

Office de médiation

de l'assurance-maladie

Rapport annuel '14

Avant-propos de la médiatrice



Estimées lectrices et estimés lecteurs

Après l'édition 2013 dans laquelle je vous ai proposé un résumé historique de notre office de médiation depuis sa fondation, l'édition 2014 de notre rapport annuel paraît à nouveau dans son style habituel. En sus des données statistiques, des exemples de cas vous seront présentés, lesquels démontrent la diversité des questions posées à l'office et attestent des connaissances spécialisées dont celui-ci doit disposer pour pouvoir les résoudre.

En raison de l'importance croissante des moyens de communication électronique, notre rapport annuel ne sera désormais plus imprimé mais pourra être consulté sur Internet et cela, dans les trois langues officielles (allemand, français et italien).

J'espère vivement que cette édition trouvera votre intérêt.

Pour terminer, j'aimerais remercier les assurés et les assureurs pour la confiance qu'ils ont témoignée vis-à-vis de l'office de médiation mais aussi les collaborateurs de l'office pour leur engagement quotidien au service de ceux qui ont besoin de leurs conseils et soutien.

Votre médiatrice

Morena Hostettler Socha

A handwritten signature in black ink that reads "M. Hostettler Socha". The signature is written in a cursive, flowing style.

Table des matières

1. Office
2. Conseil de fondation
3. Chiffres
 - 3.1 *Entrées par matières*
 - 3.2 *Entrées par branche d'assurance*
 - 3.3 *Entrées par langue*
 - 3.4 *Evolution des entrées (résumé)*
4. Principes directeurs
 - 4.1 *Quand l'office de médiation est-il compétent pour traiter un cas?*
 - 4.2 *Quand l'office de médiation n'est-il d'aucune aide pour les assurés?*
 - 4.3 *Qui peut recourir aux services de l'office de médiation et comment procéder?*
 - 4.4 *Et que se passe-t-il si la personne assurée est au bénéfice d'une assurance de protection juridique ou est représentée par un avocat?*
 - 4.5 *Que peuvent attendre les assurés de la médiatrice et de ses collaborateurs?*
 - 4.6 *L'office de médiation peut-il influencer la politique d'entreprise des assureurs?*
5. Pratique de l'assurance obligatoire des soins
 - 5.1 *Changement de caisse-maladie*
 - 5.2 *Primes*
 - 5.3 *Non-paiement des primes et des participations aux coûts*
 - 5.4 *Prestations*

6. Pratique des assurances complémentaires

6.1 Conclusion du contrat

6.2 Changement de caisse

6.3 Les primes

6.4 Somation obligatoire de l'assureur; conséquences de la demeure

7. Pratique en présence de situations transfrontalières

7.1 UE

7.2 Autres pays en dehors de l'UE

8. Cas particuliers

Afin de faciliter la lecture de ce rapport annuel le genre masculin sera utilisé sans discrimination.

1 Office

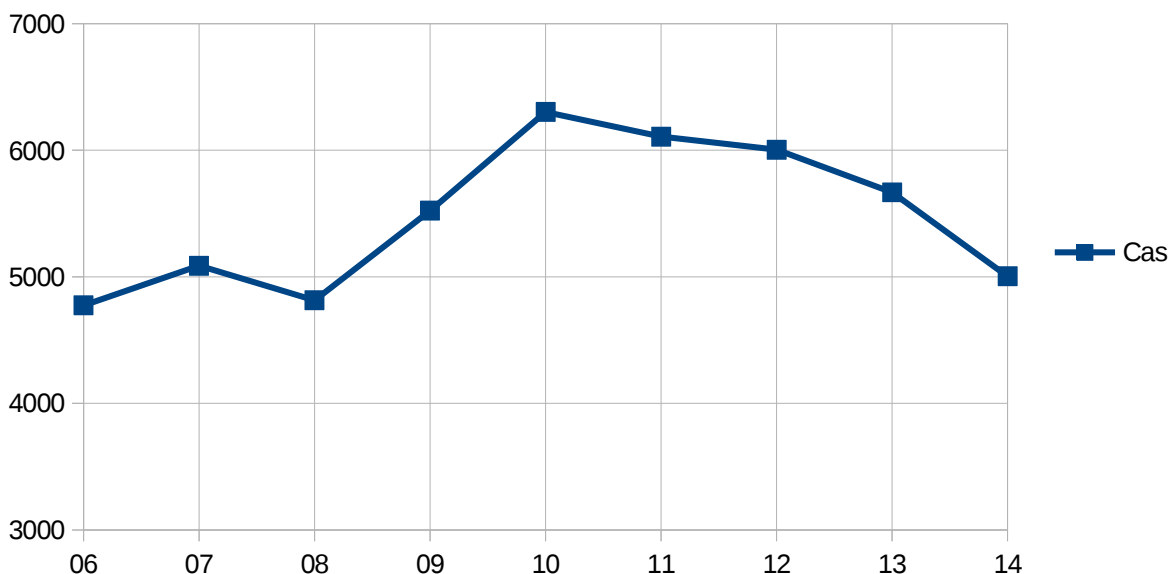
Les services de l'office de médiation à Lucerne furent délivrés durant l'année passée sous revue par la médiatrice (Morena Hostettler Socha), par quatre collaboratrices juristes (Isabelle Gottraux, Barbara Würmli, Jasmin Schmid et Fabienne Fellmann), par trois spécialistes en prestations (Urs Eigensatz, Charles Lorétan et Eliane Liniger) ainsi que par un secrétaire-juriste (Hans-Thomas Scherrer). Au 31 décembre 2014, le taux d'occupation du personnel s'élevait à 6,8 postes.

2 Conseil de fondation

C'est le 16 avril 2014 que le conseil de fondation tint sa séance d'examen des comptes 2013 et d'approbation du rapport annuel 2013. Le 12 novembre 2014 il se réunit une nouvelle fois pour l'examen du budget 2015 et discuter l'exercice en cours.

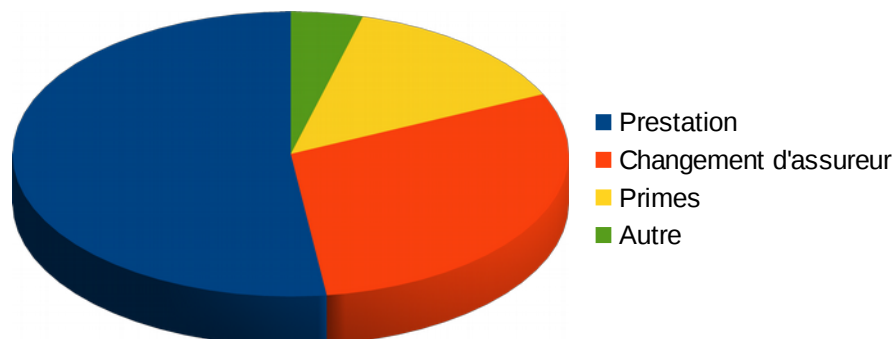
3 Chiffres

Evolution des cas 2006–2014



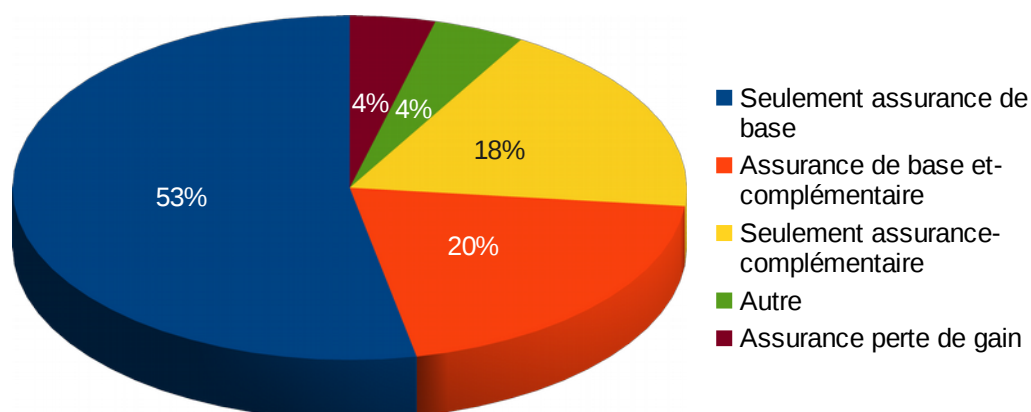
3.1 Entrées par matière

Au cours de l'exercice 2014, 5004 cas ont été soumis à l'office de médiation (2013: 5668), ce qui représente une baisse de 11,7% par rapport à l'année précédente. La répartition par matière se présente de la manière suivante: 2603 dossiers concernaient les prestations d'assurance (2013: 3039), 1501 la conclusion d'une assurance ou le changement d'assureur (2013: 1638) et 700 les primes (2013: 678). Les 200 cas restants portaient sur des questions d'ordre général (2013: 313).



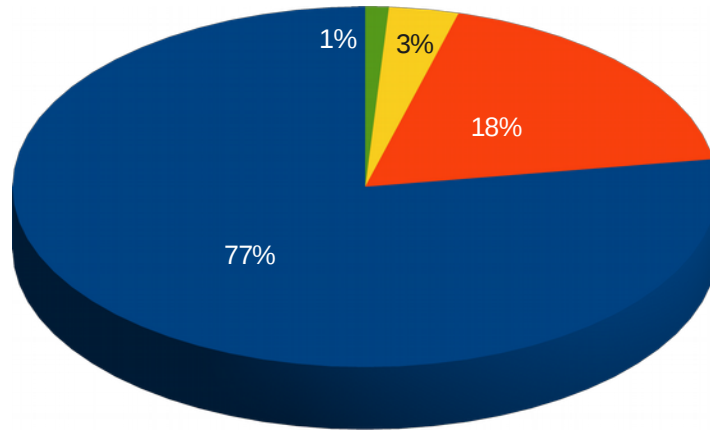
3.2 Entrées par branche d'assurance

2661 cas ne concernaient que l'assurance de base (2013: 2859), 911 uniquement les assurances complémentaires (2013: 1161), 1006 ces deux branches ensemble (2013: 1161). En 2014 205 cas concernèrent l'assurance indemnités journalières (2013: 226). Les 221 cas restants portèrent sur des questions de nature générale, parfois même, sans rapport avec l'assurance-maladie (2013: 271). Le nombre total des requêtes se situe bientôt au nombre moyen des requêtes présentées durant les dix dernières années.



3.3 Entrées par langue

- Allemand
- Français
- Italien
- Autre



3876 requêtes furent adressées à l'office de médiation en allemand (2013: 4403), 914 en français (2013: 1013), 160 en italien (2013: 212) et 54 dans d'autres langues, telles que l'anglais et l'espagnol (2013: 40).

3.4 Evolution des entrées (résumé)

Le nombre des requêtes, après un important pic en 2010 (6303), est à nouveau en recul (5004), ce qui correspond à 20% des cas. Le nombre des cas présentés durant l'année 2014 s'équilibre avec le nombre moyen de cas des dernières années.

4 Principes directeurs de la médiation

Cette année encore, il convient d'expliquer au public la mission et la manière de procéder de l'office de médiation. Ce rappel est nécessaire à l'heure où toujours plus de gens attendent de l'office de médiation qu'il joue un rôle pour lequel il n'a pas été institué. C'est ainsi que les assurés le considèrent souvent à tort comme une institution d'assistance juridique gratuite à laquelle ils peuvent délivrer des instructions. Ou encore ils partent à tort de l'idée que la sollicitation des services de l'office de médiation a pour effet d'interrompre des délais en cours, comme il en irait s'ils s'adressaient à une instance judiciaire. Les fournisseurs de prestations et autres institutions défendant les intérêts des assurés voient aussi parfois en l'office de médiation un bureau de renseignements ou un centre d'expertise dont les avis peuvent aussi servir leur politique. Même pour les collaborateurs des caisses-maladie, la question de savoir – dans quels cas ils peuvent adresser un assuré à l'office de médiation et dans quels cas ils ne le peuvent pas – n'est pas claire.

D'après l'acte fondateur de la fondation et le règlement s'y rapportant, la principale tâche de l'office de médiation consiste à dissiper les malentendus entre les caisses-maladie et leurs assurés ainsi qu'à trouver des solutions en cas de divergence d'opinions. Dans ce cadre, l'office de médiation prodigue des conseils aux assurés et les informe sur la législation en vigueur ainsi que sur la jurisprudence du Tribunal fédéral. Les renseignements qu'il délivre concernent le cas concret qui lui est soumis. Dans les cas sortant de sa compétence, l'office signale l'existence d'organisations de conseil et d'assistance. L'office intervient finalement auprès des assureurs-maladie lorsque la personne assurée qui sollicite son aide met à sa disposition les documents nécessaires.

L'office de médiation s'est donné comme but de soutenir gratuitement et de manière non bureaucratique les assurés et ainsi de contribuer à la recherche d'une solution à leurs problèmes avec leurs caisses-maladie.

4.1 *Quand l'office de médiation est-il compétent pour traiter un cas?*

Il est compétent lorsqu'il a affaire à un contrat d'assurance ressortissant au domaine de l'assurance obligatoire des soins d'après la LAMal (= Loi fédérale sur l'assurance-maladie) et/ou de l'assurance complémentaire d'après la LCA (= Loi fédérale sur le contrat d'assurance) et, s'agissant des parties en conflit, lorsque la personne assurée est couverte auprès d'une caisse-maladie reconnue au sens de l'art. 11-13 LAMal ayant son siège en Suisse.

Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins d'après la LAMal les thèmes suivants occupent particulièrement les assurés:

- Obligation d'assurance (affiliation, dispense, suspension),
- Formes particulières d'assurance (franchise à option, assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations, etc.)
- Changement d'assureur,

- Prestations (en cas de maladie, d'accident à titre subsidiaire, de maternité),
- Prestations à l'étranger,
- Soins dentaires,
- Primes et participations aux coûts,
- Encaissement,
- Assurance facultative de indemnités journalières,
- Protection des données (obligation de collaborer, accès au dossier), etc.

Dans le domaine de l'assurance complémentaire selon la LCA les thèmes suivants sont principalement traités:

- Propositions d'assurance,
- Réticence,
- Encaissement,
- Prestations,
- Prescription,
- Justification des prétentions,
- Assurance de indemnités journalières,
- Obligation de diminuer le dommage,
- Double assurance, etc..

4.2 Quand l'office de médiation n'est-il d'aucune aide pour les assurés?

Les possibilités d'intervention de l'office de médiation sont limitées dans le temps en ce sens que lorsque l'assureur a rendu (dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins) une **décision formelle**, la phase contentieuse a été franchie et une intervention de l'office n'est plus admissible. Cette étape une fois dépassée, l'office de médiation s'abstient d'évaluer l'issue du procès et ne dispense pas non plus de conseils quant à la façon de se comporter en cours de procédure.

L'office de médiation **n'est pas compétent** dans les domaines suivants:

- En cas de **litiges entre un fournisseur de soins et son patient** lorsque ceux-ci concernent par exemple le traitement ou une question de responsabilité civile. Dans ces cas, il doit renvoyer les assurés auprès de l'Ombudsman des médecins, d'une organisation de défense des patients ou d'un avocat spécialiste en la matière.
- En cas de **différends entre autorités et citoyens**, par exemple en matière de subsides pour la réduction des primes ou de prestations

complémentaires. Suivant les cantons, il existe des médiateurs auxquels les citoyens peuvent s'adresser.

- En cas de **contestations entre autorités** (par exemple au sujet de la prise en charge par l'aide sociale de primes impayées).
- En cas de **contestation des primes approuvées par l'autorité**, qu'il s'agisse de l'assurance de base ou d'une assurance complémentaire. Les caisses-maladie ne peuvent exiger que les primes qui ont été approuvées par l'autorité compétente et dont le calcul échappe à l'examen de l'office de médiation. Celui-ci ne peut intervenir que lorsque l'assuré a été mal classé en regard du tarif approuvé.
- En cas d'**intervention problématique de démarcheurs en assurance indépendants**, dont l'assureur ne répond pas.

Dans tous les cas qui précèdent, l'office de médiation se borne à dispenser oralement de courts renseignements et instructions.

4.3 Qui peut recourir aux services de l'office de médiation et comment procéder?

Ce sont avant tout les assurés eux-mêmes qui s'adressent à l'Ombudsman. Ils le font le plus souvent par téléphone ou par voie postale, mais de plus en plus par courrier électronique. Ce dernier canal permet certes de simplifier les contacts, mais il n'est pas adapté au transfert de données médicales. En outre, les affaires soumises à l'Ombudsman par ce biais sont souvent mal documentées, ce qui l'oblige fréquemment à demander des éclaircissements à l'assuré. Le site de l'office de médiation (www.om-kv.ch) contient une formule de contact avec les informations correspondantes.

L'office de médiation est également toujours plus souvent sollicité par des fournisseurs de soins et des services sociaux, qui intercedent en faveur de patients ou d'usagers confrontés à des problèmes avec leur assureur. L'office de médiation n'entre en matière sur de telles demandes que si l'assuré l'a expressément souhaité. Ce n'est toutefois pas la tâche de l'office de médiation de décharger les autres organisations du travail qui leur incombe ou de s'immiscer dans des litiges entre fournisseurs de prestations et assureurs concernant la politique tarifaire. Il existe en tels cas d'autres instances de médiation. En ce qui concerne les demandes provenant d'assurés soutenus par les services sociaux, l'office de médiation se limite à donner oralement des informations juridiques, tout en faisant preuve de retenue. La plupart du temps il renonce à intervenir auprès des assureurs car ce n'est pas son rôle que d'intervenir en lieu et place d'institutions étatiques.

Il est frappant de constater que l'office de médiation est toujours plus sollicité par des bureaux fiduciaires au nom de leurs mandants. Là aussi, l'office de médiation fait preuve de retenue. En effet, c'est aux assurés qui s'adressent à lui que doit

profiter ses services gratuits et non aux bureaux de courtage qui facturent à leurs clients pour leurs services des honoraires.

4.4 Et que se passe-t-il si la personne assurée est au bénéfice d'une assurance de protection juridique ou est représentée par un avocat?

L'office de médiation n'intervient pas si l'assuré a des prétentions envers une assurance de protection juridique ou s'il est représenté par un avocat. Il arrive malheureusement toujours plus souvent que des assurances de protection juridique, qui devraient servir leurs prestations contractuelles (conseils juridiques et prise en charge financière des services d'un avocat), adressent leurs clients à l'office de médiation afin de se faciliter la tâche et de faire des économies financières. L'assuré ne reçoit ainsi pas une prestation qu'il a financée en payant des primes. C'est l'Ombudsman de l'assurance privée et de la CNA/SUVA qui fait office de médiateur dans les différends entre les assurances de protection juridique et leurs clients.

4.5 Que peuvent attendre les assurés de la médiatrice et de ses collaborateurs?

Les assurés reçoivent des collaborateurs de l'office de médiation un avis sur l'affaire litigieuse et une prise de position lorsqu'ils ont épuisé les possibilités de s'entendre avec l'assureur. Les demandes des assurés sont examinées de manière approfondie. Le cas échéant, le collaborateur de l'office de médiation en charge du dossier intervient directement auprès de l'assureur. Ces interventions et les réponses des assureurs revêtent généralement la forme écrite. Quand la cause est urgente, il est pris contact avec l'assureur par téléphone. L'office de médiation dispose auprès de chaque assureur de personnes de liaison chargées de recevoir ses demandes, de les faire examiner dans le cadre interne et d'y répondre. Si l'office de médiation constate que l'assuré est dans l'erreur parce qu'il a mal évalué sa propre situation, il l'éclaire sur les dispositions légales et contractuelles applicables. Il fournit des explications sur le système d'assurance et donne des conseils sur l'attitude à adopter pour éviter d'autres malentendus.

4.6 L'Office de médiation peut-il influencer la politique d'entreprise des assureurs?

L'action de l'office de médiation porte sur les cas particuliers et s'appuie sur le droit en vigueur. L'office de médiation n'est pas une autorité de surveillance des assureurs-maladie et ne peut donc leur adresser ni directives générales ni instructions dans un cas d'espèce. Sa mission réside dans la médiation, ce qui présuppose la confiance de l'assuré et de l'assureur. C'est pourquoi il ne porte aucun jugement de valeur sur les institutions de l'assurance-maladie.

Le règlement régissant l'activité de l'office de médiation autorise certes ce dernier à alerter l'association faîtière des assureurs-maladie (santésuisse), voire même l'opinion publique, lorsque les plaintes au sujet d'un problème particulier se

multiplient. Mais sa tâche première consiste à s'adresser à l'assureur concerné, auquel il suggérera des améliorations. Il contribue ainsi à maintenir un niveau de qualité élevé de la branche. Dans ce sens, il peut effectivement influencer, dans certains domaines, sur la politique d'entreprise des assureurs.

De plus en plus souvent, l'office de médiation prend contact avec les directions des assureurs-maladie lorsque par exemple, des problèmes s'accumulent. En règle générale, les assureurs saluent ces interventions et sont la plupart du temps disposés à rechercher une solution aux problèmes soulevés de manière non bureaucratique.

5 Pratique de l'assurance obligatoire des soins

Le fonctionnement et l'efficacité de l'office de médiation seront illustrés ci-après sous la forme de comptes rendus résumant brièvement à titre d'exemples quelques cas soulevant des questions et des difficultés fréquentes ou particulières. Pour des motifs liés à la protection de la personnalité, les noms et les données personnelles ne seront pas mentionnés ou seront modifiés. L'état de fait, les explications et les solutions seront présentés de manière simplifiée.

5.1 Changement de caisse-maladie

Le changement de caisse-maladie fait encore et toujours l'objet de nombreuses demandes auprès de l'office de médiation, dans la mesure où les assurés ne connaissent pas tous quand et à quelles conditions un changement de caisse intervient de manière valable. Tel est le cas lorsque chacune des conditions suivantes sont remplies:

- 1. l'avis de résiliation est parvenu à l'assureur dans le délai prévu;*
- 2. le nouvel assureur a reçu la demande d'affiliation de l'intéressé;*
- 3. le nouvel assureur a communiqué à l'ancien qu'il assure désormais l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (attestation de nouvelle assurance conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal);*
- 4. les éventuels arriérés en faveur de l'ancien assureur ont été réglés avant le passage dans la nouvelle caisse.*

Cas n° 1:

Un assuré souhaitait résilier son contrat d'assurance obligatoire des soins pour la fin de l'année 2014. Il envoya son avis de résiliation sous pli recommandé le vendredi 28 novembre 2014. Par la suite, la caisse-maladie l'informa qu'elle n'avait reçu la lettre que le lundi 1^{er} décembre suivant et que la résiliation lui était ainsi parvenue trop tard. L'assuré ne pourrait donc changer d'assurance obligatoire des soins que pour la prochaine échéance. D'après les recherches de l'assuré, le collaborateur de la poste aurait déposé le pli recommandé dans la case postale de la caisse-maladie le 29 novembre 2014. L'assuré nous a alors demandé si le refus de la caisse-maladie de prendre en compte l'avis de résiliation était valable.

En l'occurrence, le refus de la caisse-maladie était justifié et nous avons simplement expliqué à l'assuré son erreur de la manière suivante:

La déclaration de résiliation est un acte unilatéral formateur sujet à réception et qui ne déploie ses effets que lorsqu'elle entre dans la sphère de puissance du destinataire. Tel n'est pas le cas lorsque l'agent postal laisse un avis de retrait dans la case postale. Pour cette raison, le délai de résiliation n'est respecté que si la notification de résiliation arrive chez l'assureur au plus tard le dernier jour du délai légal

aux heures de bureau usuelles.

S'agissant des envois sous pli recommandé, ils sont réputés notifiés au plus tard le septième jour après la première tentative infructueuse de notification (cf. art. 38 al. 2bis LPGA). C'est pourquoi nous recommandons toujours aux assurés d'envoyer les lettres de résiliation sous pli recommandé (à des fins de preuve) au moins dix jours avant l'expiration du délai de résiliation.

Enfin, nous conseillons aux assurés qui – comme en l'espèce – décident de résilier leur contrat d'assurance obligatoire des soins peu avant la fin du délai de résiliation, de se présenter directement auprès de leur assureur, dans les bureaux de la succursale la plus proche, munis de leur lettre de résiliation en double. Sur place, il convient de faire attester la réception de l'avis de résiliation sur chacune des deux copies, avec la signature et le sceau de l'assureur, ainsi que l'indication du lieu et la date. L'assuré peut alors garder un exemplaire pour lui, comme preuve du respect du délai de résiliation. Le second exemplaire doit être laissé à l'assureur.

Cas n° 2:

Une assurée a résilié son contrat d'assurance obligatoire des soins dans le délai de résiliation, pour la fin de l'année 2013, puis a déposé une demande d'affiliation auprès de la caisse-maladie A. Quelques jours plus tard, regrettant son choix, elle a demandé son affiliation auprès de la caisse-maladie B. Celle-ci a alors immédiatement confirmé à l'ancien assureur qu'elle assurait l'intéressée depuis le 1^{er} janvier 2014, sans interruption de la protection d'assurance. L'attestation de nouvelle assurance de la caisse-maladie A est parvenue à l'ancien assureur après celle de la caisse-maladie B. Les assureurs A et B entendaient tous deux maintenir le contrat et ont exigé le paiement des primes de la part de l'assurée. Celle-ci s'est alors adressée à l'office de médiation afin de savoir auprès de quelle caisse elle était désormais assurée.

En l'espèce, l'intéressée ne pouvait évidemment pas être assurée en même temps par deux caisses-maladie, étant donné que dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, une double assurance est exclue (cf. ATF 130 V 448).

Il ressort de nos recherches qu'une résiliation valable en elle-même ne conduit pas forcément à la fin des rapports d'assurance existants jusque-là. En effet, conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal, les rapports d'assurance prennent fin une fois que le nouvel assureur a communiqué à l'ancien, qu'il assure la personne concernée sans interruption de la protection d'assurance (attestation de nouvelle assurance; ATF 130 V 448 consid. 3.1 p. 450). En principe, la demande d'affiliation indique auprès de quelle caisse-maladie la personne concernée était jusqu'alors assurée et le nouvel assureur sait ainsi à qui envoyer la communication.

La demande d'affiliation ne fonde en règle générale aucune relation juridique aussi longtemps que les rapports d'assurance n'ont pas été dissous (cf. consid. 2.3 dans l'arrêt non publié du 22 décembre 2010; 9C_930/2010). Font exception à cette règle les demandes d'affiliation de parents pour les nouveau-nés et celles d'individus qui viennent de l'étranger et élisent domicile en Suisse pour la première fois. En effet, dans ces cas, il n'y a aucun rapport d'assurance à résoudre et une communication du nouvel assureur n'est pas nécessaire. Vu que, lors d'un changement de

caisse-maladie, la demande d'affiliation n'a en soi pas d'effet constitutif, nous sommes d'avis que dans le cas d'espèce aucune relation d'assurance ne liait valablement l'intéressée à la caisse-maladie A, conformément à la LAMal. En effet, l'attestation sous pli recommandé de la caisse-maladie B est parvenue avant celle de l'assureur A. Le changement d'affiliation en faveur de la caisse-maladie B ne pouvait donc plus être empêchée, sauf dans l'hypothèse où l'assurée n'aurait pas réglé des arriérés de primes en faveur de son ancien assureur; ce qui n'était pas le cas en l'occurrence.

Malheureusement la caisse-maladie A n'a pas pu ou voulu suivre ce raisonnement, de sorte que l'assurée était contrainte de passer par la voie judiciaire si elle ne voulait pas être affiliée auprès de cet assureur ; ce qu'elle fit. La cause est encore pendante.

Cas n° 3:

Un assuré s'est plaint auprès de l'organe de médiation de recevoir encore des factures de primes de la part de son ancien assureur, alors qu'il avait résilié le contrat avec effet au 1^{er} janvier 2014 en respectant le délai de résiliation, qu'il était depuis affilié à une autre caisse-maladie et qu'il n'avait pas de dettes envers son ancien assureur.

Nos investigations ont montré que la nouvelle caisse-maladie avait envoyé l'attestation de nouvelle assurance à l'ancien assureur seulement dans le courant du mois de janvier 2014, et non avant la date de sortie prévue (soit le 1^{er} janvier 2014). Pour cette raison, le changement de caisse devait être reporté au 1^{er} février suivant.

Etant donné que l'assuré avait déposé sa demande d'affiliation dans les temps et qu'il n'était pas responsable de la communication tardive, le nouvel assureur devait répondre des conséquences de l'envoi tardif conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal. Cela signifie que le nouvel assureur doit rembourser à l'assuré un éventuel dommage dû au report du changement de caisse-maladie. En règle générale, cela se résume à la différence du coût des primes, si par exemple la prime de janvier 2014 de l'ancien assureur est plus élevée que celle du nouvel assureur.

Cas n° 4:

Un assuré voulait s'affilier auprès d'un assureur-maladie à compter du 1^{er} janvier 2014. Etant donné qu'il avait des arriérés de primes à payer à l'ancien assureur, pour lesquels des poursuites avaient été engagées, il se rendit à l'office des poursuites à la fin du mois de décembre 2013, et paya les arriérés de primes ainsi que les frais afférents (y compris les frais de poursuites). Quelques semaines plus tard, son assureur-maladie l'informa que le montant des primes payées auprès de l'office des poursuites avait été viré trop tard sur son compte bancaire. Pour cette raison, l'assuré ne pouvait pas changer de caisse-maladie à partir du 1^{er} janvier 2014. Celui-ci nous a alors demandé si le point de vue de l'assureur était conforme au droit.

Conformément à l'art. 64a al. 6 LAMal en relation avec l'art. 105I al. 2 OAMal, l'assuré doit payer, intégralement et avant l'expiration du délai de résiliation, les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'au mois précédent l'expiration du délai de changement, de même que les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment ; à défaut de quoi, l'avis de résiliation ne déploie aucun effet et l'assuré ne peut pas changer de caisse-maladie.

En vertu de l'art. 12 al. 1 LP, l'office des poursuites est tenu d'accepter les paiements faits pour le compte du créancier poursuivant. Le débiteur est libéré par ces paiements (al.2).

En outre, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, le délai de paiement est considéré comme respecté, lorsque le paiement est effectué au bureau de poste le dernier jour du délai, au moyen d'un bulletin de versement (ATF 124 III 145).

L'organe de médiation a fait remarquer à la caisse-maladie que selon lui le paiement en mains de l'office des poursuites devrait être jugé de la même manière qu'un paiement en espèces au bureau de poste. Dans les deux cas, le débiteur est libéré au moment du paiement et non pas – comme le faisait valoir l'assureur – au moment où le compte du créancier est crédité. La caisse-maladie s'est ralliée à notre appréciation et a autorisé la sortie de l'assuré.

Il en aurait été autrement si le débiteur avait ordonné à sa banque d'effectuer le virement en faveur de la caisse-maladie à une date précise. Dans un tel cas, il n'est libéré qu'au moment où le compte du créancier est crédité. Une telle différence se justifie dans la mesure où le client de la banque peut encore annuler ses ordres de paiements en suspens, ce qui n'est pas possible lors d'un paiement au bureau de poste ou à l'office des poursuites. En outre, le client de la banque répond personnellement, comme de son propre manquement, de la non-exécution d'un ordre de paiement.

5.2 Primes

La correction des primes prévue de 2015 à 2017 en raison des déséquilibres entre les primes de l'assurance de base et les coûts des prestations médicales accumulés dans les cantons entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 2013 a constitué un sujet prédominant durant l'année 2014.

Le 21 mars 2014, le Parlement a adopté une révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, laquelle prévoit une compensation partielle pour remédier aux déséquilibres constatés entre les cantons. La correction des primes porte sur 800 millions de francs et dure trois ans (2015-2017). Elle est financée à parts égales par les assureurs, la Confédération et les assurés domiciliés dans les cantons dans lesquels des primes ont été payées en insuffisance entre le 1^{er} janvier 1996 et le 31 décembre 2013.

Pour déterminer qui doit payer un supplément de prime et qui reçoit une bonification, l'élément déterminant est le domicile de l'assuré au 1^{er} janvier de chaque année durant laquelle la correction des primes est effectuée. La correction est la

même pour tous les assurés d'un même canton, indépendamment de leur assureur, de leur âge, de leur franchise ou de leur modèle d'assurance.

La correction dans les différents cantons se présente comme suit:

<i>Cantons avec supplément de prime:</i>	<i>Cantons avec diminution de prime:</i>	<i>Cantons sans correction de prime:</i>
<i>BE, LU, UR, OW, NW, GL, SO, BL, SH, AR, SG, VS et JU</i>	<i>ZH, ZG, FR, AI, GR, TG, TI, VD et GE</i>	<i>SZ, BS, AG et NE</i>

D'un point de vue purement individuel, la correction des primes prévue par le Parlement ne conduit pas à une solution équitable. La compensation se produit entre les cantons et non entre les individus.

Cas n° 5:

Les assurés qui se sont adressés à l'organe de médiation sont avant tout ceux qui ont vécu pendant plusieurs années dans un canton où des primes ont été payées en trop, et qui doivent toutefois payer un supplément de primes à partir de 2015, en raison d'un déménagement dans un canton où des primes ont été payées en insuffisance jusqu'au 31 décembre 2013. Ces assurés se plaignaient de la correction des primes, dans la mesure où ils se retrouvent doublement désavantagés.

Nous avons expliqué à ces personnes qu'une correction individuelle aurait été trop coûteuse, compte tenu du montant redistribué de 1 à 5 francs maximum par mois par rapport aux centaines de milliers de changements de cantons, d'arrivées, de départs, etc. C'est pourquoi le Parlement s'est accommodé volontairement de l'injustice résultant des cas de figure précités.

5.3 Non-paiement des primes et des participations aux coûts

L'organe de médiation est régulièrement sollicité par des assurés en cas de conflit avec leur caisse-maladie en raison d'arriérés de primes, de procédure de recouvrement et de suspension des prestations.

Jusqu'au 31 décembre 2011, la procédure en cas d'arriérés de primes était réglée de manière uniforme. Selon l'art. 64a LAMal, les assureurs-maladie devaient alors engager des poursuites et suspendre les prestations jusqu'au paiement intégral de tous les arriérés. Une telle procédure a conduit à une augmentation des factures non couvertes auprès des prestataires de soins et à une part toujours plus grande de la population concernée par une suspension des prestations en raison d'un défaut de paiement. Le sens et le but du régime obligatoire de l'assurance des soins étaient ainsi remis en question. Le régime obligatoire devait justement garantir de manière généralisée l'offre sanitaire. Par la suite, l'art. 64a LAMal a été révisé.

La révision de la loi fédérale, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012, a entraîné la

suppression de la suspension par l'assureur-maladie de la prise en charge des prestations en cas de non-paiement des primes, et a introduit l'obligation pour les cantons de prendre en charge 85 % des créances qui ont fait l'objet d'un acte de défaut de biens après saisie ou faillite. Cependant, les cantons ont la possibilité de dresser une liste des mauvais payeurs de primes et de maintenir le système de suspension de la prise en charge des prestations, sauf pour les traitements d'urgence, jusqu'au règlement complet des arriérés.

Certains cantons ont fait usage d'un tel droit et ont dressé une liste des mauvais-payeurs. Sa mise en œuvre s'est toutefois avérée très hétérogène et a entraîné une augmentation des coûts administratifs auprès des assureurs, de nombreuses questions juridiques laissées ouvertes et un besoin accru de coordination entre cantons, mais aussi entre les cantons et les assureurs.

Cas n° 6:

Un assuré domicilié dans le canton de Thurgovie n'était plus en mesure de payer ses primes depuis longtemps et des poursuites ont été engagées contre lui par sa caisse-maladie. Etant donné que le canton de Thurgovie avait dressé une liste des mauvais-payeurs, l'intéressé s'est retrouvé sur cette liste et la caisse-maladie devait ainsi suspendre la prise en charge des prestations, suite à la décision du canton.

En février 2014, l'assuré a déménagé dans le canton de Zurich. Etant donné que ce canton n'avait pas fait usage de la possibilité de dresser la liste et ne pouvait ainsi ordonner la suspension de la prise en charge des prestations, l'assuré partait du principe que la caisse-maladie devait à nouveau prendre en charge ses factures de médecin depuis le mois de février 2014.

La caisse-maladie a toutefois refusé de prendre en charge les prestations même après le déménagement de l'assuré, motif pris qu'elle ne pouvait pas régler les factures en question aussi longtemps que le canton de Thurgovie ne levait pas la décision de suspension. Or, ce canton refusait de retirer l'assuré de la liste car il avait encore des arriérés de primes antérieures à son changement de domicile.

Etant donné qu'il s'agissait en l'espèce d'un conflit entre cantons, l'organe de médiation ne pouvait pas intervenir, faute de compétence. Nous avons tout de même conseillé à l'assuré de contacter la direction de la santé publique du canton de Zurich. Les offices compétents des deux cantons devaient ensuite entrer en discussion et trouver une solution.

Depuis la révision de la loi fédérale, une décision cantonale est nécessaire en cas de suspension de la prise en charge des prestations. Les assureurs-maladie ne peuvent infliger aux assurés une telle suspension que s'ils reçoivent une communication de la part du canton leur mentionnant l'inscription de l'assuré sur la liste. Dans le cas d'espèce, depuis l'emménagement de l'assuré dans le canton de Zurich, le canton de Thurgovie n'était plus habilité à imposer le maintien de la suspension et a dû par la suite informer l'assureur de la suppression de la suspension.

Cas n° 7:

Une assurée domiciliée dans le canton de Lucerne désirait changer d'assurance obligatoire des soins et a résilié son contrat dans le délai de résiliation. Son ancienne caisse-maladie a toutefois continué de lui envoyer des factures de primes. Durant ce temps, l'intéressée payait régulièrement ses primes auprès du nouvel assureur. Elle partait de l'idée qu'il s'agissait d'une inadvertance de la part de l'ancien assureur, d'autant plus qu'elle avait respecté le délai de résiliation et que la résiliation lui avait été confirmée. Lors d'un entretien téléphonique avec son ancien assureur, l'intéressée a reçu pour seules informations qu'elle était toujours assurée auprès de lui et qu'elle devait payer les primes. Par la suite, des poursuites ont été engagées contre l'intéressée, qui s'est retrouvée inscrite sur la liste des mauvais payeurs dans le canton de Lucerne.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, une double assurance est exclue dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins (cf. ATF 130 V 44). En l'espèce, l'organe de médiation de l'assurance-maladie devait d'abord éclaircir auprès de qui l'intéressée était effectivement assurée.

Le rapport d'assurance avec l'ancien assureur prend fin seulement lorsque l'assuré a résilié les rapports dans le délai de préavis et que le nouvel assureur lui a notifié la confirmation d'assurer l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (ATF 130 V 448, consid. 3.1 p. 450).

Il ressort de nos investigations auprès des deux caisses-maladie que le nouvel assureur avait oublié de faire parvenir à l'ancien l'attestation de nouvelle assurance. Par conséquent, l'intéressée restait assurée auprès de l'ancienne caisse-maladie jusqu'à la notification de cette communication. En outre, le nouvel assureur devait répondre du dommage subi par l'assurée, conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal, en particulier prendre en charge la différence du coût des primes et les frais de poursuite. Enfin, l'assurée avait le droit d'être retirée de la liste des mauvais payeurs et la suspension de la prise en charge des prestations devait être annulée.

5.4 Prestations

La plupart des demandes auprès de l'organe de médiation concernent les prestations. Elles augmentent en particulier avec l'introduction de modifications légales et réglementaires. Par exemple, durant l'année de référence, une modification légale en lien avec la participation aux coûts en cas de maternité est entrée en vigueur le 1^{er} mars 2014 et a provoqué des inquiétudes aussi bien parmi les assurés que parmi les collaborateurs des caisses-maladie eux-mêmes.

Cas n° 8:

Une assurée a subi une fausse couche durant la 22^e semaine de grossesse. La caisse-maladie lui a ensuite demandé la participation aux coûts pour les frais de traitement liés à la fausse couche, ce que l'époux n'acceptait pas.

A juste titre. En effet, nos recherches ont montré qu'avec l'introduction du nouvel art. 64 al. 7 LAMal, les femmes sont désormais exemptées de la participation aux

coûts pour les prestations médicales (par exemple en cas de complications) fournies entre la 13^e semaine de grossesse et la 8^e qui suit l'accouchement.

La nouvelle règle prévoit notamment ce qui suit:

L'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations visées aux art. 25 et 25a qui sont fournies à partir de la 13^e semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.

Dans le cas d'espèce, l'assurée a subi une fausse couche durant la 22^e semaine de grossesse et a dû être hospitalisée. Les prestations visées à l'art. 25 LAMal comprennent les traitements stationnaires et ne peuvent donc faire l'objet d'aucune participation aux coûts selon l'art. 64 al. 7 let. b LAMal.

Dans sa prise de position, l'assureur a indiqué qu'une attestation de naissance était selon lui nécessaire pour que l'art. 64 al. 7 let. b LAMal s'applique, et que sa demande de participation aux coûts se justifiait, dans la mesure où selon l'art. 105 al. 2 OAMal, la naissance d'un enfant mort-né après la 23^e semaine de grossesse est assimilée à un accouchement. Grâce à notre intervention, il a cependant corrigé sa décision.

6 Pratique des assurances complémentaires

6.1 Conclusion du contrat

Les litiges avec des courtiers en assurance représentent un sujet de préoccupation constante depuis de nombreuses années. Tel a également été le cas en 2014. Il nous est souvent rapporté que les conseillers en assurance peuvent amener les assurés à signer en leur donnant de fausses informations. Par exemple, ils expliquent aux assurés qu'ils ont besoin d'une signature pour leur soumettre une offre ou pour confirmer le conseil dispensé. Les assurés signent en réalité une proposition d'assurance et concluent ainsi des contrats de plusieurs années.

Actuellement les requêtes d'assurés prétendant que leur signature aurait été falsifiée se multiplient. Les conseillers en assurance font toujours plus souvent signer leurs clients sur des tablettes et non plus sur du papier. Il est ainsi plus difficile pour les clients de comprendre précisément ce à quoi ils s'engagent et le danger d'un emploi abusif de la signature augmente.

Cas n° 9:

Un assuré s'est annoncé auprès de notre office et nous a indiqué qu'un courtier en assurances avait falsifié sa signature et avait signé à sa place les formulaires de demande d'assurance. Il avait déjà signalé ce fait auprès de la caisse-maladie, en vain. Dans la mesure où celle-ci maintenait la conclusion des contrats d'assurance, l'assuré avait déposé une plainte pénale contre le courtier pour faux dans les titres.

Nous sommes intervenus auprès de l'assureur-maladie et l'avons conseillé de vérifier les reproches formulés par l'assuré et, le cas échéant, d'annuler les contrats d'assurance. La caisse-maladie a alors envoyé un rappel à l'assuré et maintenu dans un premier temps provisoirement la conclusion des contrats d'assurance. Plus tard, l'assuré nous a informé que les contrats en question avaient ensuite été annulés.

6.2 Changement de caisse

Beaucoup d'assurés ne semblent pas savoir que le délai de résiliation exceptionnel valable dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins et prévu par l'art. 7 al. 2 LAMal (par exemple ceux pour la fin du mois de novembre) n'est pas applicable aux assurances complémentaires selon la LCA. En effet, dans le domaine des assurances complémentaires, les règles de résiliation applicables sont soumises au droit privé et sont différentes de celles qui valent dans l'assurance obligatoire des soins, laquelle est régie par le droit public. C'est pourquoi il est rare et exceptionnel que les assurances complémentaires puissent être résiliées en même temps que l'assurance obligatoire des soins (à savoir avant l'expiration de la période convenue).

Cas n° 10:

Un assuré a résilié son assurance obligatoire des soins ainsi que la totalité de ses assurances complémentaires au milieu du mois de novembre 2014 pour la fin de l'année en cours. La caisse-maladie a accepté uniquement la résiliation de l'assurance obligatoire des soins. L'assuré n'était pas d'accord.

Il ressort de nos investigations que le montant des primes des assurances complémentaires n'avait pas changé par rapport à l'année précédente. Par conséquent, il n'y avait aucune modification unilatérale du contrat par la caisse-maladie qui aurait permis à l'assuré de résilier exceptionnellement les assurances complémentaires. La décision de la caisse-maladie n'était donc pas critiquable.

Cas n° 11:

Un assuré voulait conclure des assurances complémentaires selon la LCA auprès d'une nouvelle caisse-maladie. Il a donc résilié ses assurances complémentaires actuelles X, Y et Z par lettre du 31 octobre 2013, à la suite de quoi la caisse-maladie l'a informé le 4 janvier 2014 que le délai de résiliation avait expiré le 30 septembre 2013 déjà. Pour cette raison, les assurances complémentaires ne pouvaient être résiliées qu'au prochain terme possible (le 31 décembre 2014). En réaction à cette communication, l'assuré a envoyé une nouvelle lettre de résiliation le 9 janvier 2014, par laquelle il résiliait pour la fin de l'année 2014 les assurances complémentaires X et Y mais non l'assurance complémentaire Z. Il a également demandé une confirmation de la résiliation, laquelle ne lui est pas parvenue. Après avoir reçu la nouvelle police d'assurance en octobre 2014 et remarqué que l'assurance complémentaire Z n'y figurait plus, l'assuré a demandé à l'assureur-maladie de bien vouloir la maintenir. L'assureur-maladie lui a alors indiqué que, puisqu'il avait résilié toutes les assurances dans sa lettre du 31 octobre 2013, l'assurance-complémentaire Z avait été supprimée de manière irrévocable.

En l'occurrence, on peut considérer qu'au moment de la première résiliation (le 31 octobre 2013), soit après la réception de la police d'assurance valable dès janvier 2014, l'assuré pensait qu'il était en droit de résilier exceptionnellement les assurances complémentaires. Par contre, la caisse-maladie partait elle du principe que le dernier jour du délai de résiliation avait simplement été manqué et elle a reporté les effets au prochain terme possible (le 31 décembre 2014).

La caisse-maladie a ainsi converti en une résiliation ordinaire la résiliation exceptionnelle de l'assuré, qu'il aurait fallu qualifier d'inefficace, vu qu'elle ne remplissait pas les conditions de validité. Or, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une telle conversion n'est pas admissible. En effet, une résiliation exceptionnelle inefficace ne peut pas être convertie en une résiliation ordinaire valable (ATF 135 III 441 consid. 3; voir aussi ATF 138 III 304 consid. 11).

Sur notre intervention, la caisse-maladie a réactivé l'assurance complémentaire Z.

6.3 Les primes

Cas n° 12:

La fille d'un assuré décédé au début du mois nous a demandé au téléphone si, en tant qu'héritière de son père, elle pouvait exiger de la part de la caisse-maladie un remboursement partiel de la prime mensuelle relative aux assurances complémentaires.

Nous lui avons indiqué que dans le domaine des assurances complémentaires selon la LCA – à la différence de l'assurance obligatoire pour soins selon la LAMal – le principe de la divisibilité de la prime s'applique. Cela signifie dans son cas que lorsque les rapports d'assurance selon la LCA prennent fin par le décès de l'assuré, la prime n'est due que jusqu'à la résolution du contrat (cf. art. 24 al. 1 première phrase LCA). L'intéressée avait donc un droit au remboursement partiel de la prime LCA, mais pas de la prime LAMal conformément au principe de l'indivisibilité des primes qui vaut dans ce domaine.

6.4 Sommation obligatoire de l'assureur; conséquences de la demeure

Dans le domaine des assurances complémentaires, les sommations de l'assureur ont toujours fait l'objet de critiques parce que les caisses-maladies ne respectent pas toujours les conditions formelles, au sens des art. 20 et 21 LCA.

Pour une meilleure compréhension, il faut d'abord mettre en évidence les aspects essentiels de la législation: si la prime n'est pas payée à l'échéance ou dans le délai de grâce accordé par le contrat, le débiteur doit être sommé par écrit, à ses frais, d'en effectuer le paiement dans les quatorze jours à partir de l'envoi de la sommation. La sommation doit rappeler les conséquences du retard (art. 20 al. 1 LCA). Si la sommation reste sans effet, l'obligation de l'assureur est suspendue à partir de l'expiration du délai légal (art. 20 al. 3 LCA). L'obligation de l'assureur reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais (art. 21 al. 2 LCA). Si l'assureur n'a pas poursuivi le paiement de la prime en souffrance dans les deux mois après l'expiration du délai fixé par l'article 20 LCA, il est censé s'être départi du contrat et avoir renoncé au paiement de la prime arriérée (art. 21 al. 1 LCA). Si l'assureur a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais (art. 21 al. 2 LCA).

Un retard dans le paiement des primes peut ainsi avoir des conséquences radicales, si l'on songe notamment au droit de l'assureur de se départir du contrat. Contrairement à ce qui prévaut dans d'autres domaines, une résiliation du contrat d'assurance-maladie par l'assureur peut avoir des conséquences irréversibles, notamment lorsque la personne assurée n'a plus aucune chance, en raison de son âge ou de son état de santé, de pouvoir conclure à nouveau l'assurance complémentaire perdue, auprès de l'assureur actuel ou d'un autre. Il est d'autant plus important que la démarche de l'assureur ne présente aucune faille juridique et qu'elle réponde en tous points aux exigences strictes des art. 20 et 21 LCA.

Une sommation en bonne et due forme est la condition préalable de validité des sanctions exposées. Cette mise en demeure doit être compréhensible, mentionner le montant exact de la prime LCA en souffrance et indiquer les mois sur lesquels porte l'arriéré. Un montant de créance trop élevé invalide la sommation. En pratique, l'omission d'un de ces points essentiels est assez fréquente lorsque l'assureur-maladie utilise un même formulaire de rappel des primes LAMal et LCA.

Cas n° 13:

Des parents ont conclu une assurance pour soins dentaires selon la LCA pour chacun de leurs deux enfants (nés en 2003 et 2006), laquelle incluait la couverture des traitements orthodontiques. Suite à des arriérés de primes, la caisse-maladie a suspendu la prise en charge des prestations en lien avec cette assurance complémentaire et l'a résiliée avec effet à la fin du mois de février 2014 ; ce que les parents n'acceptaient pas.

Nos investigations ont montré que tant la suspension de la prise en charge des prestations que la suppression de l'assurance étaient douteuses d'un point de vue juridique.

A ce sujet, la caisse-maladie avait informé les assurés dans une sommation du 9 novembre 2013 que son obligation de prendre en charge les prestations s'éteignait après l'expiration du délai de quatorze jours conformément à l'art. 20 al. 3 LCA, et qu'elle se départait du contrat sans autre communication à l'expiration de ce délai. Les assurances complémentaires prendraient donc fin à ce moment-là. Les intéressés pourraient déduire la nouvelle couverture d'assurance valable des nouvelles polices.

Contrairement aux conséquences de la demeure annoncées, la caisse-maladie n'a pas résilié le contrat à l'expiration du délai de quatorze jours, mais a continué à faire parvenir aux assurés des bulletins de versement et a accepté le paiement des primes de leur part. Cela étant, elle entendait de facto maintenir la poursuite du contrat d'assurance. En outre, elle n'a pas transmis aux assurés de nouvelles polices d'assurance, contrairement à ce qui était prévu dans la sommation.

Nous avons indiqué à l'assureur que sa manière de procéder était selon nous contradictoire et violait le principe de la bonne foi. Nous avons également attiré son attention sur le fait que les conséquences de la demeure selon l'art. 20 al. 1 LCA doivent être énoncées de manière claire et complète dans la sommation (ATF 138 III 2 ss. consid. 4.2). Dans la mesure où la sommation du 9 novembre 2013 ne mentionnait expressément ni la suspension de la prise en charge des prestations conformément à l'art. 20 al. 3 LCA, ni la résiliation présumée du contrat au sens de l'art. 21 al. 1 LCA, elle ne remplissait pas les exigences de validité et il fallait plutôt considérer qu'elle était incomplète. Par conséquent, la sommation ne pouvait pas déployer les effets rattachés à la demeure fixés dans la loi (ATF 138 III 2 ss. consid. 5.2.1).

La caisse-maladie a suivi notre argumentation et a annulé sa décision de suspension et de suppression de l'assurance.

7 Pratique en présence de situations transfrontalières

Durant les dernières années, le nombre de cas présentant un élément d'extranéité a nettement augmenté, en particulier ceux en relation avec l'UE. Chaque cas représente un véritable challenge, dans la mesure où les différents Etats membres de l'UE ont chacun des règles spéciales dans divers domaines, par exemple en ce qui concerne la participation aux coûts, les possibilités de poursuites, etc.

7.1 UE

Cas n° 14:

Un assuré avait bénéficié de prestations médicales d'une valeur de 1'473.18 EUR pendant ses vacances en Allemagne. A son retour, il a transmis la facture à sa caisse-maladie, laquelle ne lui a remboursé que 534.85 EUR. L'assuré souhaitait savoir si ce décompte était correct.

Dans le cas d'espèce, l'accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'UE est applicable. Cet accord contient dans son annexe II des dispositions sur la coordination de l'assurance-maladie et renvoie au règlement n° 883/2004 en ce qui concerne la législation applicable. Ce règlement est applicable dans toutes les relations entre la Suisse et les Etats de l'UE depuis le 1^{er} avril 2012 et les modalités d'application sont fixées dans le règlement n° 987/2009. Selon l'art. 19 al. 1 du règlement n° 883/2004, une personne assurée qui séjourne dans un Etat membre autre que l'Etat de son domicile a le droit de bénéficier des prestations en nature, selon les dispositions de la législation applicable au lieu de séjour, comme si les personnes concernées étaient assurées en vertu de cette législation. Cela signifie que le droit aux prestations de l'intéressé est identique à celui d'un ressortissant de cet Etat. La personne assurée doit présenter un document attestant ses droits aux prestations en nature (art. 25 let. A al. 1 du règlement n° 987/2009). Il s'agit de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM) ou, si celle-ci a été oubliée à la maison par exemple, ou d'un certificat provisoire de remplacement. Le remboursement des coûts est réglé à l'art 25 let. B al. 4 à 6 du règlement n° 987/2009. De manière générale, en cas de traitement ambulatoire, le prestataire des soins (par exemple le médecin-traitant) adresse directement la facture à la personne assurée. Une fois la facture payée, l'assuré a la possibilité de faire valoir son droit au remboursement des frais de traitement de trois différentes manières:

1. Remboursement par l'institution du lieu de séjour dans les limites et conditions des tarifs de remboursement prévus par sa législation: art. 25 let. B al. 4 du règlement n° 987/2009.
2. Remboursement par l'institution compétente (soit l'assureur-maladie de la personne concernée) conformément aux tarifs de remboursement pratiqués par l'institution du lieu de séjour: art. 25 let. B al. 5 du règlement n° 987/2009. Il s'agit du cas habituel.
3. Remboursement par l'institution compétente (soit l'assureur-maladie de la personne concernée) dans les limites et conditions des tarifs de remboursement fixés par sa législation, à savoir le droit suisse: art. 25 let. B al. 6 du règlement n° 987/2009. Cette voie nécessite l'accord de la personne assurée.

Dans le cas d'espèce, l'assuré avait directement adressé la facture du prestataire allemand à sa caisse-maladie en Suisse. Le remboursement s'est fait selon l'art. 25 let. B al. 5 du règlement n° 987/2009, soit conformément au droit allemand. Cela signifie que la caisse-maladie suisse de l'assuré a pris en charge les frais selon les tarifs déterminants en Allemagne, déduction faite de la participation aux coûts et des franchises valables dans cet Etat. Pour la fixation du montant à rembourser, elle a demandé les tarifs de remboursement déterminants en Allemagne au moyen du formulaire E 126. Tel qu'il nous a été remis, ce formulaire faisait état d'un montant à rembourser de 534.85 EUR seulement. Or, le médecin-traitant avait adressé une facture de 1'473.18 EUR à l'assuré. La caisse-maladie justifiait le faible montant remboursé en faisant valoir que selon le droit allemand, les prestations effectuées ne s'avéraient pas toutes obligatoires. Nos recherches terminées, nous avons confirmé à l'assuré la conformité du décompte des prestations et avons complété la motivation de la caisse-maladie comme suit:

L'assuré avait omis – de son propre aveu – de présenter sa carte européenne d'assurance maladie (CEAM) au médecin-traitant avant le début du traitement en Allemagne. Cela était pourtant nécessaire pour pouvoir bénéficier des prestations requises au même tarif qu'un ressortissant du pays de séjour. Vu que l'intéressé n'avait pas présenté sa carte, le prestataire a appliqué le tarif privé, et non le tarif social préférentiel, conformément à l'art. 19 al. 1 du règlement n° 883/2004. Cependant, lors du décompte des prestations, l'assureur-maladie suisse s'est fondé – comme d'habitude – sur le tarif social moins élevé. Il s'ensuit que le montant non couvert s'est retrouvé à la charge de l'assuré ou au mieux à la charge de son assurance complémentaire – pour autant qu'il en ait contracté une – s'il existait, conformément aux conditions générales d'assurance, une obligation de prendre en charge ces prestations.

Cas n° 15:

Durant l'année 2013, un couple marié a transféré son domicile de la Suisse vers l'Allemagne. En vue de la coordination entre la Suisse et l'UE de l'obligation de s'assurer prévalant dans le domaine de l'assurance des soins, on applique le principe de la " soumission à la législation du lieu de travail ". L'époux était retraité et touchait une rente de la Suisse. Quant à l'épouse, elle exerçait une activité rémunérée en Suisse. Conformément au principe susmentionné, le couple était donc toujours soumis au régime obligatoire en Suisse. Etant donné que les assurés n'avaient pas fait usage de leur faculté de choisir où il voulaient être assurés et qu'il ne voulaient pas non plus être exemptés de l'obligation de s'assurer en Suisse en faveur de l'Allemagne, leur assurance obligatoire des soins a été maintenue auprès de la caisse-maladie suisse et des primes UE ont été prélevées. Au bout d'un certain temps, les assurés ont connus des difficultés de paiement. La caisse-maladie a alors chargé la société Intrum Justitia International du recouvrement des arriérés. En même temps, elle a infligé aux assurés une suspension de la prise en charge des prestations en vertu de l'art. 64a al. 9 LAMal, en relation avec l'art. 105m al. 2 OAMal. Les assurés n'étaient d'accord avec cette décision.

Nos investigations ont montré que la façon d'agir de la caisse-maladie n'était pas correcte. Dans la mesure où il existe un accord entre la Suisse et l'Allemagne con-

cernant l'entraide administrative en matière de poursuite, c'est l'al. 1 et non l'al. 2 de l'art. 105m OAMal qui est applicable. En conséquence, la caisse-maladie devait engager des poursuites contre la travailleuse frontalière dans le canton du lieu de travail (art. 64a al. 9 LAMal en relation avec l'art. 105m al. 1 let. a ch. 1 OAMal). C'est uniquement dans l'hypothèse où l'épouse aurait été inscrite sur la liste des mauvais payeurs que l'assureur aurait eu la possibilité de suspendre la prise en charge des prestations, sur communication du canton. Par contre, la poursuite contre le retraité aurait dû être engagée par l'organisme de liaison allemand DVK à Bonn. Vu que l'art. 64a al. 7 LAMal n'est pas applicable en ce qui concerne l'époux retraité, conformément à l'art. 64a al. 9 LAMal en relation avec l'art. 105m al. 1 let. b OAMal, aucune suspension de la prise en charge des prestations ne pouvait lui être imposée. Après être intervenu deux fois auprès de l'assureur, l'organe de médiation a considéré que la tentative de conciliation avait échoué, dans la mesure où la caisse-maladie ne voulait pas modifier sa manière de procéder. Nous devons laisser les assurés décider s'ils voulaient encore faire valoir leurs droits par la voie judiciaire.

7.2 *Autres pays en dehors de l'UE*

Cas n° 16:

Pendant des vacances en Thaïlande, une assurée a subi une hémorragie cérébrale, laquelle aurait pu lui être fatale. L'assurance obligatoire des soins a pris en charge les frais de traitement sur place. Cependant, elle refusait de se charger des frais de rapatriement en Suisse, parmi lesquelles elle incluait les coûts liés au transport de l'aéroport de Zürich-Kloten à l'hôpital cantonal du domicile de l'assurée. Du point de vue de l'assureur, le transport à l'intérieur de la Suisse représentait une partie du trajet de rapatriement. L'assurée s'est alors adressée à l'organe de médiation et lui a demandé conseil.

L'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués à l'étranger en cas d'urgence (art. 34 al. 2 LAMal en relation avec l'art. 36 al. 2 OAMal). Par ailleurs, il faut tenir compte du fait que le transport n'est pas un traitement en soi, c'est pourquoi le remboursement des frais qui y sont liés n'est pas envisagé.

Il en va différemment si à l'intérieur de la Suisse le transport ou le sauvetage d'une personne assurée est nécessaire pour des raisons médicales. Dans ce cas, l'assurance obligatoire des soins paie une contribution aux frais en raison du principe de territorialité (art. 25 al. 2 let. g LAMal en relation avec l'art. 26 OPAS, respectivement avec l'art. 27 OPAS).

Dans le cas particulier, la caisse-maladie a refusé à juste titre la prise en charge des frais de rapatriement de la Thaïlande vers la Suisse. Nous étions d'avis qu'elle devait toutefois se charger des frais liés au transport de l'aéroport de Zürich-Kloten vers l'hôpital cantonal du domicile de l'assurée. Au final, ce trajet en ambulance avait eu lieu sur sol suisse et était indiqué et nécessaire d'un point de vue médical. Malgré notre intervention, la caisse-maladie a maintenu son refus de prendre en

charge ces frais, considérant que la prestation litigieuse représentait une partie du trajet de rapatriement dont elle n'avait pas à se charger. Lorsque l'assurée a exigé une décision afin de faire valoir ses droits par la voie judiciaire, la caisse-maladie a alors cédé et a pris en charge les frais litigieux.

8 Cas particuliers

Dans un pays pluriculturel comme la Suisse, on peut attendre d'un assureur-maladie actif au niveau national qu'il soit en mesure de communiquer par oral et par écrit avec ses clients dans les trois langues nationales courantes (allemand, français et italien). Malheureusement, cela n'est pas toujours le cas.

Cas n° 17:

Une dame d'un certain âge venant du Tessin s'est adressée à notre organe de médiation et s'est plainte du fait que sa caisse-maladie ne respectait pas ses promesses. En automne, la caisse-maladie lui avait fait parvenir une lettre concernant les primes 2014, laquelle indiquait que les primes pour l'assurance obligatoire des soins avaient augmenté de façon minimale et que celles pour les assurances complémentaires étaient soit restées les mêmes soit étaient réduites. En outre, la lettre mentionnait qu'il y avait beaucoup d'autres raisons de se sentir entre de bonnes mains auprès d'eux, ce qui était très réjouissant. La phrase qui a donné lieu à la réclamation de l'assurée avait la teneur suivante:

"Vi sono però anche tanti altri motivi per cui potete considerarvi in buon mani con noi: (...); la gratuità delle assicurazioni complementari nel mese di compleanno; (...)".

Pour un assuré de langue maternelle italienne, cela signifie que durant le mois de son anniversaire, il ne doit payer aucune prime. C'est ainsi que l'avait compris l'intéressée venant du Tessin, laquelle n'a pas payé la prime LCA pour le mois d'avril 2014. La caisse-maladie ne voulait rien entendre et a engagé des poursuites contre l'assurée. Celle-ci s'est donc adressée à nous pour savoir si la façon d'agir de son assureur était correcte.

Suite à notre intervention, la caisse-maladie a invoqué une erreur de traduction évidente. Selon elle, il était question du mois de naissance de l'enfant et non du mois durant laquelle on fête chaque année son anniversaire. Selon elle, une interprétation différente ne pouvait se fonder ni sur le contrat d'assurance ni sur les conditions générales d'assurance, c'est pourquoi la caisse-maladie persistait à demander le paiement des primes. Elle ne voulait pas entrer en matière et trouver un arrangement.

Cas n° 18:

Un assuré s'est plaint du fait que sa caisse-maladie, ayant son siège en Suisse allemande, lui faisait parvenir toutes ses communications en allemand, alors qu'il habite en Suisse romande. En réponse à la réclamation de l'intéressé, l'assureur lui a indiqué que le nombre de ses assurés domiciliés en Suisse romande était faible et que cela ne valait donc pas la peine de faire traduire les documents. Nous avons aussi reçu d'autres plaintes similaires de la part d'assurés venant du Tessin et des régions italophones du canton des Grisons.

Il ressort de nos investigations auprès de l'autorité de surveillance compétente que

le point de savoir dans quelle langue un assureur-maladie doit communiquer avec les assurés n'est pas réglementé dans la loi. Pour cette raison, ce sujet ne fait pas l'objet de contrôle.

Par conséquent, l'organe de médiation a renoncé à intervenir auprès de l'assureur.

Lucerne, 13 mai 2015

Morena Hostettler Socha, médiatrice

FONDATION OFFICE DE MÉDIATION DE L'ASSURANCE-MALADIE

Conseil de fondation (état au 31 décembre 2014):

MOSER Markus	Président , docteur en droit, 3172 Niederwangen
BRÄNDLI Christoffel	Vice-président , mag. oec. HSG, anc. conseiller aux Etats, président de santéuisse, 7302 Landquart
D'ANDREA JÄGER Mariantonia	Docteur méd. psychiatrie et psychothérapie, 3007 Bern
DITTLI Nikolai	CEO de la CONCORDIA, 6020 Emmenbrücke
LANGENBERGER Christiane	Ancienne conseillère aux Etats, 1122 Romanel-sur-Morges
MONIGATTI Fabiola	Lic. en droit, LL.M, 7742 Poschiavo
SCHWALLER Urs	Docteur en droit, Conseiller d'Etat, avocat, 1700 Fribourg

Bureau de l'Office de médiation (état au 31 décembre 2014):

HOSTETTLER SOCHA Morena	Médiatrice , lic. en droit, avocate
EIGENSATZ Urs	Expert dipl. en assurance-maladie
FELLMANN Fabienne	MLaw, avocate
GOTTRAUX Isabelle	Lic. en droit, juriste
LINIGER Eliane	Expert dipl. en assurance-maladie
LORÉTAN Charles	Expert dipl. en assurance-maladie
SCHERRER Hans-Thomas	Lic. en droit, juriste et secrétaire
SCHMID Jasmin	MLaw, juriste
WÜRMLI Barbara	MLaw, juriste

Contact

Par écrit:

Office de médiation de l'assurance-maladie

Morgartenstrasse 9, CP 3565

6002 Lucerne

Fax:	041 226 10 13
Website:	www.om-kv.ch (avec formulaire de contact)

De vive voix:

Permanence téléphonique du lundi au vendredi entre 09.00 – 11.30 heures:

en allemand:	041 226 10 10
en français:	041 226 10 11
en italien:	041 226 10 12