

Les prestations de l'assurance maladie obligatoire. Partie 2

Autor(en): **Métraiiller, Guy**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Généralions : aînés**

Band (Jahr): **30 (2000)**

Heft 5

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-826432>

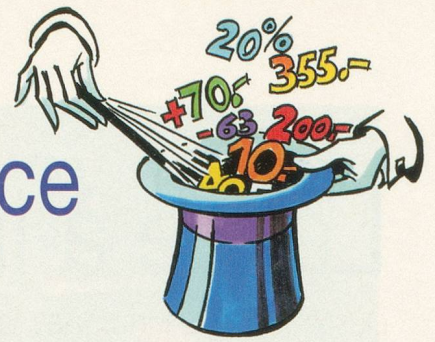
Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Les prestations de l'assurance maladie obligatoire (2)



Après avoir vu, le mois dernier, qui décide des prestations fournies par l'assurance maladie obligatoire (aos), voici le catalogue de ces prestations, le même pour toutes les caisses maladies.

Frais de médecin et de chiropraticien. L'ensemble des frais doivent être pris en charge, mais une annexe de l'ordonnance sur les prestations (OPAS) fournit des précisions en indiquant quelles sont celles dont l'aos garantit que les coûts sont pris en charge sans conditions, sous certaines conditions (par exemple l'IRM), ou ne sont pas pris en charge. En ce qui concerne la psychothérapie, des limites sont fixées. L'OPAS indique aussi quels sont les médicaments, les analyses et les moyens et appareils que les chiropraticiens peuvent prescrire à la charge de l'aos.

Analyses et médicaments (*). Une liste d'analyses et deux listes de médicaments, la Liste des Médicaments et Tarifs (LMT) et la Liste des Spécialités font foi.

Physiothérapie (*). L'OPAS indique la liste des soins. Des règles déterminent le nombre de séances.

Ergothérapie (*). Elle est prise en charge si elle procure à l'assuré, en cas

d'affections somatiques, grâce à une amélioration des fonctions corporelles, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie. Elle l'est aussi si elle est effectuée dans le cadre d'un traitement psychiatrique. Des règles déterminent le nombre de séances.

Soins à domicile ou en EMS (*). L'OPAS indique la liste des soins.

Conseils nutritionnels (*). L'OPAS indique pour quelles maladies les assurés ont droit à des conseils diététiques. Règles concernant le nombre de séances.

Conseils aux diabétiques (*). L'OPAS indique quels sont les prestations reconnus. Règles concernant le nombre de séances.

Logopédie – orthophonie (*). Elle est prise en charge pour les patients souffrant de troubles du langage et de la parole, de l'articulation, de la voix ou du débit à la suite d'affections dont la liste est fournie par l'OPAS. Règles concernant le nombre de séances.

Mesures de prévention. Selon liste de l'OPAS. Elle concerne aussi bien des examens pour les enfants que des vaccinations et les mammographies, sous certaines conditions.

Soins dentaires. L'assurance prend en charge les soins occasionnés par les maladies graves et non évitables du système de la mastication et par d'autres maladies graves ou leurs séquelles et nécessaires à leur traitement ou nécessaires pour permettre de réaliser et de garantir certains traitements médicaux. L'OPAS indique la liste des affections et des traitements.

L'assurance prend également en charge les coûts des traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales (selon liste OPAS) lorsque ces traitements sont nécessaires après la 20^e année, ou lorsque ces traitements sont nécessaires avant la 20^e année pour un assuré soumis à la loi fédérale sur l'assurance maladie mais pas assuré par l'assurance invalidité.

Moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques (*). L'OPAS fournit la liste avec indication des prix maximums.

Frais de cure balnéaire (*). Contribution de Fr. 10.- par jour, au maximum pendant 21 jours par année civile.

Frais de transport. Sont pris en charge 50% des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé. Au maximum Fr. 500.- par année civile.

Frais de sauvetage. En Suisse, 50% des frais sont pris en charge. Au maximum, Fr. 5000.- par année civile.

Frais de séjour en division générale d'un hôpital (*). En plus de la participation aux coûts, l'assuré doit payer une contribution de Fr. 10.- par jour, sauf s'il vit en ménage commun avec une ou plusieurs personnes avec lesquelles il a une relation relevant du droit de la famille ou s'il s'agit d'une accouchée.

Prestations à l'étranger. Sont pris en charge: les coûts des soins qui ne peuvent être fournis en Suisse (selon décision du Département fédéral de l'Intérieur); les coûts des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré qui séjourne temporairement à l'étranger nécessite un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement.

Les prestations précitées et les traitements effectués à l'étranger pour les frontaliers, les travailleurs détachés et les personnes occupées par un service public, ainsi que pour les membres de leur famille sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait été effectué en Suisse.

Sont également pris en charge les coûts d'un accouchement ayant eu lieu à l'étranger, lorsqu'il constitue le seul moyen de procurer à l'enfant la nationalité de la mère ou du père, ou lorsque l'enfant serait apatride s'il était né en Suisse. Dans ce cas, le remboursement est limité au maximum à ce qui aurait été payé en Suisse.

Attention: pour tous les frais suivis d'un (*), la prise en charge est subordonnée à une prescription médicale ou, dans certains cas, à celle d'un chiropraticien.

Guy Métrailler

ECRIVEZ-NOUS!

Vous avez des questions à poser concernant les assurances sociales, l'AVS ou les caisses maladie? N'hésitez pas à nous écrire. Vos lettres seront transmises à notre spécialiste, qui se fera un plaisir d'y répondre. Discretion assurée.

Magazine GÉNÉRATIONS, rédaction, case postale 2633, 1002 Lausanne