

Application des tarifs: Bon à savoir

Partie 6, newsletter d'août 2022

Aider les patient·e·s en cas de litige avec leur assurance

En cas de litige entre les assuré·e·s et leur caisse-maladie, les physiothérapeutes peuvent attirer l'attention de leurs patient·e·s sur les différents moyens de clarifier les choses.

L'Office de médiation de l'assurance-maladie est le premier point de contact en cas de problème entre les patient·e·s et leur caisse-maladie. Cet organisme traite les problèmes entre les assuré·e·s et leur caisse-maladie, examine de manière neutre les droits et obligations des parties et œuvre pour une résolution équitable des conflits. Il est compétent en présence d'un contrat dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins ou de l'assurance complémentaire. Il s'occupe aussi d'autres sujets, tels que le changement d'assurance-maladie, les prestations (en cas de maladie ou d'accident, le cas échéant), les primes et la participation aux coûts, la protection des données et bien plus encore. En 2021, 77 % des demandes adressées aux assurances par l'Office de médiation de l'assurance-maladie ont abouti et ce dernier a pu obtenir une décision allant dans le sens des patient·e·s. L'Office de médiation ne peut plus intervenir lorsque les patient·e·s sont représenté·e·s par un avocat ou lorsqu'ils·elles ont mis en marche la machine juridique (voir ci-dessous).

Recours juridique

Si l'Office de médiation de l'assurance-maladie ne permet pas d'aboutir à une solution, les patient·e·s peuvent demander à leur assurance une décision formelle indiquant les motifs de son refus, ainsi qu'une [voie de recours](#)¹. S'ils ne sont pas d'accord avec les motifs de la décision, ils·elles peuvent faire opposition auprès de l'assurance-maladie dans un délai de 30 jours. L'assurance doit alors rendre une décision sur opposition motivée dans un délai raisonnable, qui est à nouveau assortie d'une indication des voies de recours.

La décision sur opposition peut être portée devant le tribunal cantonal des assurances (art. 56 et suivants de la LPGA). Le Tribunal fédéral peut être saisi en dernière instance dans un délai de 30 jours à compter de la décision du tribunal cantonal des assurances. Ces procédures sont gratuites, sauf exception.

Dans la zone réservée aux membres du site Web de Physioswiss, vous trouverez un [flyer d'informations](#) à remettre à vos patient·e·s si nécessaire.

¹ Informations sur les modalités de contestation de la décision.

Les patient·e·s sont des client·e·s de la caisse-maladie

En tant qu'assuré·e·s, les patient·e·s sont des «client·e·s» de la caisse-maladie. Par conséquent, ils·elles peuvent également intervenir, dans certaines circonstances, en cas de conflit entre un thérapeute et une caisse-maladie. Si le traitement de physiothérapie ou la poursuite de ce dernier est retardé en raison de l'absence ou du refus de garantie de prise en charge des coûts ou en cas de difficultés liées à la prise en charge des prestations, les patient·e·s peuvent également s'entretenir personnellement avec leur caisse-maladie. De plus, en Suisse, il est possible de choisir librement sa caisse-maladie pour l'assurance obligatoire des soins et d'en changer jusqu'au 30 novembre de chaque année, sans aucune restriction. Un tel changement peut s'avérer intéressant si les services proposés ne sont pas satisfaisants.

Bon à savoir

«Bon à savoir» est une série d'informations utiles de notre newsletter mensuelle, consacrée à l'application des tarifs et aux difficultés qu'elle peut engendrer. Elle traite de questions qui préoccupent nos membres et auxquelles notre équipe Tarif apporte des réponses au quotidien.