majeurs jusqu'à 25 ans révolus à :

Groupes 1F, 2F, 3F, 4F : 50% de la prime moyenne fixée chaque année par le Département fédéral de l'intérieur pour chaque Etat membre de l'Union européenne ainsi que pour l'Islande et la Norvège, soit en 2025 un montant de 102 francs par mois.

Groupe 5F : 78 francs par mois.

Le montant des subsides accordés ne peut dépasser le montant de la prime effective de l'assuré.

Pour plus de détails sur les barèmes applicables et les montants des subsides, se référer au site du SAM dans la rubrique "Sites utiles".

Revenu déterminant unifié

Le revenu déterminant unifié (RDU) est celui résultant de la Loi sur le revenu déterminant unifié (chapitre II - J 4 06). Il est égal au revenu calculé en application des articles 4 (revenus pris en compte) et 5 (déductions sur le revenu prises en compte) de ladite loi, augmenté d'1/15ème de la fortune (calculée en application des articles 6 et 7). Le revenu déterminant est établi sur la base des éléments retenus par l'Administration fiscale cantonale pour la taxation définitive. De ce fait, le revenu déterminant est établi sur la base de la situation économique et personnelle en année N-2 (une prestation demandée pour l'année 2023 se base sur le RDU 2021).

Pour le calcul du droit au subside, il est tenu compte du revenu déterminant du groupe familial qui constitue l'unité économique de référence. A cet effet, les revenus déterminants des conjoints, respectivement des partenaires enregistrés, ainsi que ceux des concubins faisant ménage commun avec un ou plusieurs enfants issus de leur union, sont cumulés (art. 9 - J 3 05.01).

Pour les assurés domiciliés à l'étranger, se référer pour le revenu déterminant à l'article 12A - J 3 05.01.

Condition du droit de percevoir un subside

Les assurés dont les revenus entrent dans les limites légales reçoivent automatiquement une décision d'octroi du subside d'assurance-maladie.

Ne bénéficient pas automatiquement des subsides :

- Les personnes disposant d'une fortune brute importante (à savoir plus de Fr. 250'000), telle que retenue par l'Administration fiscale cantonale (LIPP, sans prise en compte de l'abattement de la valeur fiscale d'immeuble occupé par le propriétaire ou l'usufruitier);
- Les personnes disposant d'un revenu annuel brut important (à savoir plus de Fr. 200'000), tel que retenu par l'Administration fiscale cantonale (LIPP);
- Les personnes imposées à la source;
- Les assurés domiciliés à l'étranger (articles 24A - J 3 05 et 12A, 12B, 13 - J 3 05.01);
- Les jeunes assurés âgés de 18 à 25 ans;
- Les personnes dont le RDU est inférieur aux limites suivantes : Fr. 15'000 pour les assurés seuls sans charge légale, Fr. 20'000 pour les couples sans charge légale. Ces montants sont augmentés de Fr. 3'000 par charge légale.

Ces personnes peuvent obtenir un subside sur demande, lorsqu'elles peuvent démontrer que leur situation justifie l'octroi de subsides.

Reçoivent automatiquement un subside mensuel qui couvre au maximum la prime moyenne cantonale (art. 22 al. 7 et al. 8 - J 3 05, art. 11A, 11B, 11C al. 5 - J 3 05.01) :

- Les assurés adultes qui touchent des prestations complémentaires à l'AVS/AI ou des prestations complémentaires familiales (le montant du subside dépend de l'excédent de dépenses calculé par le service des prestations complémentaires);
- Les mineurs pris en charge par le Service de protection des mineurs (SPMI) dont les parents perçoivent des prestations d'aide sociale.

Les bénéficiaires de prestations de l'Hospice général obtiennent le subside partiel maximum ainsi qu'un complément destiné à couvrir le solde de la prime (à concurrence de la prime moyenne cantonale calculée par l'OFSP ou, suivant la situation, de la prime moyenne cantonale définie pour les prestations complémentaires AVS/AI (cf. art. 32 et 33 LASLP - J 4 04)). Toutefois, ce complément ne peut dépasser le montant de la prestation d'aide sociale calculé par l'Hospice général (art. 11C al. 1 - J 3 05.01).

Les subsides sont versés directement aux assureurs pour être intégralement déduits des primes des ayants droit (art. 29 al. 1 - J 3 05).

Le versement des subsides cesse le jour du départ de Suisse de l'assuré bénéficiaire ou, pour les assurés domiciliés à l'étranger, le jour où le bénéficiaire cesse d'être affilié à l'assurance obligatoire des soins en Suisse (art. 13 al. 5 - J 3 05.01).

Primes impayées, participation du canton

Les primes, le montant de la franchise et la participation non recouvrés par la caisse-maladie après réquisition de continuer la poursuite sont pris en charge par le service de l'assurance-maladie (SAM) à raison de 85 % dès la production de l'acte de défaut de biens (art. 64a al. 4 LAMal).

Procédure

Le Service de l'assurance-maladie (SAM) est tenu d'informer périodiquement les assurés des conditions à remplir pour l'octroi des subsides cantonaux et, de manière générale, sur les primes et les prestations de l'assurance de base. Comme le SAM n'entre pas en matière sur les demandes de subsides tardives, il convient de demander les subsides au SAM avant **le 30 novembre** de l'année d'ouverture du droit aux prestations.

Lorsque les ressources ne dépassent pas les limites donnant droit au subside, le SAM communique à l'assureur le droit au subside et adresse une attestation à chaque bénéficiaire. Cette attestation présente le montant du subside accordé, la date à partir de laquelle le droit au subside prend naissance et le nom de l'assureur. Ce document doit être conservé par la personne bénéficiaire.

Les assurés taxés d'office n'ont pas droit aux subsides, à moins que ceux-ci puissent justifier de démarches en vue de la régularisation de leur situation fiscale ou qu'ils soient taxés d'office en raison d'une participation à une succession dont la valeur n'est pas encore déterminée (art. 27 let. b - J 3 05).

Ainsi, les personnes assurées imposées à la source et les personnes assurées domiciliées à l'étranger ne reçoivent pas d'attestation. Si elles souhaitent bénéficier d'un subside, elles doivent présenter une demande au Service de l'assurance-maladie (SAM), accompagnée des pièces justifiant les revenus et la fortune.

Pour de plus amples information, consulter le site internet du service de l'assurance-maladie.

Les personnes n'ayant pas reçu les subsides mais qui remplissent les conditions peuvent les demander. Le site Internet du SAM met à disposition des formulaires de demandes ad hoc. **Attention aux délais** : les demandes de subsides doivent être adressées au SAM avant **le 30 novembre** de l'année d'ouverture du droit aux subsides.

Les assurés dont la situation économique s'est aggravée durablement (plus de 6 mois) et de façon importante (différence de 20%) au cours de l'année peuvent demander par écrit une modification ou l'octroi de subsides. **Attention aux délais :** il faut agir avant **le 30 novembre** de l'année du droit aux subsides. Toutefois, si l'aggravation de la situation financière se produit au cours du deuxième semestre, le délai court jusqu'au **30 juin** de l'année suivante (art. 13B - J 3 05.01).

Il est important de signaler au SAM tout changement notable de situation (naissance d'un enfant, perte d'emploi, changement d'employeur).

Recours

Lorsque l'assuré n'accepte pas une décision de l'assureur, celui-ci doit la confirmer par écrit, dans les **30 jours** à compter de la demande expresse de l'assuré. L'assureur doit motiver la décision et indiquer les voies de droit.

Toute décision peut être contestée, dans les **30 jours**, par voie d'opposition auprès de l'assureur qui l'a notifiée.

L'opposition doit être motivée et contenir des conclusions (par exemple : "Je conteste cette décision parce que l'atteinte provient bien d'une maladie, selon certificat médical annexé. Je conclus au paiement de X francs par la caisse maladie).

L'opposition est gratuite.

La décision rendue sur opposition peut être contestée, dans les **30 jours** dès sa réception, auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice. L'arrêt de la Chambre peut à son tour être soumis, dans les **30 jours**, par voie de recours, au Tribunal fédéral, section sociale. Si les circonstances l'exigent, par exemple si le cas est complexe et que les conditions d'octroi sont réalisées, l'assistance juridique peut être octroyée.

La procédure est simple, rapide et en principe gratuite.

Les décisions prises par le Service de l'assurance-maladie (affiliation d'office, refus du subside, par exemple) peuvent faire l'objet d'une opposition auprès de ce service dans un délai de **30 jours** dès leur notification. La décision prise sur opposition peut faire l'objet d'un recours à la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice, dans un délai de **30 jours** dès sa notification.

Enfin, les litiges relevant de l'assurance complémentaire sont également du ressort de la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice.

Lorsqu'un patient constate une irrégularité dans ses rapports avec son médecin (facture disproportionnée, examens injustifiés, etc.), il peut en référer à sa caisse maladie ou contacter l'Association des médecins du canton de Genève.

Avant d'exiger de l'assureur une décision écrite, il est possible de faire appel à l'Office de médiation de l'assurance-maladie, notamment pour instaurer un dialogue avec la caisse.

Sources

Législation citée et site internet du service de l'assurance-maladie (SAM)

Adresses

Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (Genève 1)
Office de médiation de l'assurance-maladie (Lucerne)
Service de l'assurance-maladie (Genève)
APAS Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (Genève)

Lois et Règlements

Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal) (J 3 05)
Règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RaLAMal) (J 3 05.01)
Loi sur le revenu déterminant unifié (LRDU) (J 4 06)
Règlement d'exécution de la loi sur le revenu déterminant unifié (RRDU) (J 4 06. 01)

Sites utiles

Service de l'assurance-maladie
La clé - répertoire d'adresses
Caisse cantonale genevoise de compensation
Association des médecins du canton de Genève

Assurance-maladie (LAMal)

Généralités

La législation en matière d'assurance-maladie est fédérale : se référer à la fiche fédérale.

La législation cantonale est une législation d'application qui définit notamment l'aide aux assuré-e-s de condition modeste.

La nouvelle loi sur l'assurance-maladie LAMal est entrée en vigueur le 1er janvier 1996. Elle sépare l'assurance de base obligatoire, avec une couverture d'assurance étendue, de l'assurance complémentaire facultative. Elle garantit le libre passage intégral d'une caisse à l'autre ainsi que l'égalité des primes entre femmes et hommes dans le domaine de l'assurance de base.

Le Conseil d'Etat exerce la haute surveillance en matière d'assurance-maladie sociale au sens de l'article premier de la loi fédérale.

Descriptif

Obligation d'affiliation

Selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie ou être assurée par son(sa) représentant(e) légal(e).

L'obligation d'affiliation s'étend également aux **personnes étrangères** résidant dans le canton ou y séjournant de façon prolongée ou provisoire (titulaire d'un permis de séjour A ou B ou d'un permis d'établissement, requérant-e-s d'asile, etc.).

Le respect de l'obligation de s'assurer relève des cantons. Dans le canton de Fribourg, **les communes** sont responsables du contrôle de l'affiliation auprès d'un assureur reconnu. Ainsi, conformément aux dispositions légales en vigueur, toute personne domiciliée dans le canton, ou son représentant légal, doit produire une attestation d'assurance auprès du **secrétariat communal** dans le mois qui suit la prise de domicile ou la naissance.

La commune affilie d'office les personnes qui ne donnent pas suite à l'obligation de s'assurer. (art.4 al.2 LALAmal)

Montant des primes de l'assurance-maladie

Le montant des primes dépend de l'assureur et du lieu de domicile. L'augmentation des primes d'assurance maladie fribourgeoises prévue pour 2024 correspond en moyenne à 9.8% pour les adultes, 9.5% pour les jeunes adultes et 8% pour les enfants. Ces changements ne touchent néanmoins pas toutes les caisses-maladies dans les mêmes proportions, les écarts de primes pouvant être conséquents d'une caisse à l'autre. (Source: Service de la santé publique (SSP))

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) propose un **logiciel de calcul de primes** permettant de comparer ses primes en fonction de la caisse maladie et du modèle choisis: tps://www.priminfo.admin.ch/fr/praemien.

Changer de caisse maladie

Les assuré/e/s ont le choix de changer de caisse-maladie pour l'assurance de base, dont les prestations sont les mêmes partout. Quelles sont les questions à se poser si l'on veut changer d'assureur, quelles démarches entreprendre, où trouver des informations ou encore quels délais de résiliation observer?

Pour trouver réponses à ces questions, plusieurs possibilités existent:

- consultez le site du Service de la santé publique (SSP): "Changer de caisse maladie, se décider en connaissance de cause".
- consultez le site ch.ch: "Changer d'assurance-maladie, quand et comment?"
- consultez le site de l'Office fédéral de la santé publique et le service "Priminfo" (Informations sur le thème de l'assurance-maladie et conseils afin de réaliser des économies sur les primes).

Réduction des primes

L'Etat accorde des subsides destinés à la réduction des primes d'assurance-maladie des personnes de condition économique modeste.

Ces subsides sont octroyés selon les dispositions de la Loi du 24 novembre 1995 d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LALAMal) et de l'Ordonnance du Conseil d'Etat du 8 novembre 2011 concernant la réduction des primes d'assurance-maladie (ORP).

Le montant annuel des réductions est inscrit au budget de l'Etat. Il se compose du subside de la Confédération (art. 66 LAMal) et du complément cantonal. (LALAMal art.10).

Pour obtenir d'avantage d'informations sur les subsides à l'assurance-maladie, il est possible de consulter:

- le site Comparateur assurance suisse: http://comparateur-assurance-suisse.ch/subside-assurance-maladie-fribourg/
- le site de la Caisse de compensation du canton de Fribourg.

Calcul et taux de la réduction des primes

La réduction est calculée en pourcent d'une moyenne des primes retenues par les assureurs. Elle ne peut dépasser 100 % de la prime nette due par l'assuré pour l'assurance de base. Le Conseil d'Etat définit la moyenne des primes utile pour le calcul des réductions et fixe l'échelonnement de ces dernières (LALAMal art.15). La grille du lissage des taux peut être téléchargée en cliquant sur **"Lissage des taux (60 paliers)"** se trouvant au bas de la page internet ci-contre de la Caisse de compensation.

Il est possible de **calculer en ligne** la réduction des primes d'assurance-maladie sur le site de la Caisse de compensation du canton de Fribourg. Attention : Le résulat de ce calcul est indiqué sous réserve. Seul le calcul effectué sur la base du dossier fait foi. La Caisse de compensation se tient à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Obligation de renseigner

La Caisse cantonale de compensation AVS doit être informée par le(la) requérant(e) ou son(sa) représentant(e) légal(e) de toute modification importante de sa situation personnelle.

Doivent en outre être annoncés sans délai :

- un changement de domicile;
- la naissance d'un enfant;
- tout changement d'état civil en produisant une pièce officielle;
- le partenariat enregistré.

Les montants perçus sans droit doivent être restitués par le/la bénéficiaire ou ses héritiers.

Procédure

Demande de réduction des primes

Le formulaire "Demande de réduction des primes" doit être complété, signé et adressé à la Caisse cantonale de compensation du canton de Fribourg et accompagné des documents requis pour l'examen du droit. **La demande de réduction des primes** doit être présentée **au plus tard le 31 août** de l'année en cours. La Caisse AVS n'entre pas en matière sur les demandes présentées après cette échéance.

Chaque demande doit être accompagnée des documents suivants :

- pour les personnes assujetties à l'impôt à la source, copie du ou des certificat(s) de salaire annuel délivré par le Service cantonal des contributions (année x - 2 ans) (exemple : 2020 pour la demande de réduction pour 2022);
- certificat(s) d'assurance-maladie valable(s) dès le 1er janvier de l'année concernée par la demande de réduction (exemple : 2022 pour 2022);
- attestation d'études ou copie du contrat d'apprentissage pour les enfants à charge âgés de 19 à 25 ans.

En principe, les apprentis et les étudiants qui n'ont pas 25 ans révolus ne présentent pas leur propre demande. Ils doivent être mentionnés en tant qu'enfant à charge dans la requête déposée par leurs parents.

Décision

Le droit à une réduction de primes est communiqué au requérant ou à son représentant légal par la Caisse cantonale de compensation AVS au moyen d'une décision mentionnant les voies de droit.

Le montant de la réduction est versé directement à la caisse-maladie concernée, à charge pour elle de créditer l'ayant droit.

Début et fin du droit

Le droit à la réduction naît le premier jour du mois au cours duquel les conditions d'octroi sont remplies pour la première fois, mais au plus tôt le premier jour du mois du dépôt de la demande auprès de la Caisse AVS ; la date du dépôt de la demande est la date de réception par la Caisse AVS. Le droit s'éteint le dernier jour du mois au cours duquel les conditions d'octroi cessent d'exister, mais au plus tard le 31 décembre. (ORP Art.7a)

Recours

Les intéressés peuvent former réclamation auprès de la Caisse AVS contre ses décisions, dans les trente jours dès leur communication. La réclamation est écrite; elle est brièvement motivée et contient les conclusions du réclamant. Les décisions sur réclamation sont sujettes à recours au Tribunal cantonal. (LALAmal art.24)

Sources

Caisse de compensation du canton de Fribourg

Service de la santé publique (SSP)

ch.ch

Ordonnance concernant la réduction des primes d'assurance-maladie (ORP)

Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LALAMal)

Adresses

Etablissement cantonal des assurances sociales ECAS (Givisiez)
Tribunal cantonal (Fribourg)
Caisse de compensation du canton de Fribourg (Givisiez)

Lois et Règlements

Loi du 24 novembre 1995 d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LALAMal)
Ordonnance du 8 novembre 2011 fixant le cercle des ayants droit à la réduction des primes d'assurance-maladie

Sites utiles

Caisse de compensation du canton de Fribourg
ch.ch - Assurance-maladie
OFSP - Primes-Conseil
Service de la santé publique - Assurance-maladie

Assurance-maladie (LAMal)

Généralités

En ce qui concerne la législation fédérale en matière d'assurance-maladie (LAMal), se référer à la fiche fédérale correspondante.

La loi d'application vaudoise du 25 juin 1996 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LVLAMal) définit les conditions et modalités d'octroi des subsides aux primes à l'assurance obligatoire des soins aux personnes de condition économique modeste (subside ordinaire et subside spécifique). Se trouvent également dans la législation cantonale les dispositions d'exécution du droit fédéral en matière d'obligation d'assurance et du contentieux LAMal (non-paiement des arriérés de primes et de participation aux coûts).

Le règlement d'application du 18 septembre 1996 concernant la loi d'application vaudoise du 25 juin 1996 (RLVLAMal) énonce les tâches de l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM), rattaché à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), elle-même rattachée au Département de la santé et de l'action sociale (DSAS).

Descriptif

Seules les primes de l'assurance obligatoire des soins donnent lieu à un subside.

Les personnes de condition économique modeste sont définies comme celles dont le revenu est égal ou inférieur aux limites de revenu applicables ou qui remplissent les conditions d'octroi d'un subside spécifique (lesquels sont définis annuellement par voie d'arrêté du Conseil d'Etat). Depuis le 1er janvier 2013, la loi sur l'harmonisation et la coordination de l'octroi des prestations sociales et d'aide à la formation et au logement cantonales vaudoises (LHPS) est applicable en ce qui concerne le calcul du revenu déterminant unifié (RDU), la composition de l'unité économique de référence et la hiérarchisation des prestations sociales.

L'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) est chargé :

- de contrôler l'obligation de s'assurer en collaboration avec l'ensemble des partenaires concernés ;
- d'assurer d'office auprès d'un assureur les personnes soumises à l'obligation de s'assurer lorsque celles-ci ou leurs représentants légaux n'ont pas manifesté leur choix ou refuse toute affiliation ;
- de décider des exceptions à l'obligation de s'assurer, sur requête des personnes qui remplissent les conditions de l'ordonnance fédérale sur l'assurance maladie (OAMal) ;
- de procéder à l'octroi et au paiement des subsides prévus par la loi, y compris d'investiguer le bien-fondé de l'octroi des subsides ;
- de procéder à la mise en œuvre de la procédure en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts arriérées dues par des assurés insolvables.

Le subside octroyé est déduit intégralement du montant de la prime personnelle du bénéficiaire. Il est directement versé par l'Etat à l'assureur-maladie.

Procédure

Le requérant dépose sa demande de subside auprès de l'Agence d'assurances sociales de sa région de domicile, qui en vérifie l'exactitude, l'atteste et l'envoie pour décision à l'OVAM. Pour certaines catégories de personnes, une demande de subside par voie électronique est également possible. Une fois sa décision prise, l'OVAM en avise l'assureur, et le requérant.

Recours

La procédure de recours dans le canton de Vaud s'effectue en deux temps :

a) Le requérant a 30 jours pour faire réclamation contre la décision de l'OVAM auprès de cet organisme, dès réception de la décision. Si le requérant a fait réclamation en temps utile, l'OVAM lui notifie une décision motivée avec indication des voies de droit, du délai et de l'autorité de recours. L'opposition n'a pas d'effet suspensif.

b) Le recours contre la décision sur réclamation de l'OVAM est à formuler par écrit en deux exemplaires auprès de la Cour des assurances sociales (CASSO) du Tribunal cantonal dans les 30 jours dès réception de la décision sur réclamation de l'OVAM. L'enveloppe contenant la décision litigieuse de l'OVAM doit être jointe au recours. Le recours n'a pas d'effet suspensif. En dernier lieu, il est possible d'adresser un recours en matière de droit public au Tribunal fédéral. Le délai de recours est également de 30 jours dès réception du jugement du Tribunal cantonal.

Sources

Base législative vaudoise

Etat de Vaud - Département de la santé et de l'action sociale, Direction générale de la cohésion sociale

---

Adresses

Tribunal cantonal - Cour des assurances sociales (Lausanne)
Tribunal fédéral (Lucerne)
Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) (Lausanne)

Lois et Règlements

Loi d'application vaudoise du 25 juin 1996 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LVLAMal)
Règlement du 18 septembre 1996 concernant la Loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (RLVLAMal)

Sites utiles

Site de l'Etat de Vaud : Revenu déterminant unifié (RDU)
Site de l'Etat de Vaud : Subsides