

Nouveaux-nés : quelle assurance ?

par Jean-François Steiert, conseiller national, vice-président de la Fédération suisse des patients

« Mon épouse est enceinte au sixième mois, et nous souhaitons savoir si nous devons annoncer notre futur enfant à notre caisse-maladie avant la naissance pour couvrir les frais d'hôpital liés à la naissance. Par ailleurs, l'enfant doit-il être affilié à la même caisse-maladie que la mère ? »

La loi fédérale sur l'assurance-maladie prévoit, à son article 3 alinéa 1, que chaque personne domiciliée en Suisse doit s'affilier auprès d'une caisse-maladie pour l'assurance-maladie obligatoire dans les trois mois après avoir pris son domicile en Suisse ou, pour un nouveau-né, dans les trois mois après sa naissance, par son représentant légal. L'assurance prend effet à partir de l'établissement du domicile en Suisse ou, pour le nouveau-né, rétroactivement à la date de la naissance – sauf si l'annonce se fait après le délai de trois mois : il n'y alors pas d'effet rétroactif, avec le risque de soins non couverts que cela comporte. En cas d'inscription tardive, l'assuré doit en outre s'acquitter d'un supplément de prime de 30 à 50% de la prime, en fonction de la situation financière de l'assuré, pendant une période équivalant au double de la durée du retard d'affiliation. Le supplément peut être inférieur à 30% s'il « met l'assuré dans la gêne ». Il n'est pas perçu lorsque les primes sont prises en charge par l'autorité compétente d'aide sociale.

Il n'y a donc aucune obligation d'annoncer un enfant à venir avant sa naissance, mais il est possible de le faire, ce qui est d'ailleurs assez courant et permet de se décharger à temps d'une démarche administrative. Quel que soit le moment de l'annonce faite dans le cadre du délai légal (c.a.d. jusqu'à trois mois après la naissance), l'affiliation vaut à partir du jour de la naissance. Si le nouveau-né est en bonne santé, ce point n'est pas essentiel, dans la mesure où l'ensemble des coûts d'une maternité qui se déroule sans difficultés particulières est pris en charge par l'assureur de la mère. En revanche, en cas de problèmes de santé du nouveau-né, les frais de séjour et de soins hospitaliers sont couverts par l'assureur du nouveau-né. Enfin, le contrat d'assurance porte toujours sur un mois complet : un assureur peut facturer le mois de janvier complet pour un enfant né le 28 janvier, ou le mois de février complet pour une personne décédée ou ayant quitté le pays le 2 février. Il peut aussi y renoncer : la pratique sur ce point change d'un assureur à l'autre.

Une famille, plusieurs assureurs

En ce qui concerne votre deuxième question, la réponse est simple : la loi permet d'assurer chaque membre de la famille auprès d'un assureur distinct. Cela ne pose aucun problème en pratique, à une exception près : en ce qui concerne la part des frais de santé à charge de l'assuré (franchise + quote-part de dix pour cent jusqu'à un montant annuel de 700.- fr.) la loi précise en effet que plusieurs enfants d'une même famille payent ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte. Une famille avec plusieurs enfants a donc intérêt à assurer tous ses enfants auprès du même assureur.