

Réforme de l'assurance maladie

Modalités de prise en charge des soins en Suisse

Suite à la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie, les frontaliers assurés en régime plénier privé vont basculer dans l'assurance française entre le 1^{er} juin 2014 et le 31 mai 2015. De nombreuses questions se posent concernant la prise en charge des soins en Suisse.

Avertissement

Cet article ne concerne que les prestations du régime d'assurance maladie de base des frontaliers (Sécurité sociale sans les complémentaires). Toute prise en charge de frais de soins par la France, y compris ceux effectués en Suisse, nécessite que les pathologies soient prévues par la législation française.



Les soins inopinés ou urgents au cours d'un séjour temporaire en Suisse

Personnes concernées : tous les assurés sociaux et leurs ayants droit

Il s'agit d'une règle de droit communautaire selon laquelle toute personne assurée sociale dans son Etat d'origine peut bénéficier, dans un Etat membre de l'UE, EEE ou en Suisse, de soins médicalement nécessaires qui lui permettent de terminer son séjour temporaire. Afin de faciliter la prise en charge des soins, l'intéressé utilisera sa carte européenne d'assurance maladie (CEAM). Cette carte est à demander à la CPAM lors de l'affiliation. Elle permet la dispense d'avance des frais et doit être utilisée si l'hôpital est reconnu par la LAMal.

Exemple : un frontalier a un problème médical sur son lieu de travail qui le conduit à consulter un médecin en Suisse. S'il a été admis dans une institution qui pratique le tiers payant, il n'aura pas à s'acquitter de la facture. Cette dernière sera prise en charge par les institutions suisses, dans les mêmes conditions de remboursement réservées aux assurés LAMal. Le frontalier

devra s'acquitter d'une franchise mensuelle (CHF 92 pour un adulte et 33 pour un enfant). S'il est admis à l'hôpital, le séjour hospitalier sera pris en charge par la LAMal. Une participation aux frais hospitaliers de 15 CHF/jour est prévue pour tous les adultes à partir de 26 ans. Cette participation aux coûts n'est pas perçue en cas de prestations de maternité.

S'il a fait l'avance des frais de soins, il transmet sa facture :

- à l'institution commune LAMal (Gibelinstrasse 25 Case postale CH-4503 Soleure +41 (0)32 625 30 30) avec copie de sa carte européenne d'assurance maladie et son RIB. Il sera remboursé sur la base des tarifs LAMal moins la franchise.

Ou à :

- la CPAM, accompagnée d'un formulaire spécifique « soins reçus à l'étranger » (S 3125 b). Le dossier est transmis au Centre national des soins à l'étranger (CNSE) qui remboursera la prestation sur la base des tarifs qui lui sont indiqués par la LAMal. Le frontalier devra s'acquitter de la franchise de CHF 92 ou 33 et pourra éventuellement supporter une participation supplémentaire au coût. L'assuré peut demander à être remboursé au tarif français de Sécurité sociale si les modalités de remboursement sont plus intéressantes. Ce sera le cas pour des soins reçus en Suisse qui ne sont pas remboursés au titre de la LAMal (dentaires par exemple.)

Les soins programmés en Suisse

Personnes concernées : tous les assurés sociaux et leurs ayants droit.

Il s'agit de soins planifiés à l'avance qui, au sens du Règlement communautaire, concernent les soins qui requièrent au moins une nuit d'hospitalisation ou des soins qui nécessitent le recours à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux (IRM, scanner, traitement du cancer, etc.).

Ces soins ne sont pris en charge que sur autorisation préalable du service médical de la CPAM : formulaire S2 « *droit aux soins programmés* ». Pour obtenir ce formulaire, l'assuré doit adresser sa demande accompagnée d'un certificat médical du médecin traitant auprès du médecin conseil de la Sécurité sociale. La

CPAM lui adresse une réponse dans un délai compatible avec le degré d'urgence et au plus tard, 14 jours après la réception de la demande. En absence de réponse à l'issue de ce délai, l'autorisation est réputée accordée.

L'autorisation préalable est délivrée lorsque les conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- La prise en charge des soins est prévue par la réglementation française ;
- Les soins sont appropriés à l'état de santé de l'assuré ;
- Un traitement identique ne peut pas être obtenu en temps opportun en France.

Les soins sont remboursés dans les mêmes conditions que pour les soins urgents ou inopinés durant le séjour, mais sur présentation du formulaire S2 et non de la CEAM.

Les soins lourds programmés initiés en Suisse

Personnes concernées : travailleurs frontaliers, anciens frontaliers au bénéfice exclusif d'une pension suisse, ayants droit

Il s'agit de soins lourds programmés qui ont débuté en Suisse alors que le frontalier ou ses ayants droit étaient couverts par une assurance privée et qui se poursuivent à partir de l'affiliation au régime d'assurance maladie français.

✓ Les soins initiés en lien avec une affection de longue durée (ALD)

Exemple : traitement du cancer, dialyse

Les intéressés doivent se rapprocher de la CPAM pour bénéficier des dispositions législatives relatives à la prise en charge d'une ALD en France. En cas de reconnaissance de l'ALD, un formulaire S2 est délivré à l'assuré pour les soins en rapport avec l'ALD, y compris les soins de suivis. Pour les soins circonscrits dans le temps (ex. cancer), la prise en charge des soins poursuivis en Suisse se fera jusqu'au terme prévu par le protocole. Si les soins ne sont pas circonscrits (ex. dialyse), la durée de prise en charge en Suisse sera appréciée par le médecin conseil de l'assurance maladie, en fonction de l'offre locale de soins.

Le remboursement est effectué directement sur la base des tarifs suisses ou, sur demande de l'assuré, sur la base des tarifs français de la sécurité sociale.

✓ Les soins initiés qui ne sont pas en lien avec une ALD

Exemple : IRM de contrôle.

Les intéressés doivent se rapprocher de la CPAM pour signaler leur situation. En cas d'avis favorable administratif ou médical ces soins pourront être poursuivis sans qu'un formulaire S2 ne soit délivré à l'assuré. La demande de remboursement ne peut se faire qu'auprès de la CPAM sur la base des tarifs français ou suisse.

Les soins ambulatoires non urgents effectués en Suisse (soins courants)

✓ Le frontalier actif

Les négociations menées par le GTE auprès du Gouvernement concernant la prise en charge des soins en Suisse, ont abouti à une tolérance importante accordée au frontalier actif (contrat de travail en cours) et inscrite dans la circulaire. Les frontaliers en activité peuvent bénéficier de soins ambulatoires non urgents en Suisse, hors hospitalisation, sans autorisation préalable de la CPAM à condition qu'ils soient effectués en marge du travail, c'est-à-dire pendant la semaine de travail. Ces soins seront remboursés, soit sur la base LAMal, soit sur la base française.

Soins à venir

Exemple : un frontalier travaille en Suisse du lundi au vendredi. Il prend rendez-vous chez un médecin un mardi, après sa journée de travail. Pour des consultations, il n'y a, en général, pas de tiers payant. Le frontalier règle donc sa consultation et la transmet à la CPAM en utilisant le formulaire S 3125b (téléchargeable sur www.ameli.fr). La CPAM lui remboursera les soins sur la base suisse à condition que ces derniers soient reconnus par la législation française. Le frontalier devra s'acquitter d'une franchise mensuelle (CHF 92 pour un adulte). A l'identique des modalités de remboursement dans le cadre des soins urgents ou nécessaires pendant le séjour, le frontalier peut demander à être remboursé sur la base française.

Soins initiés

Sont concernés les soins qui n'ont pas le caractère de soins programmés lourds et qui ne sont pas en lien avec une ALD (par exemple séances de kinésithérapie prescrites médicalement). Si les soins courants ne sont pas programmés en marge du travail du frontalier, le remboursement des soins se fera uniquement sur la base des tarifs français (exemple : RV chez un médecin en Suisse le samedi, si ce jour se trouve en dehors de la semaine de travail).

✓ Les rentiers et les ayants droit

Soins à venir

Ils n'ont pas droit au remboursement des soins ambulatoires non urgents effectués en Suisse (égalité de traitement avec tout assuré social en France - Pas de lien de travail avec la Suisse).

Soins initiés

Nous avons contacté le ministère pour que les soins débutés en Suisse, prescrits, pris en charge par l'assurance privée puissent être poursuivis par les ayants droit et les rentiers du seul régime suisse à la suite du passage à l'assurance maladie française. Au moment où nous rédigeons cet article, nous sommes dans l'attente d'une réponse.