

Conditions générales d'assurance conformément à la loi sur l'assurance-maladie (CGA/LAMal)

Édition 1.1.2019

Sommaire

But de l'assurance

I. Fondements de l'assurance

- Art. 1 Assureur
- Art. 2 Fondements juridiques

II. Personnes assurées

- Art. 3 Admission

III. Début, fin et suspension de l'assurance

- Art. 4 Début et fin de l'assurance
- Art. 5 Changement d'assureur
- Art. 6 Changement en cas de formes particulières d'assurance
- Art. 7 Suspension

IV. Primes et participation aux coûts

- Art. 8 Primes
- Art. 9 Participation aux coûts
- Art. 10 Retard de paiement

V. Prestations

- Art. 11 Prestations assurées
- Art. 12 Prestations à l'étranger
- Art. 13 Subsidiarité et surindemnisation
- Art. 14 Cession et compensation
- Art. 15 Carte d'assuré

VI. Obligations d'informer et de collaborer

- Art. 16 Généralités
- Art. 17 Obligations de réduire les dommages

VII. Voies de recours

- Art. 18 Voies de recours

VIII. Protection et traitement des données

- Art. 19 Protection et traitement des données

IX. Dispositions diverses

- Art. 20 Interprétation
- Art. 21 Entrée en vigueur

Pour des raisons de lisibilité, nous avons renoncé à utiliser simultanément les formes masculines et féminines. Toutes les désignations de personnes s'appliquent tant aux hommes qu'aux femmes.

Conditions générales d'assurance conformément à la loi sur l'assurance-maladie (CGA/LAMal)

But de l'assurance

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les frais de diagnostic et de traitement en cas de maladie, d'accident ou de maternité dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). L'assurance d'indemnités journalières couvre une perte de gain dans le respect des prescriptions de la loi fédérale.

I. Fondements de l'assurance

Art. 1 Assureur

1. Les présentes Conditions générales d'assurance (CGA/LAMal) sont valables lorsque l'assureur est EGK Assurances de Base SA.
2. Le terme «assureur» désigne donc systématiquement EGK Assurances de Base SA.

Art. 2 Fondements juridiques

1. Les fondements juridiques de l'assurance des soins et de l'assurance d'indemnités journalières sont la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et ses dispositions d'exécution ainsi que les CGA/LAMal et les éventuelles conditions complémentaires d'assurance. Le droit fédéral et celui cantonal prévalent sur les présentes CGA/LAMal.
2. Les présentes CGA/LAMal sont applicables en l'absence de dispositions de teneur contraire stipulées dans les conditions complémentaires d'assurance pour les formes particulières d'assurance ou l'assurance facultative d'indemnités journalières.
3. Les présentes CGA/LAMal sont uniquement applicables aux assurances des soins et des indemnités journalières selon la LAMal gérées par l'assureur.

II. Personnes assurées

Art. 3 Admission

1. Toute personne physique domiciliée en Suisse est en droit de conclure l'assurance obligatoire des soins auprès de l'assureur ou de lui soumettre une proposition pour la conclusion d'une assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal. D'autres personnes peuvent également s'assurer si la LAMal le prévoit. L'application des accords bilatéraux CH-UE/AELE demeure réservée.
2. L'adhésion doit être déclarée par écrit et munie d'une signature valable. Si la personne assurée n'a pas l'exercice des droits civils, la déclaration doit être signée par son représentant légal.

3. Le formulaire de proposition et les autres questionnaires déterminants pour la conclusion doivent être remplis de façon complète et véridique. Tous les documents nécessaires à l'admission à l'assurance doivent être remis à l'assureur.
4. L'assurance couvre les personnes désignées dans la police d'assurance.

III. Début, fin et suspension de l'assurance

Art. 4 Début et fin de l'assurance

1. Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer – ou de faire assurer par l'intermédiaire de son représentant légal – pour les soins en cas de maladie dans les trois mois qui suivent son établissement ou sa naissance en Suisse. Si l'adhésion d'une personne assurée a lieu dans les délais prévus par l'art. 3 LAMal, l'assurance prend effet à la date de la naissance ou de l'établissement dans la région d'activité de l'assureur. Les dispositions relatives aux personnes qui satisfont aux conditions de l'art. 3, al. 2 et 3, LAMal demeurent réservées.
2. En cas d'adhésion tardive, l'assurance prend effet à la date de l'adhésion et un supplément de prime est prélevé selon l'art. 5 al. 2 LAMal. La durée de prélèvement du supplément de prime correspond au double de la durée du retard, sans toutefois excéder 5 ans. Le montant du supplément de prime se situe entre 30 % et 50 % de la prime. L'assureur fixe le supplément en tenant compte de la situation financière de la personne assurée. Si le paiement du supplément met en difficulté la personne assurée, l'assureur fixe un taux inférieur à 30%.
3. L'assurance prend fin:
 - 3.1 à la suite d'une résiliation écrite valable envoyée dans les délais prévus;
 - 3.2 en cas de décès;
 - 3.3 lors du déménagement en dehors du domaine d'activité de l'assureur.
 - 3.4 L'assurance d'indemnités journalières prend fin en cas d'épuisement des droits ou d'exclusion de l'assurance par l'assureur.
 - 3.4.1 Il peut y avoir exclusion de l'assurance d'indemnités journalières en cas de comportement abusif ou inexcusable de la part de la personne assurée et si le maintien de l'assurance d'indemnités journalières ne peut être raisonnablement exigé de la part de l'assureur. La personne assurée doit être informée au préalable de cette sanction.

Conditions générales d'assurance conformément à la loi sur l'assurance-maladie (CGA/LAMal)

3.4.2 Sont notamment considérés comme relevant d'un comportement abusif les cas suivants:

- proposition d'assurance comportant des déclarations non véridiques,
- manquement illégal ou grave à des prescriptions médicales,
- retard de paiement des primes après sommation infructueuse.

Art. 5 Changement d'assureur

1. La personne assurée a la possibilité de changer d'assureur pour s'affilier à une autre société d'assurance pour le 30 juin ou le 31 décembre ou, dans le cas de formes particulières d'assurance (p. ex. avec libre choix de la franchise annuelle ou choix limité des fournisseurs de prestations), pour le 31 décembre uniquement. Elle doit communiquer ce changement par écrit moyennant un délai de préavis de trois mois.
2. Lors de la communication de la nouvelle prime, la personne assurée a la possibilité de changer d'assureur, moyennant un délai de préavis d'un mois pour la fin du mois qui précède l'entrée en vigueur de la nouvelle prime. L'assureur doit annoncer les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique à chaque personne assurée au moins deux mois avant leur entrée en vigueur et signaler le droit de changer d'assureur.
3. Une adaptation de la prime due à un changement de domicile ne donne pas le droit à la personne assurée de changer d'assureur.
4. La résiliation ou le changement d'assureur ne sont valables que s'ils sont communiqués par écrit et dans les délais prévus. La résiliation est réputée communiquée dans les délais prévus si l'assureur l'a reçue le dernier jour ouvrable précédant l'expiration du délai de résiliation. La date du cachet de la poste n'est pas pertinente. Si les prescriptions ne sont pas respectées, l'assurance est maintenue auprès de l'assureur actuel.
5. La résiliation n'est pas valable si les primes, les participations aux coûts, les intérêts moratoires et les frais de poursuite dus ne sont pas payés dans leur intégralité à l'expiration du délai de résiliation.
6. Le rapport d'assurance avec l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus.

Art. 6 Changement en cas de formes particulières d'assurance

1. Toutes les personnes assurées peuvent adhérer à l'assurance avec franchise à option. Une personne assurée ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile.
2. Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance n'est possible que pour la fin d'une année civile moyennant un délai de préavis de trois mois ou, en cas de communication d'une nouvelle prime, moyennant un délai de préavis d'un mois.

Art. 7 Suspension

1. La couverture accidents peut être suspendue pour les personnes assurées qui sont couvertes pour ce risque à titre obligatoire, en vertu de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA). L'assureur procède à la suspension lorsque la personne assurée lui en fait la demande et apporte la preuve qu'elle est entièrement assurée pour les accidents professionnels et non professionnels conformément à la LAA. La demande doit être présentée sous la forme écrite. L'assureur réduit alors la prime en conséquence. La suspension déploie ses effets au plus tôt le premier jour du mois qui suit la demande.
2. Les accidents sont couverts en vertu de la LAMal dès que la couverture des accidents selon la LAA cesse totalement ou en partie. La personne assurée doit toutefois informer l'assureur dans un délai d'un mois que la couverture des accidents doit être incluse. En cas d'information tardive, l'assureur peut exiger le paiement de la part de la prime correspondant à la couverture des accidents, y compris les intérêts moratoires, pour la période allant de la fin de la couverture au sens de la LAA jusqu'au moment où l'assureur en a eu connaissance.
3. L'assureur prend en charge les coûts des suites d'accidents qu'il couvrirait avant la suspension de l'assurance.
4. L'assurance obligatoire des soins est suspendue pour les personnes qui sont soumises durant plus de 60 jours consécutifs à la loi fédérale sur l'assurance militaire (LAM).

IV. Primes et participation aux coûts

Art. 8 Primes

1. Les primes sont fixées selon les tarifs approuvés par l'autorité de surveillance. Le montant des primes est échelonné en fonction des groupes d'âge et des régions. Une prime inférieure à celle des adultes est prélevée pour les enfants. Une prime inférieure à celle du groupe d'âge des adultes peut être appliquée pour les jeunes adultes jusqu'à l'âge de 25 ans révolus.

Conditions générales d'assurance conformément à la loi sur l'assurance-maladie (CGA/LAMal)

2. Les groupes d'âge de l'assurance obligatoire des soins sont les suivants:
 - enfants jusqu'à 18 ans,
 - jeunes adultes de 19 à 25 ans,
 - adultes à partir de 26 ans.
3. La prime correspondante est applicable jusqu'à la fin de l'année civile durant laquelle la personne assurée atteint l'âge de 19 ou de 26 ans.
4. La couverture d'assurance antérieure, le niveau de franchise correspondant et la forme d'assurance choisie sont maintenus lors du changement de groupe d'âge. La personne assurée a en toutes circonstances le droit de demander une modification de la couverture d'assurance dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la police valable pour l'année civile suivante.
5. Les primes et la répartition des groupes d'âge en ce qui concerne l'assurance facultative d'indemnités journalières se conforment aux tarifs approuvés par l'autorité de surveillance et aux conditions complémentaires d'assurance déterminantes.
6. Les primes sont payables d'avance et, en général chaque mois. Sur convention spéciale, leur paiement peut intervenir sur une base bimestrielle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. L'assureur peut accorder un escompte en cas de paiement annuel ou semestriel.

Art. 9 Participation aux coûts

1. Sous réserve des exceptions légales, la personne assurée participe aux coûts des prestations dont elle bénéficie. La participation aux coûts se compose d'un montant fixe par année (franchise) fixé par la loi et d'une quote-part calculée en pourcentage. En cas de séjour hospitalier, une contribution journalière est prélevée en sus de la participation aux coûts dans les cas prévus par la loi.
2. Aucune participation aux coûts n'est prélevée pour les prestations particulières en cas de maternité définies à l'art. 29 LAMal. De même, aucune participation aux coûts n'est prélevée pour les prestations de soins visées aux art. 25 et 25a LAMal qui sont fournies à partir de la 13^e semaine de grossesse et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.
3. La quote-part pour l'achat de médicaments originaux pour lesquels il existe un générique peut être plus élevée que la quote-part ordinaire.
4. Moyennant une réduction de la prime, la personne assurée a la possibilité de choisir une franchise plus élevée. Les possibilités de franchises annuelles sont réglementées par la loi et les réductions de primes y relatives sont indiquées dans le tarif des primes.

5. Demeurent réservées les prestations pour lesquelles le Département fédéral de l'intérieur prévoit une participation aux coûts plus élevée ou réduite ou n'en prévoit aucune.
6. La date de traitement ou la date à laquelle la personne assurée a bénéficié de la prestation assurée est déterminante pour le prélèvement de la franchise et de la quote-part.

Art. 10 Retard de paiement

1. Lorsqu'une personne assurée n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues malgré un rappel écrit, l'assureur lui envoie une sommation et un délai supplémentaire lui est imparti pour le paiement. Si, malgré la sommation, la personne assurée ne paie pas dans le délai imparti les primes, y compris les intérêts moratoires, et les participations aux coûts arriérées, l'assureur engage des poursuites. À la demande des cantons, l'assureur annonce la personne assurée mise en poursuite à l'autorité cantonale compétente.
2. L'assureur prélève des frais de rappel pour la sommation. Les coûts de la procédure de poursuites sont imputés à la personne assurée en retard de paiement. Des frais de traitement appropriés peuvent également être prélevés pour les dépenses qui n'auraient pas été encourues si les paiements avaient été acquittés en temps voulu.
3. Des frais peuvent être prélevés pour les conventions de paiement par acomptes passées à la suite de retards de paiement.

V. Prestations

Art. 11 Prestations assurées

1. L'assureur prend en charge les prestations d'assurance prescrites par la loi sur la base des présentes CGA/LAMal. En cas d'accident, il prend en charge les mêmes prestations qu'en cas de maladie.
2. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui a des conséquences nuisibles sur la santé physique, intellectuelle ou psychique ou qui entraîne le décès.
3. Sont toutefois exclus de la couverture de l'assurance obligatoire des soins les accidents pris en charge par une autre assurance-accidents.
4. Le droit aux prestations commence au début de l'assurance et reste applicable pendant la durée de l'assurance. Il n'existe aucun droit aux prestations pour les coûts occasionnés après la fin de l'assurance. La date de traitement ou de sollicitation de la prestation assurée est déterminante.

Conditions générales d'assurance conformément à la loi sur l'assurance-maladie (CGA/LAMal)

5. Si un droit aux prestations est invoqué, les factures détaillées doivent être remises à l'assureur dans un délai maximal de cinq ans à compter de leur date d'établissement. Passé ce délai, tout droit aux prestations expire.
6. Les factures et autres documents doivent en principe être remis en langue française, allemande, italienne ou anglaise. Pour les factures et documents rédigés dans d'autres langues, l'assureur peut demander une traduction à un bureau de traduction officiel aux frais de la personne assurée.
7. Les prestations perçues par erreur ou à tort sont récupérées par l'assureur.

Art. 12 Prestations à l'étranger

1. Les prestations sont en principe fournies pour des traitements et des versements effectués en Suisse. L'étendue de la prise en charge des coûts pour les prestations à l'étranger est déterminée conformément aux art. 36 ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal).
2. Pendant un séjour sur le territoire de l'UE/AELE, la personne assurée a droit aux traitements médicalement nécessaires eu égard à la nature des prestations et à la durée probable du séjour. La prise en charge des coûts est déterminée selon l'obligation d'allouer des prestations et le tarif des assurances sociales de l'État du séjour.
3. En cas de séjour dans un autre pays, la personne assurée a uniquement droit à des traitements d'urgence. Il y a urgence lorsque la personne assurée, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. L'obligation de remboursement de l'assureur est déterminée selon la loi suisse sur l'assurance-maladie et le remboursement est limité au double du montant qui aurait été payé en Suisse.
4. Il n'existe aucune obligation d'allouer les prestations si la personne assurée ne se rend à l'étranger que dans le but d'y suivre un traitement.

Art. 13 Subsidiarité et surindemnisation

1. La personne assurée est tenue d'informer l'assureur de l'obligation en matière de prestations ou de la perception de prestations auprès d'autres assurances sociales ou tiers responsables si l'assureur doit allouer des prestations pour le même cas d'assurance.
2. Les prestations de l'assureur ou leur concours avec celles d'autres assurances sociales ne doivent pas conduire à une surindemnisation des personnes assurées. Sont prises en considération dans le calcul de la surindemnisation les prestations de nature et de but identiques qui sont accordées à l'ayant droit en raison du cas d'assurance.

3. Si l'assureur avance des prestations à la personne assurée dans un cas d'assurance dans lequel un tiers est responsable, l'assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations légales, aux droits de la personne assurée contre ce tiers. L'assureur récupère ces créances auprès du tiers. Cette disposition ne s'applique pas à la franchise et à la quote-part, ni à d'autres prestations non légales que la personne assurée doit réclamer elle-même auprès du tiers.

Art. 14 Cession et compensation

La personne assurée n'est pas habilitée à céder des droits, à les mettre en gage ou à les compenser sans le consentement exprès de l'assureur.

Art. 15 Carte d'assuré

1. La carte d'assuré tient lieu de justificatif à l'égard des fournisseurs de prestations. Lorsqu'un accord correspondant a été conclu, elle permet en outre de bénéficier de prestations sans espèces (p. ex. obtention de médicaments prescrits par un médecin et admis en pharmacie).
2. La présentation de la carte d'assuré dans un hôpital en Suisse ne constitue pas une garantie de paiement valable et ne remplace pas la garantie de prise en charge des coûts délivrée par l'assureur.
3. La carte d'assuré doit être présentée lors de traitements médicalement nécessaires sur le territoire de l'UE/AELE. Sur cette base, la personne assurée a droit aux prestations auprès des fournisseurs de prestations publics conformément au tarif des assurances sociales de l'État de séjour.
4. La carte d'assuré est seulement valable pendant la durée du rapport contractuel, même si elle a été délivrée pour une période plus longue. Après la cessation du rapport contractuel, elle ne doit plus être utilisée pour solliciter des prestations et doit être détruite immédiatement. Elle ne peut être ni prêtée, ni cédée, ni mise à disposition de tiers. La personne assurée doit informer immédiatement l'assureur en cas de perte de sa carte d'assuré.
5. Si la personne assurée fait un usage abusif de sa carte d'assuré, elle doit répondre du dommage causé. En particulier, les prestations d'assurance accordées à tort doivent être remboursées à l'assureur.

Conditions générales d'assurance conformément à la loi sur l'assurance-maladie (CGA/LAMa)

VI. Obligations d'informer et de collaborer

Art. 16 Généralités

1. Pour que des prestations en cas d'accident puissent être accordées, le formulaire «Déclaration d'accident» doit être rempli et remis à l'assureur. La déclaration d'accident doit être envoyée à l'assureur dans les 10 jours qui suivent l'accident.
2. La personne assurée est informée que l'assureur est habilité, en vertu de bases légales dans le cadre de l'assistance administrative, à se procurer des données et informations auprès de tiers ou à communiquer des données et informations à des tiers. La personne assurée doit communiquer à l'assureur les renseignements et mettre à sa disposition les documents nécessaires pour lui permettre de clarifier l'obligation d'assurance, le droit aux prestations et la fixation des primes. Elle est informée que l'assureur est habilité à consulter les dossiers des fournisseurs de prestations ou des autorités et à traiter ces données.
3. Afin de déterminer son obligation légale en matière de prestations, l'assureur peut demander des rapports et expertises à des médecins et autres spécialistes, notamment concernant l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Sur demande écrite, la personne assurée autorise l'assureur à se procurer d'autres données et informations auprès de tiers ou à communiquer celles-ci à des tiers.
4. Si un autre assureur social est compétent pour les prestations légales, la personne assurée est tenue d'effectuer une annonce correspondante. À défaut, l'assureur peut faire usage de son propre droit d'annonce.
5. La personne assurée est tenue de communiquer par écrit à l'assureur, dans un délai d'un mois, tous les changements affectant sa situation personnelle qui sont pertinents pour le rapport d'assurance (p. ex. changement de domicile, de nom, de payeur de primes ou de représentant légal).
6. Dans le cadre de l'assurance facultative d'indemnités journalières, le proposant doit remplir le questionnaire de santé de façon complète et véridique. Tous les documents nécessaires à l'évaluation des risques et à la fixation des prestations d'assurance doivent également être mis à disposition. Le proposant ou la personne assurée doit autoriser les tiers à mettre à la disposition de l'assureur les rapports médicaux, les expertises, les radiographies, les justificatifs concernant les prestations de tiers, etc.
7. L'assureur peut demander à la personne assurée de se soumettre à l'examen d'un médecin-conseil, d'un spécialiste mandaté ou d'un médecin de son choix, aux frais de l'assureur.
8. Tout préjudice résultant d'un manquement aux obligations d'informer et de collaborer est à la charge de la personne assurée.

Art. 17 Obligations de réduire les dommages

En cas de maladie, de maternité ou d'accident, la personne assurée doit faire tout ce qui est nécessaire pour favoriser sa guérison et s'abstenir de tout ce qui pourrait la retarder ou la compromettre. Dans le cadre des traitements et examens, la personne assurée doit se conformer aux instructions du fournisseur de prestations traitant reconnu. Elle ne doit pas inciter le fournisseur de prestations à procéder à des traitements, examens ou investigations inutiles ou non économiques. Si la personne assurée compromet sa guérison ou refuse de collaborer avec l'assureur, les prestations peuvent être réduites ou refusées.

VII. Voies de recours

Art. 18 Voies de recours

1. Si la personne assurée n'est pas d'accord avec une décision de l'assureur, elle peut demander à ce que l'assureur rende ladite décision par écrit dans un délai de 30 jours en la motivant et en indiquant les voies de droit.
2. La personne assurée peut attaquer toute décision motivée de l'assureur dans les 30 jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui l'a notifiée. Cette opposition doit être motivée.
3. Une décision sur opposition de l'assureur peut être attaquée auprès du tribunal cantonal des assurances compétent dans un délai de 30 jours à compter de la notification. Le tribunal cantonal des assurances peut aussi être saisi lorsque l'assureur n'a pas rendu de décision ou de décision sur opposition, malgré la demande de la personne assurée.
4. Il est possible de former recours contre un arrêt du tribunal des assurances auprès du Tribunal fédéral dans un délai de 30 jours, conformément à la loi sur le Tribunal fédéral.

VIII. Protection et traitement des données

Art. 19 Protection et traitement des données

1. La protection des données est déterminée selon la LAMa, la LPGa et la loi fédérale sur la protection des données. Les collaborateurs de l'assureur sont soumis à l'obligation légale de garder le secret.
2. L'assureur prend les mesures techniques et organisationnelles requises pour garantir une protection des données moderne et appropriée. Le règlement sur le traitement et les autres documents pertinents concernant la protection, le traitement et la sécurité des données sont publiés sur le site Internet de l'assureur.

Conditions générales d'assurance conformément à la loi sur l'assurance-maladie (CGA/LAMal)

3. L'assureur peut également proposer des services en ligne. Ceux-ci sont soumis à des accords et des conditions d'utilisation complémentaires, que la personne assurée doit accepter dès lors qu'elle recourt à ces services en ligne. Sous réserve d'autres dispositions, ces accords et conditions d'utilisation sont contraignants pour la personne assurée.
4. L'assureur est habilité, conformément à la LAMal, à traiter et à faire traiter les données des personnes assurées, y compris les données sensibles et les profils de personnalité, qui lui sont nécessaires pour accomplir les tâches lui étant assignées selon la LAMal et la loi sur la surveillance de l'assurance-maladie (LSAMal). Il peut à cette fin externaliser certains services et activités à des tiers dans la mesure où aucune prescription légale ne l'interdit. Dans ce cadre, les prestataires de services doivent être tenus par contrat de ne traiter les données que dans le but dans lequel l'assureur pourrait lui-même le faire ainsi que de garantir la protection et la sécurité des données dans la même mesure que l'assureur y est lui-même tenu.

IX. Dispositions diverses

Art. 20 Interprétation

La version originale des présentes CGA/LAMal est celle en allemand. Les autres versions linguistiques sont des traductions. En cas de divergence d'interprétation, le texte en allemand fait foi.

Art. 21 Entrée en vigueur

Les présentes CGA/LAMal entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2019. Elles peuvent être modifiées en tout temps moyennant l'approbation préalable de l'autorité de surveillance.

