

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction de la sécurité sociale

Division des affaires communautaires
et internationales (DACI)

SD5-5B bureau de la législation financière

SD2-2A bureau de la couverture maladie universelle
et prestations de santé

Circulaire DSS/DACI/5B/2A n° 2014-147 du 23 mai 2014 relative à l'intégration dans le régime général de sécurité sociale des frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse et à leur accès aux soins

NOR : AFSS1410663C

Date d'application : 1^{er} juin 2014.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente circulaire précise les modalités de l'intégration, à compter du 1^{er} juin 2014, dans le régime général de sécurité sociale des personnes mentionnées à l'article L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale: il s'agit des résidents fiscaux en France qui travaillent en Suisse ou sont titulaires de pensions ou de rentes suisses et qui, sur leur demande, ne sont pas affiliés à l'assurance maladie obligatoire en Suisse (LAMal), en vertu des dispositions de l'accord du 21 juin 1999 entre l'Union européenne et la Suisse sur la libre circulation, et notamment son annexe II, qui étend la coordination communautaire de sécurité sociale à la Suisse (application du règlement n° 883/2004 avec des aménagements particuliers). L'affiliation à l'assurance maladie française des frontaliers de la Suisse permet la prise en charge des prestations en nature (remboursements de soins de santé) de l'assurance maladie et maternité. Les assurés et leurs ayants droit ont alors la possibilité de recevoir des soins de santé en France ou en Suisse.

Mots clés : frontaliers suisses – sécurité sociale – cotisations – accès aux soins.

Références :

- Décret n° 2014-516 du 22 mai 2014 relatif aux modalités de liquidation et de recouvrement de la cotisation maladie due par les personnes affiliées au régime général sur critère de résidence et à diverses dispositions relatives aux soins dispensés hors de France (JO du 23 mai 2014) ;
- Décret n° 2014-517 du 22 mai 2014 relatif au taux et aux modalités de calcul de la cotisation maladie due par les personnes affiliées au régime général sur critère de résidence (JO du 23 mai 2014).

Annexes :

- Annexe 1. – Règles d'affiliation à l'assurance maladie française et d'assujettissement des travailleurs frontaliers de la Suisse et des titulaires de pensions ou de rentes suisses résidant en France et non affiliés à l'assurance maladie suisse.
- Annexe 2. – Accès aux soins des travailleurs frontaliers de la Suisse et des titulaires de pensions ou de rentes suisses, résidant en France et affiliés à l'assurance maladie française.

Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'État chargé du budget à Monsieur le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS); Monsieur le directeur général de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS);

Monsieur le directeur général de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA); Monsieur le directeur du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS); Mesdames et Messieurs les préfets de région; Mesdames et Messieurs les préfets de département (pour information); Mesdames et Messieurs les chefs de la cellule nationale et des antennes interrégionales de la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC) (pour information).

En principe, les personnes qui exercent une activité salariée ou non salariée sont soumises à la législation de l'État dans lequel elles exercent leur activité, conformément aux règles européennes.

Toutefois, à titre dérogatoire, les personnes qui résident en France et travaillent en Suisse peuvent faire usage d'un droit d'option pour leur couverture maladie (prestations en nature), prévu dans le cadre de l'accord de libre circulation entre la Communauté européenne et la Suisse signé le 21 juin 1999; ces personnes ainsi que les membres de leur famille non actifs admis comme tels par la législation française peuvent sur demande être exemptés de l'assurance maladie obligatoire en Suisse (LAMal) s'ils prouvent qu'ils bénéficient d'une couverture maladie équivalente en France, comme prévu à la lettre *b* du point 3 sous « Suisse » de l'annexe XI du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Ce droit d'option concerne également les titulaires de pensions et rentes suisses qui résident en France.

Jusqu'au 31 mai 2014, la couverture maladie en France pouvait être acquise soit par l'affiliation au régime général de sécurité sociale, soit par une assurance privée en France. Introduit en 2002 pour une période limitée à sept ans et prorogé en 2006 d'une durée supplémentaire de cinq ans, ce droit d'option prend fin le 1^{er} juin 2014. Dorénavant, les frontaliers ayant opté pour une couverture maladie en France sont affiliés au régime général français de sécurité sociale.

Afin de faciliter le bon déroulement de l'intégration au régime général, l'affiliation des frontaliers se fera progressivement, à partir du 1^{er} juin 2014, à la date d'échéance des contrats d'assurance privée et au plus tard le 31 mai 2015. Dans ces conditions :

- aucun nouveau contrat d'assurance privée ne peut être conclu après la date du 1^{er} juin 2014;
- tout avenant conclu à partir du 1^{er} juin 2014 sera sans effet;
- dans tous les cas, les contrats et avenants conclus avant le 1^{er} juin 2014 ne peuvent pas étendre la durée du contrat au-delà du 1^{er} juin 2015.

Les frontaliers sont redevables d'une cotisation prévue à l'article L.380-3-1 du code de la sécurité sociale calculée sur la base du revenu fiscal de référence. Du 1^{er} juin 2014 au 1^{er} janvier 2016, le taux de ladite cotisation est établi à 6 %. À partir du 1^{er} janvier 2016, ce taux est établi à 8 % (voir fiche annexe 1).

S'agissant des prestations en nature qui seront prises en charge pour des soins de santé intervenus en Suisse, les règles européennes en vigueur s'appliquent, c'est-à-dire :

- le règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et son règlement d'application (CE) n° 987/2009;
- la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

L'application de ces règles dans le contexte franco-suisse est précisée en annexe (voir fiche annexe 2).

J'attire en particulier votre attention sur les mesures prises pour tenir compte de la situation spécifique des frontaliers qui travaillent en Suisse et résident en France, en vue de garantir la continuité des soins en Suisse.

Vous voudrez bien assurer une diffusion aussi large que possible de cette circulaire et me tenir informé de son application. À cet effet, la CNAMTS et l'ACOSS m'adresseront un compte rendu trimestriel sur la mise en œuvre du dispositif.

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME

ANNEXE 1

RÈGLES D’AFFILIATION À L’ASSURANCE MALADIE FRANÇAISE ET D’ASSUJETTISSEMENT DES TRAVAILLEURS FRONTALIERS DE LA SUISSE ET DES TITULAIRES DE PENSIONS OU DE RENTES SUISSES RÉSIDANT EN FRANCE ET NON AFFILIÉS À L’ASSURANCE MALADIE SUISSE

1. Champ d’application

La présente annexe s’applique aux personnes mentionnées à l’article L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale : il s’agit des résidents fiscaux en France qui travaillent en Suisse ou sont titulaires de pensions ou de rentes suisses et qui, sur leur demande, ne sont pas affiliés à l’assurance maladie obligatoire en Suisse (LAMal), en vertu des dispositions de l’accord du 21 juin 1999 entre l’Union européenne et la Suisse sur la libre circulation, et notamment son annexe II, qui étend la coordination communautaire de sécurité sociale à la Suisse (application du règlement n° 883/2004 avec des aménagements particuliers).

2. Affiliation des travailleurs frontaliers de la Suisse et des titulaires de pensions ou de rentes suisses à l’assurance maladie française

2.1. L’obligation d’affiliation à l’assurance maladie française

En application des dispositions de l’accord du 21 juin 1999 précité entré en vigueur le 1^{er} juin 2002, les personnes mentionnées au point 1 de la présente annexe sont affiliées à l’assurance maladie obligatoire en Suisse et peuvent, à titre dérogatoire, opter pour le régime d’assurance maladie obligatoire en France. Dans ce cas, elles peuvent choisir entre une couverture maladie privée et une affiliation au régime général de la sécurité sociale. Cette possibilité prendra fin au 31 mai 2014. À compter du 1^{er} juin 2014, les personnes mentionnées au point 1 ne pourront plus être couvertes par une couverture maladie privée et seront obligatoirement affiliées à l’assurance maladie française.

Cette fin du choix au profit d’une assurance privée à compter du 1^{er} juin 2014 ne constitue pas une modalité de réouverture du droit d’option entre l’assurance maladie française et l’assurance maladie suisse.

2.2. Modalités d’affiliation à l’assurance maladie française

2.2.1. Personnes exerçant leur droit d’option franco-suisse avant le 1^{er} juin 2014

Personnes affiliées à l’assurance maladie française avant le 1^{er} juin 2014

Les droits au regard de l’assurance maladie française des personnes mentionnées au point 1 qui ont choisi d’être affiliées à l’assurance maladie française avant le 1^{er} juin 2014 sont inchangés. À compter de cette date, ces personnes demeurent affiliées au régime général français sur critère de résidence dans les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale, sous réserve d’un éventuel changement de situation rouvrant leur droit d’option franco-suisse.

Personnes titulaires d’un contrat d’assurance maladie privé conclu avant le 1^{er} juin 2014

Les personnes mentionnées au point 1 ayant souscrit un contrat d’assurance maladie privé avant le 1^{er} juin 2014 devront être obligatoirement affiliées pour leur couverture de base à l’assurance maladie française dans les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale à compter de cette même date.

Par dérogation, il est admis que cette affiliation obligatoire n’intervienne qu’au lendemain de la date d’échéance annuelle des contrats d’assurance privée, soit au plus tard à compter du 1^{er} juin 2015. Tout contrat ou avenant conclu avant le 1^{er} juin 2014 ne peut étendre la durée du contrat d’assurance privée pour la protection sociale de base au-delà du 1^{er} juin 2015. Tout nouveau contrat ou avenant conclu après le 1^{er} juin 2014 visant à prolonger les effets d’un contrat sera sans effet.

Les titulaires d’un contrat d’assurance privé peuvent demander à tout moment leur affiliation à l’assurance maladie française, y compris avant le 1^{er} juin 2014 ou avant l’échéance annuelle dudit contrat. Cette option est irrévocable.

Avant le 1^{er} juin 2014 et avant la date d'échéance annuelle du contrat d'assurance privée, il est recommandé de se rapprocher de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du lieu de résidence qui procédera à une préaffiliation à l'assurance maladie française afin de faciliter les démarches des intéressés. Cette préaffiliation permettra de réaliser les démarches d'affiliation en amont de la date d'échéance du contrat et de déclencher l'ouverture des droits à la date d'affiliation.

2.2.2. Personnes exerçant leur droit d'option franco-suisse à compter du 1^{er} juin 2014

Les personnes qui souhaitent opter pour l'assurance maladie française doivent se rapprocher de la CPAM du lieu de leur résidence et des autorités suisses compétentes dans un délai de trois mois à compter du jour où elles sont soumises au régime suisse de sécurité sociale ou bien, pour celles ne résidant pas antérieurement en France, à compter du premier jour de domiciliation en France.

Cette démarche s'articule autour de deux étapes qui doivent être exercées simultanément :

- ces personnes sont invitées à remplir un formulaire de demande d'affiliation auprès de l'assurance maladie française et à le déposer auprès de la CPAM de leur lieu de résidence (le formulaire étant disponible sur le site ameli.fr). L'affiliation prend effet à compter de la date de cette demande ;
- dans le même temps, elles doivent remplir un deuxième formulaire de déclaration de leur choix pour l'assurance maladie française, sur lequel la CPAM compétente doit apposer son cachet, et qui doit être déposé par l'assuré auprès de l'autorité cantonale suisse compétente. Ce formulaire atteste du refus exprès de l'assuré d'être affilié à l'assurance maladie suisse et de sa volonté d'être affilié en France. Ce formulaire est disponible sur le site ameli.fr. La demande vaut également pour les membres de la famille non actifs.

Ce formulaire doit être déposé auprès de l'autorité cantonale compétente en matière d'assurance maladie du lieu de travail en ce qui concerne les travailleurs frontaliers et les membres de leurs familles, et auprès de l'institution commune LAMal en ce qui concerne les titulaires de rentes suisses et leurs membres de famille. Ce dépôt ne doit pas être interprété comme une affiliation automatique auprès de l'assurance maladie française, mais comme une demande de ne pas être affilié auprès d'un assureur suisse, lorsque tous les réquisits légaux sont remplis. Tant qu'une personne n'est pas affiliée auprès de l'assurance maladie française, elle reste obligatoirement assurée en Suisse.

3. Rattachement des ayants droit

Les personnes qui exercent leur droit d'option au profit d'une affiliation à l'assurance maladie française peuvent également demander le rattachement de personnes à leur charge en tant qu'ayant droit afin que celles-ci puissent également bénéficier des prestations de l'assurance maladie. Il s'agit du conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, des enfants jusqu'à un certain âge, des ascendants, descendants, collatéraux et alliés jusqu'au troisième degré sous certaines conditions ou d'un cohabitant à charge.

La demande de rattachement en tant qu'ayant droit doit être faite au moyen du formulaire de demande d'affiliation susmentionné. Pour tout renseignement complémentaire, il est recommandé de se rapprocher de la CPAM du lieu de résidence.

4. Assujettissement à cotisation maladie des travailleurs frontaliers de la Suisse et des titulaires de pensions ou de rentes suisses

Les personnes mentionnées au point 1 affiliées à l'assurance maladie française dans les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale sont redevables d'une cotisation d'assurance maladie due à compter de la date d'affiliation jusqu'au dernier jour de ladite affiliation.

4.1. Règles générales

La cotisation est individuelle : elle est due pour chaque assuré auquel peuvent être rattachés des ayants droit (*cf.* point 3 ci-dessus). Ainsi, dans le cas d'un foyer composé de deux travailleurs frontaliers de la Suisse, deux cotisations sont dues.

La cotisation est annuelle : elle couvre une période de douze mois.

Actuellement, cette période annuelle n'est pas alignée sur l'année civile (période allant du 30 septembre au 1^{er} octobre). Dans un objectif de simplification, il sera procédé à cet alignement à compter de 2016 : pour la période courant à compter du 1^{er} janvier 2016, les personnes mentionnées au point 1 affiliées à l'assurance maladie française, quelle que soit leur date d'affiliation, seront redevables d'une cotisation calculée sur l'année civile, dont le montant sera proratisé à raison de leur durée d'affiliation selon les modalités précisées au point 4.2.

Toutefois, pour la période allant jusqu'au 1^{er} janvier 2016, il y a lieu d'appliquer les dispositions transitoires ci-après :

- personnes affiliées avant le 1^{er} juin 2014 : la cotisation annuelle calculée pour la période allant du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2014 reste due (elle est calculée au taux de 8 % sur le RFR 2012, *cf.* ci-après). À l'issue de cette période, une cotisation sera due pour la période allant du 1^{er} octobre 2014 au 31 décembre 2015 (elle est calculée au taux de 6 % sur le RFR 2013, *cf.* ci-après) ;
- personnes affiliées à compter du 1^{er} juin 2014 : une cotisation est due pour la période allant du premier jour de l'affiliation (soit au plus tôt le 1^{er} juin 2014) au 30 septembre 2014 (elle est calculée au taux de 6 % sur le RFR 2012, *cf.* ci-après). À partir du 1^{er} octobre 2014, une cotisation sera due pour l'ensemble de la période transitoire allant du 1^{er} octobre 2014 au 31 décembre 2015 (elle est calculée au taux de 6 % sur le RFR 2013, *cf.* ci-après).

La cotisation maladie est due à compter de la date d'affiliation au régime général et cesse d'être due à compter de la date de fin de cette affiliation. Une proratisation est effectuée selon les règles précisées au point 4.2.

Exemple 1 : un travailleur frontalier de la Suisse depuis 2012 a demandé son affiliation à l'assurance maladie française avant le 1^{er} juin 2014. Il est redevable d'une cotisation maladie calculée jusqu'au 30 septembre 2014. À compter du 1^{er} octobre 2014, sa cotisation sera calculée pour la période du 1^{er} octobre 2014 au 31 décembre 2015. Par la suite, la cotisation maladie sera due pour chaque année civile.

Exemple 2 : un travailleur frontalier est titulaire d'un contrat d'assurance maladie privé de base qui arrive à échéance au 31 décembre 2014. Il peut demander son affiliation à l'assurance maladie française à compter du 1^{er} juin 2014 et résilier son contrat d'assurance. Dans ce cas, il sera redevable d'une cotisation calculée pour la période du 1^{er} juin au 30 septembre 2014, puis d'une cotisation calculée sur la période du 1^{er} octobre 2014 au 31 décembre 2015. Par la suite, la cotisation maladie sera due pour chaque année civile.

S'il préfère n'être affilié au régime général français qu'à compter de la date d'échéance de son contrat, soit à partir du 1^{er} janvier 2015, sa cotisation maladie sera calculée sur la période allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015.

4.2. Assiette et calcul de la cotisation

La cotisation maladie est calculée sur le revenu fiscal de référence (RFR) abattu d'un montant forfaitaire annuel correspondant au montant du plafond de la couverture maladie universelle prévu aux articles L. 380-2 et D. 380-4 du code de la sécurité sociale (dit « plafond CMU »). Cet abattement est revalorisé par arrêté chaque année civile. Il est égal à 9 534 € pour la période du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2014. À compter du 1^{er} octobre 2014, il est égal à 9 601 €. L'abattement est doublé dans le cas d'un foyer fiscal constitué de deux frontaliers.

Le RFR pris en compte est celui de l'avant-dernière année civile précédant l'année au titre de laquelle la cotisation est calculée. Ainsi, par exemple, la cotisation maladie due au titre de l'année 2016 (soit du 1^{er} janvier au 31 décembre 2016) sera calculée sur la base du revenu fiscal de référence 2014.

En cas de déclaration commune au sein d'un même foyer fiscal, l'assiette retenue est le RFR du seul frontalier affilié en France lorsque le foyer ne comporte qu'un seul frontalier affilié en France, ou bien, lorsque le foyer est composé de plusieurs frontaliers affiliés en France, la part du RFR qui peut être attribuée à chaque frontalier affilié en France.

En cas de revenus communs au ménage et lorsque les revenus de l'époux ou du partenaire de pacte civil de solidarité ne sont pas individualisés (ce qui est le cas en pratique des revenus du patrimoine), la part de ces revenus revenant au frontalier affilié en France est égale à la moitié de ces revenus. Toutefois, si le frontalier était titulaire d'une part inférieure ou supérieure à la moitié de ces revenus, il lui appartient d'apporter dans les meilleurs délais au Centre national des travailleurs frontaliers en Suisse (CNTFS) compétent (*cf.* point 5) tout élément utile permettant de déterminer la part exacte qui lui revient. Il en va de même pour les mesures de réduction ou d'abattement d'impôts éventuellement attachées à ces revenus.

Le montant de la cotisation est proratisé en cas de période d'affiliation différente de l'année.

À titre transitoire, pour le calcul de la cotisation due pour la période transitoire de cinq trimestres allant du 1^{er} octobre 2014 au 31 décembre 2015 :

- le RFR retenu est celui de l'année 2013 ;
- il est déduit du RFR le plafond annuel, conformément aux dispositions de l'article D. 380-4 du code de la sécurité sociale ;

- le taux de cotisation appliqué est de 6 % ;
- la cotisation est proratisée si la durée d’affiliation est infra ou supra-annuelle.

Exemple 3: la cotisation due par M. X pour la période du 1^{er} octobre 2014 au 31 décembre 2015 sera égale à :

$$[(\text{RFR de l'année 2013} - \text{montant du plafond CMU}) \times 6 \%] \times 5/4$$

Soit, pour un RFR au titre de l’année 2013 égal à 45 000 €, une cotisation de :

$$[(45\,000 - 9\,601) \times 6 \%] \times 5/4 = 2\,655 \text{ €}$$

À compter du 1^{er} janvier 2016 et pour une année d’affiliation complète, la cotisation sera calculée ainsi :

$$(\text{RFR de l'année 2014} - \text{montant du plafond CMU}) \times 8 \%$$

Exemple 4: M. Z. signe un contrat de travail en Suisse prenant effet à compter du 18 juillet 2015 et décide d’être affilié en France. Sa cotisation maladie est alors calculée pour la période du 18 juillet au 31 décembre 2015, soit 167 jours. Son montant sera égal à :

$$[(\text{RFR de l'année 2013} - \text{montant du plafond CMU}) \times 6 \%] \\ \times \frac{\text{nombre de jours entre le 18 juillet et le 31 décembre}}{\text{nombre total de jours dans l'année}}$$

Soit, pour un RFR au titre de 2013 égal à 40 000 € :

$$[(40\,000 - 9\,601) \times (167/365)] \times 6 \% = 835 \text{ €}$$

À compter du 1^{er} janvier 2016 et pour une année d’affiliation complète, la cotisation sera calculée ainsi :

$$(\text{RFR de l'année 2014} - \text{montant du plafond CMU}) \times 8 \%$$

4.3. Taux

Jusqu’au 31 décembre 2015, le taux de la cotisation est fixé à 6 % :

- à partir du 1^{er} juin 2014 pour les assurés nouvellement affiliés à l’assurance maladie à partir du 1^{er} juin 2014 ;
- à partir du 1^{er} octobre 2014 pour tous les assurés affiliés à l’assurance maladie française au cours de cette période, y compris pour ceux affiliés antérieurement au 1^{er} juin 2014. La nouvelle réglementation est sans incidence sur le montant de la cotisation qui a été calculée en octobre 2013 selon les règles alors en vigueur. En effet, pour ces derniers, la cotisation maladie, bien qu’elle soit payée trimestriellement, est annuelle et a été, de ce fait, calculée pour la période indivisible du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2014. En revanche, il conviendra d’appliquer le taux réduit de 6 % pour la cotisation due pour la période transitoire allant du 1^{er} octobre 2014 au 31 décembre 2015.

À compter du 1^{er} janvier 2016 et pour toutes les personnes affiliées au régime général sur critère de résidence, le taux de la cotisation est fixé à 8 %.

5. Recouvrement et paiement

Deux CNTFS sont constitués au sein du réseau URSSAF pour assurer le calcul, l’encaissement et les procédures de recouvrement des cotisations dues par les personnes mentionnées au point 1. Au sein de l’URSSAF de Rhône-Alpes, le CNTFS du site d’Annecy assure la gestion des résidents fiscaux dans les départements de la région Rhône-Alpes. Au sein de l’URSSAF de Franche-Comté, le CNTFS du site de Belfort-Montbéliard assure la gestion des résidents fiscaux dans les autres départements de France métropolitaine.

Les CPAM communiquent aux CNTFS la liste des personnes affiliées à l’assurance maladie française afin que ces organismes puissent calculer le montant de la cotisation maladie. Les personnes exonérées du paiement de la cotisation (les bénéficiaires de la CMU-C ou de l’ACS ou du RSA socle) ne figurent pas dans cette liste.

À compter du 1^{er} octobre 2014, les éléments de revenus de chaque assuré sont communiqués annuellement à l’ACOSS par l’administration fiscale.

De manière subsidiaire et si l’administration fiscale ne peut transmettre ces éléments à l’ACOSS, les CNTFS adressent sans délai un modèle de déclaration de ressources aux personnes affiliées à l’assurance maladie. Les assurés concernés disposent alors d’un mois pour compléter et retourner leur déclaration au CNTFS compétent. Cette déclaration peut être réalisée par voie dématérialisée.

La cotisation maladie est calculée, sur la base de ces éléments, pour chaque personne affiliée par le CNTFS territorialement compétent. Conformément à l'article L.130-1 du code de la sécurité sociale, les montants de la cotisation et de l'assiette sont arrondis à l'euro le plus proche.

La cotisation maladie annuelle est recouvrée par le CNTFS territorialement compétent.

La cotisation fait l'objet d'un paiement en euros et trimestriel par l'assuré, au plus tard au dernier jour ouvré de chaque trimestre civil.

Toutefois, si l'affiliation intervient au cours du dernier mois d'un trimestre civil (c'est-à-dire au cours du mois de mars, de juin, de septembre ou de décembre), la cotisation due pour la période courant de la date d'affiliation à la fin du trimestre civil en cours fait l'objet d'un versement le trimestre civil suivant et au plus tard le dernier jour dudit trimestre. Ce montant s'additionnera donc à celui dû au cours du trimestre civil suivant.

À la demande de l'assuré, le paiement peut être effectué par voie dématérialisée. À la demande de l'assuré également, le paiement peut être mensuel, au plus tard le dernier jour ouvré de chaque mois civil, mais, dans ce cas, le paiement est obligatoirement effectué par voie dématérialisée.

En cas de retard de paiement de la cotisation, l'article R.380-4 du code de la sécurité sociale prévoit l'application des majorations de retard précisées aux deux premiers alinéas de l'article R.243-18 du même code, à savoir: une majoration de 5 % du montant des cotisations qui n'ont pas été versées aux dates limites d'exigibilité à laquelle s'ajoute une majoration de 0,4 % du montant de la cotisation due par mois ou fraction de mois écoulé à compter de la date d'exigibilité de la cotisation. Ces majorations sont également applicables dans le cadre de la taxation d'office.

6. Taxation d'office

Lorsque les éléments de revenus n'ont pas été communiqués par l'assuré, la cotisation est calculée forfaitairement. L'assiette de la cotisation est alors égale à cinq fois le montant du plafond annuel de sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle la taxation est notifiée.

La notification de cette taxation d'office est réalisée par le CNTFS compétent.

Si l'assuré déclare ultérieurement ses revenus permettant de calculer le montant réel de sa cotisation, le CNTFS recalcule le montant de la cotisation maladie sur la base des éléments de revenus déclarés. L'assiette est toutefois majorée de 10 % pour retard de déclaration des revenus.

ANNEXE 2

ACCÈS AUX SOINS DES TRAVAILLEURS FRONTALIERS DE LA SUISSE ET DES TITULAIRES DE PENSIONS OU DE RENTES SUISSES, RÉSIDANT EN FRANCE ET AFFILIÉS À L'ASSURANCE MALADIE FRANÇAISE

Les personnes qui travaillent en Suisse et sont affiliées en France à l'assurance maladie sur critère de résidence ont la possibilité de se faire soigner en France ou en Suisse.

L'option franco-suisse en matière d'assurance maladie concerne exclusivement les prestations en nature de l'assurance maladie ou maternité, c'est-à-dire les remboursements de soins, à l'exclusion des prestations en espèces de l'assurance maladie ou maternité qui relèvent de la législation suisse.

Toutes les autres prestations (au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles, de l'invalidité ainsi que la perte de gains liée à la maladie ou la maternité) relèvent de la législation applicable en Suisse. Par ailleurs, en cas d'accident non professionnel, le frontalier doit déclarer l'accident auprès de son employeur en Suisse.

Pour les soins de santé en France en cas de maladie ou de maternité, la prise en charge par l'assurance maladie française se fait selon les mêmes conditions et taux de remboursement que les autres assurés sociaux.

Pour les soins de santé en Suisse en cas de maladie ou de maternité, la prise en charge se fait dans le cadre de la réglementation européenne et des procédures existantes qui permettent un remboursement des soins de santé en Suisse pour les personnes affiliées à la sécurité sociale en France.

Les dispositions des règlements européens (CE) n° 883/2004 et 987/2009 de coordination des systèmes de sécurité sociale sont applicables à la Suisse depuis le 1^{er} avril 2012.

Ces règles figurent aux articles R.332-3 à R.332-6 du code de la sécurité sociale, tels que modifiés par le décret n° 2014-516 du 22 mai 2014 relatif aux modalités de liquidation et de recouvrement de la cotisation maladie due par les personnes affiliées au régime général sur critère de résidence et à diverses dispositions relatives aux soins dispensés hors de France.

Les dispositions de ce décret (article 1^{er}) en matière de soins de santé hors de France ne concernent pas spécifiquement les frontaliers suisses mais clarifient les dispositions nationales de portée générale pour tenir compte de l'évolution des textes européens. Ce décret permet en effet d'actualiser les dispositions desdits articles R.332-3 à R.332-6 pour tenir compte de certaines dispositions du règlement (CE) n° 883/2004 et de l'application depuis le 25 octobre 2013 de la directive 2011/24/UE relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

Il est possible de se faire soigner en Suisse dans les cas de figure suivants :

- pour recevoir des soins inopinés ou urgents au cours d'un séjour temporaire en Suisse (point 2);
- en cas de déplacement en Suisse dans le but de recevoir des soins, les soins sont dits « programmés » et requièrent une autorisation préalable de la caisse primaire d'assurance maladie compétente (point 3).

Enfin, afin de permettre aux frontaliers de bénéficier d'une continuité des soins en Suisse, des dispositions particulières ont été adoptées par le Gouvernement français.

1. La possibilité de choisir un médecin traitant en France ou en Suisse

Les frontaliers ont la possibilité de choisir un médecin traitant en France ou en Suisse afin de bénéficier du parcours de soins et de bénéficier d'un meilleur remboursement. Pour cela, un conventionnement spécifique avec les professionnels de santé intéressés, comprenant les engagements minimaux que les médecins traitants suisses doivent respecter, est nécessaire.

1.1. Le parcours de soins coordonnés

Le dispositif du parcours de soins coordonnés par un médecin traitant est applicable à tout assuré d'un régime français d'assurance maladie, qui réside en France.

Le patient peut choisir un médecin traitant en France ou en Suisse, sans être pénalisé en termes de remboursement de soins. Lorsque le patient n'a pas de médecin traitant déclaré ou s'il ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, il est moins bien remboursé par sa caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

Pour être reconnu comme médecin traitant par la CPAM, le professionnel de santé établi dans un autre État doit légalement exercer son activité dans son État d'installation et accepter de jouer pleinement le rôle de médecin traitant pour le compte d'un assuré d'un régime français. Pour cela, un conventionnement spécifique entre la CPAM et les professionnels de santé intéressés, comprenant les engagements minimaux que les médecins traitants suisses doivent respecter, est nécessaire.

1.2. Le rôle du médecin traitant dans le dispositif d'accord préalable pour certains actes ou traitements

La prise en charge de certains actes ou traitements médicaux, qu'ils soient réalisés en France ou dans un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse, nécessite d'obtenir l'accord préalable de la CPAM. Ce dispositif est prévu par la législation française (articles L. 315-1 et L. 315-2 du code de la sécurité sociale).

Le médecin traitant établit la demande d'accord préalable (il existe des formulaires spécifiques sur le site Internet de l'assurance maladie¹) et la remet au patient, qui doit la compléter puis l'adresser au service médical de sa CPAM. La CPAM dispose d'un délai de quinze jours à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable pour se prononcer. L'absence de réponse dans ce délai vaut acceptation.

Un tel accord et une prescription médicale sont nécessaires pour la prise en charge des actes visés à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire :

- les traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF) ;
- les actes de masso-kinésithérapie dans le cadre des situations de rééducation soumises à référentiel ;
- certains examens et analyses de laboratoire ;
- certains appareillages médicaux.

Pour le remboursement des frais de transport, l'assuré doit fournir dans tous les cas une prescription médicale à sa CPAM et, lorsque cela est nécessaire, un accord préalable. Un tel accord est nécessaire pour :

- les transports sur de longue distance (plus de 150 km) ;
- les transports en série (au moins quatre transports de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement) ;
- les transports en avion ou en bateau de ligne régulière.

S'agissant du remboursement des autres frais de transport que ceux susmentionnés, une prescription médicale est nécessaire mais il n'y a pas d'accord préalable à demander pour :

- les transports liés à une hospitalisation (entrée et/ou sortie de l'hôpital), quelle que soit la durée de l'hospitalisation (complète, partielle ou ambulatoire) ;
- les transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée (ALD) et présentant une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports ;
- les transports en ambulance, lorsque l'état du patient nécessite d'être allongé ou sous surveillance.

À noter que les frais de transport en lien avec des soins ayant fait l'objet d'une autorisation préalable S2 peuvent faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie française (voir point 3).

1.3. La reconnaissance des prescriptions médicales

Il existe un principe général d'acceptation des prescriptions : le fait que le professionnel de santé prescripteur ne soit pas inscrit à un ordre français ne constitue pas un motif pour ne pas reconnaître une prescription établie hors de France.

Toute délivrance de prescription effectuée par un pharmacien en France doit se faire conformément aux dispositions du code de la santé publique. Aussi le pharmacien n'est habilité à délivrer en France que des médicaments qui y sont autorisés.

¹ http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/l-accord-prealable/accord-prealable-mode-d-emploi_moselle.php.

Enfin, le remboursement par l'assurance maladie française de soins prescrits par un médecin établi en Suisse est possible. La prescription médicale correspondante doit être jointe à la demande de remboursement.

2. La prise en charge des soins inopinés ou urgents en Suisse

Dans le cadre des règlements (CE) n° 883/2004 et n° 987/2009, toute personne assurée sociale dans son État d'origine peut bénéficier dans les autres États membres de l'Union européenne, de l'EEE ou en Suisse des soins qui lui permettent de terminer son séjour temporaire dans des conditions médicales sûres.

Aussi les personnes assurées et leurs ayants droit ont la possibilité de bénéficier de tous les soins qui s'avèrent médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire dans un autre État membre de l'Union européenne, de l'EEE ou en Suisse.

2.1. Définition des soins concernés

Les « soins médicalement nécessaires en cas de séjour temporaire » incluent tous les soins qui s'avèrent nécessaires du point de vue médical afin que la personne assurée ou son ayant droit ne soit pas contrainte de rejoindre, avant la fin de la durée prévue de son séjour, son État de résidence pour y recevoir le traitement nécessaire.

Il s'agit de soins qui ne peuvent pas faire l'objet d'une programmation et ne sont donc pas soumis à autorisation préalable de la CPAM de l'intéressé : ils s'appliquent aux personnes qui, lors d'un séjour touristique ou pour tout autre motif, notamment professionnel, dans un autre État membre tombent malades ou se blessent et doivent donc être soignées dans cet État. S'agissant des frontaliers, il s'agit des soins reçus en marge de leur travail en Suisse.

Sont ainsi visés l'ensemble des soins inopinés ou urgents :

- qu'ils soient en rapport avec une affection soudaine ; ou
- qu'ils soient liés à une pathologie préexistante et connue de l'assuré telle qu'une maladie chronique, ou liés à la grossesse et à l'accouchement.

Sont également considérés comme tels les soins urgents en lien avec une affection de longue durée, par exemple une dialyse qui serait réalisée dans une situation d'urgence.

2.2. Présentation de la carte européenne d'assurance maladie (CEAM)

La CEAM est indispensable pour faciliter la prise en charge des soins inopinés ou urgents des assurés et de leurs ayants droit dans un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse.

Cette carte permet d'attester des droits à l'assurance maladie française mais ne dispense pas l'intéressé d'avancer les frais (le tiers payant ne fonctionne qu'avec certains hôpitaux publics dans les autres États membres de l'UE, de l'EEE ou en Suisse). En Suisse, le patient fait l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé, comme en France, et également dans les pharmacies. L'hospitalisation en Suisse se fait normalement sur prescription du médecin et, dans ce cas, il n'y a pas d'avance de frais par le patient si l'hôpital est reconnu par l'assurance maladie suisse (LAMal).

La CEAM est individuelle et nominative. Chaque membre de la famille doit avoir la sienne, y compris les ayants droit de moins de 16 ans.

Elle est délivrée dans un délai de quinze jours sur demande de l'intéressé auprès de sa CPAM ou directement en ligne sur le site Internet de l'assurance maladie². Elle est renouvelable sur simple demande de l'intéressé.

Aucun document justificatif n'est à fournir lors de la demande de CEAM. Si la CEAM n'a pas été demandée à temps, l'intéressé peut obtenir sans délai, auprès de sa CPAM, un certificat provisoire de remplacement (CPR), d'une durée de validité de trois mois, qui a la même valeur que la CEAM. Ce certificat peut être demandé depuis le lieu de séjour hors de France.

Il est particulièrement recommandé aux frontaliers d'utiliser leur CEAM pour les soins inopinés ou urgents en Suisse, car, dans le cas contraire, les soins hospitaliers en Suisse peuvent leur être facturés aux tarifs applicables aux patients étrangers, donc beaucoup plus onéreux.

² www.ameli.fr : « mon compte AMELI/rubrique mes demandes ».

3. La prise en charge de soins programmés en Suisse

Pour obtenir le remboursement par l'assurance maladie française des soins programmés en Suisse, le frontalier doit demander une autorisation préalable à sa CPAM, avant de faire réaliser ses soins ou ceux de ses ayants droit, conformément à l'article 20 du règlement (CE) n° 883/2004, tel que repris à l'article R.332-4 du code de la sécurité sociale.

Lorsque les conditions requises sont réunies, la CPAM délivre à l'assuré une autorisation préalable sous la forme d'un formulaire S2 « droit aux soins programmés ». En l'absence d'une telle autorisation préalable, les soins programmés ne peuvent pas faire l'objet d'un remboursement par la CPAM.

À noter que la CEAM ne doit pas être utilisée pour les soins programmés. Son utilisation est limitée aux soins inopinés ou urgents. C'est le formulaire S2 qui permet la prise en charge des soins programmés.

3.1. Définition des soins programmés

Les soins programmés sont ceux que le patient planifie à l'avance et qui constituent la raison principale du déplacement dans un autre État membre de l'UE, de l'EEE ou en Suisse.

Constituent des soins programmés au sens des règlements européens :

- les soins qui requièrent au moins une nuit dans un établissement de soins, c'est-à-dire les soins hospitaliers, y compris les soins de suite et les cures thermales avec hospitalisation ; ou
 - les soins nécessitant le recours à des infrastructures ou à des équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux, qui figurent sur une liste établie par arrêté ministériel. Les soins dont il s'agit sont les suivants :
- 1° Les soins requérant les équipements matériels lourds mentionnés à l'article R.6122-26 du code de la santé publique tels que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou le scanner ;
 - 2° Les interventions sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ;
 - 3° Les interventions par voie endovasculaire en neuroradiologie ;
 - 4° Les interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ou tout autre acte d'ophtalmologie pratiqué en secteur opératoire ;
 - 5° La libération du canal carpien et d'autres nerfs superficiels en ambulatoire ainsi que les autres interventions sur la main pratiquées en secteur opératoire ;
 - 6° Le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
 - 7° Le traitement du cancer ;
 - 8° L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ;
 - 9° Les soins cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal.

3.2. Demande d'autorisation préalable (formulaire S2)

La personne assurée ou l'ayant droit qui souhaite se rendre en Suisse pour se faire soigner doit présenter au prestataire de soins établi en Suisse une autorisation préalable de soins (formulaire S2 « droit aux soins médicaux programmés ») remise par la CPAM.

3.2.1. La demande à effectuer auprès de la CPAM

Pour des soins en Suisse, le frontalier doit adresser sa demande de formulaire S2 auprès du médecin-conseil du service médical de sa CPAM de résidence. La demande doit être accompagnée d'un certificat médical établi par le médecin traitant précisant la pathologie, les soins qui doivent être pratiqués et les motifs médicaux nécessitant leur réalisation en Suisse, ainsi que la date de début et la date de fin des soins ou leur durée.

3.2.2. La notification de la décision de la CPAM dans les quatorze jours

La décision d'autorisation ou de refus d'autorisation prise par la CPAM est notifiée à l'intéressé dans un délai compatible avec le degré d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et, au plus tard, quatorze jours après la réception de la demande. En l'absence de réponse à l'expiration de ce délai, l'autorisation est réputée accordée.

L'autorisation est délivrée par la CPAM lorsque les conditions (cumulatives) suivantes sont réunies, conformément à l'article R.332-4 du code de la sécurité sociale :

- la prise en charge des soins est prévue par la réglementation française ;

- lorsque les soins envisagés sont appropriés à l'état du patient;
- un traitement identique ou présentant le même degré d'efficacité ne peut pas être obtenu en temps opportun en France.

S'agissant des frais de transport depuis la Suisse, leur prise en charge ne requiert pas en tant que telle de formulaire S2 dès lors que les soins auxquels ces frais se rapportent ont eux-mêmes fait l'objet d'une autorisation S2. En revanche, leur prise en charge requiert dans certains cas un accord préalable au sens de la législation française (*cf.* point 1).

4. La possibilité de bénéficier de soins ambulatoires non urgents, en Suisse, sans autorisation préalable

Les frontaliers peuvent bénéficier d'un remboursement des soins ambulatoires non urgents en Suisse, hors hospitalisation complète (par exemple, l'achat d'optique sur prescription médicale), sans autorisation préalable de la CPAM.

Ces soins leur sont remboursés par l'assurance maladie sur la base des tarifs français (voir point 6.2).

En dehors de cette mesure spécifique, il est rappelé que la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne en matière de libre circulation des services (notamment la jurisprudence Kohll et Decker) permettant à un assuré de bénéficier d'un remboursement des soins ambulatoires par son État d'affiliation sans autorisation préalable de son organisme d'assurance maladie n'est pas applicable dans la relation franco-suisse. La directive 2011/24/UE, relative aux soins transfrontaliers qui intègre cette jurisprudence, n'est pas non plus applicable à la Suisse, qui ne l'a pas reprise à ce jour.

5. La possibilité de poursuivre des soins lourds initiés avant l'affiliation à l'assurance maladie

Les soins lourds initiés par le frontalier ou son ayant droit avant l'échéance de son contrat d'assurance privée mais réalisés postérieurement à cette date pourront être poursuivis. Sont concernés tous les soins programmés en lien avec une affection de longue durée (ALD) ainsi que les autres soins programmés, normalement soumis à autorisation préalable, qui ont été initiés avant l'affiliation à l'assurance maladie française. La prise en charge portera sur les soins réalisés à compter de l'affiliation à l'assurance maladie française. Les soins prodigués au cours d'un séjour hospitalier sont remboursés par la CPAM au prorata des journées d'hospitalisation à compter de la date d'affiliation à l'assurance maladie.

Les frontaliers concernés sont invités à se rapprocher des interlocuteurs locaux (CPAM et service médical de l'échelon local) désignés pour favoriser les échanges avec les assureurs, notamment sur certaines situations médicales, et préserver la continuité des soins.

Pour bénéficier de la prise en charge par l'assurance maladie française des soins initiés, il est nécessaire que la demande de remboursement soit accompagnée des justificatifs suivants :

- un certificat médical établi par le médecin traitant :
 - précisant la pathologie, les motifs médicaux nécessitant la réalisation d'autres soins en Suisse, ainsi que la date de début et la date de fin de ces soins ou leur durée ;
 - et attestant que des soins en lien avec cette pathologie ont bien été initiés antérieurement à la date d'échéance du contrat d'assurance ;
- la ou les factures de soins correspondantes.

Le remboursement des soins initiés est effectué directement sur la base des factures de soins, sans le formulaire de demande de remboursement S3125b qui n'est pas requis pour ce type de soins.

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

Les personnes concernées par une affection de longue durée sont invitées à prendre l'attache du service du contrôle médical de leur CPAM afin de bénéficier des dispositions de la législation française afférentes à la prise en charge des ALD³.

Pour permettre la reconnaissance de l'ALD, un protocole de soins doit être établi par le médecin traitant de l'assuré, en lien avec le médecin-conseil de l'assurance maladie.

³ Il s'agit principalement des dispositions des articles L.322-3 et suivants, L.324-1 et suivants, R.324-1 et suivants et D.322-1 et suivants du code de la sécurité sociale. (http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/les-affections-de-longue-duree/qu-est-ce-qu-une-affection-de-longue-duree/les-ald-exonerantes_rhone.php.)

L'assurance maladie délivre un formulaire S2 afin de permettre la poursuite de prise en charge des soins en lien avec l'ALD et le remboursement des factures correspondantes.

Pour les soins itératifs tels que les dialyses, la durée de prise en charge est appréciée par le médecin-conseil de l'assurance maladie, au regard de la situation locale en termes d'offre de soins et du souhait du patient de pouvoir continuer à bénéficier de soins initiés en Suisse antérieurement au terme de son contrat d'assurance privée, sous réserve que ces soins soient prévus par la législation française.

Le service du contrôle médical de la CPAM examine la conformité de la demande aux justificatifs susmentionnés puis l'assurance maladie procède au paiement de la facture. En cas de non-conformité de la demande, la CPAM délivre un refus de prise en charge ou un refus d'ordre médical.

5.2. *Les autres soins programmés*

Les autres soins lourds concernent les soins programmés, initiés avant l'affiliation à l'assurance maladie en France, qui ne sont pas en lien avec une ALD. Ils peuvent être poursuivis et pris en charge sous certaines conditions, bien qu'ils n'aient pas fait l'objet d'une autorisation préalable S2.

Le service du contrôle médical de la CPAM examine la conformité de la demande aux justificatifs susmentionnés puis l'assurance maladie procède au paiement de la facture. En cas de non-conformité de la demande, la CPAM délivre un refus de prise en charge ou un refus d'ordre médical.

6. Les modalités et tarifs de remboursement

En Suisse, le patient fait l'avance des frais chez la plupart des médecins comme en France et également dans les pharmacies.

Les soins inopinés et les soins programmés sont remboursés à l'assuré social sur la base du tarif du lieu de soin ou, en cas d'accord de l'assuré, sur la base des tarifs français de la sécurité sociale.

6.1. *Soins inopinés ou urgents et soins programmés: application des tarifs de remboursement suisses ou français au choix de l'intéressé*

Si l'assuré a fait l'avance des frais de soins, il est remboursé à son retour en France par sa CPAM d'affiliation sur présentation des factures acquittées et d'un formulaire spécifique n° S3125 « soins reçus à l'étranger », disponible sur le site AMELI⁴.

En application des règlements européens, l'assuré est remboursé par son organisme d'assurance maladie en priorité suivant les tarifs de l'État où les soins ont été reçus.

C'est pourquoi, lorsque l'assuré d'un régime français reçoit des soins en Suisse, la CPAM le rembourse sur la base des tarifs suisses de la LAMal. Toutefois, conformément aux mêmes règlements européens, l'assuré peut demander à être remboursé au tarif français de la sécurité sociale, en particulier si les modalités de remboursement prévues par la législation française sont plus favorables.

Concernant les soins médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire (soins inopinés ou urgents), lorsque la législation suisse prévoit leur remboursement, la CPAM doit les prendre en charge sur la base des tarifs du lieu de séjour, à moins que l'intéressé demande que lui soient appliquées les limites et conditions tarifaires fixées par la législation de l'État compétent. En l'absence de tarif de remboursement prévu par la législation française, il est fait application de celui du pays de séjour.

En revanche, si la législation suisse ne prévoit pas le remboursement des soins, la CPAM peut les rembourser sans l'accord de la personne assurée dans les limites et conditions tarifaires fixées par sa législation (article 25, § 7, du règlement [CE] n° 987/2004).

Si l'assuré a fait le choix de l'application de la législation de l'État de séjour et donc des tarifs suisses, la CPAM demande à l'institution suisse de la LAMal le montant qu'elle aurait remboursé si l'assuré s'était adressé à elle durant le séjour. En Suisse, la participation aux coûts est perçue sous forme d'un forfait. Ce dernier s'élève actuellement à 92 francs suisses (soit 75 €) pour les adultes et à 33 francs suisses (soit 27 €) pour les enfants jusqu'à l'âge révolu de 18 ans par période de traitement de trente jours. En cas de séjours hospitaliers ou de réhabilitation, il est prélevé, en complément à la participation aux coûts, une participation aux frais hospitaliers d'un montant de 15 francs suisses (12 €) par jour auprès de tous les adultes à partir de 26 ans. Aucune participation aux coûts n'est perçue pour les prestations en cas de maternité.

⁴ Formulaire S3125 « soins reçus à l'étranger », disponible sur le site AMELI : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3125.pdf.

Si l'assuré a demandé à bénéficier d'un remboursement selon la législation française, la CPAM examine la demande de remboursement comme si les soins avaient été reçus en France, sans que le montant du remboursement puisse excéder le montant des dépenses qui ont été réellement engagées. La CPAM vérifie en particulier que les conditions prévues par la réglementation française en matière de remboursement sont satisfaites, comme par exemple l'exigence d'une prescription médicale pour les médicaments. Elle procède ensuite, s'il y a lieu, au remboursement sur la base des tarifs applicables. L'assuré sera alors remboursé sur la base des tarifs de la sécurité sociale française. S'agissant des affections de longue durée (ALD), il existe des conditions de remboursement spécifiques (jusqu'à 100 %).

*6.2. Remboursement des soins ambulatoires non urgents,
uniquement sur la base des tarifs français*

Les soins ambulatoires non urgents dont bénéficient les frontaliers sont remboursés par la CPAM uniquement selon les modalités prévues par la législation française (pas d'option possible pour les tarifs de l'État dans lequel les soins ont été réalisés) (*cf.* point 4).