

18  
décembre  
2013

## Règlement d'application de la loi d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RALILAMal)

Etat au  
1<sup>er</sup> janvier 2018

*Le Conseil d'Etat de la République et Canton de Neuchâtel,*

vu la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), du 18 mars 1994<sup>1)</sup>;

vu l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), du 27 juin 1995<sup>2)</sup>;

vu la loi d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LILAMal), du 4 octobre 1995<sup>3)</sup>,

vu la loi sur l'harmonisation et la coordination des prestations sociales (LHaCoPS), du 23 février 2005<sup>4)</sup>,

sur la proposition du Conseiller d'Etat, chef du Département de l'économie et de l'action sociale;

*arrête:*

### CHAPITRE PREMIER

#### Organisation

Département de  
l'économie et de  
l'action sociale

**Article premier** <sup>1</sup>Le Département de l'économie et de l'action sociale (ci-après: le département) est chargé de l'application de la législation fédérale et cantonale en matière d'assurance-maladie obligatoire des soins.

<sup>2</sup>Il veille notamment à ce que les personnes soumises à l'assurance obligatoire soient affiliées auprès d'un assureur et pourvoit à la réduction des primes par les subsides des pouvoirs publics.

Office de  
l'assurance-  
maladie

**Art. 2** <sup>1</sup>L'office de l'assurance-maladie (ci-après: l'office) est l'autorité d'exécution du département.

<sup>2</sup>Il veille à ce que les assureurs, les employeurs, les assurés, les services administratifs cantonaux et communaux se conforment aux dispositions légales fédérales et cantonales. Il édicte à cet effet les directives nécessaires.

<sup>3</sup>L'office peut procéder à toutes investigations utiles aux fins d'établir la soumission à l'obligation d'assurance ou la justification de la classification. Les services de l'administration cantonale, les services communaux, les employeurs, les assureurs et les assurés sont tenus de fournir à l'office tous les renseignements utiles à l'exécution de ses tâches ou propres à justifier une révision de la classification.

<sup>4</sup>L'office évalue chaque année les incidences financières des normes de classification. Il compare les normes de classification avec celles d'autres

FO 2013 N° 51

<sup>1)</sup> RS 832.10

<sup>2)</sup> RS 832.102

<sup>3)</sup> RSN 821.10

<sup>4)</sup> RSN 831.4

régimes sociaux et rédige tous rapports utiles et donne son préavis à l'intention du-de la- chef(fe) du département.

Service chargé  
des contrôles

**Art. 2a**<sup>5)</sup> Le service de l'emploi est le service chargé d'effectuer des contrôles portant sur les conditions d'octroi des subsides ou sur les conditions d'un remboursement des subsides fournis (art. 28a LILAMal).

Service des  
migrations  
a) en matière  
d'affiliation

**Art. 3** <sup>1</sup>Pour les personnes soumises à la loi fédérale sur l'asile, du 26 juin 1998<sup>6)</sup>, le service des migrations (ci-après: SMIG) est compétent pour l'affiliation des personnes titulaires des permis N, F ou S et les bénéficiaires de l'aide d'urgence.

b) en matière de  
réduction des  
primes

<sup>2</sup>Le coût de la réduction des primes est pris en charge par le budget de l'office.

Assureurs

**Art. 4** <sup>1</sup>Seuls peuvent pratiquer l'assurance-maladie sociale dans le canton les assureurs autorisés au sens de la législation fédérale et dont le champ d'activité s'étend au canton.

<sup>2</sup>Sont réputés "conventionnés", les assureurs ayant adhéré à la convention prévue à l'article 2 LILAMal. Les autres sont réputés "non conventionnés".

<sup>3</sup>Seuls les assureurs conventionnés peuvent prétendre au remboursement de leurs créances irrécouvrables.

a) adhésion

**Art. 5** <sup>1</sup>Les assureurs peuvent adhérer, collectivement ou individuellement, à la convention d'application de la législation cantonale.

Convention

<sup>2</sup>La demande d'adhésion peut être déposée en tout temps auprès de l'office.

<sup>3</sup>L'office fixe les conditions préalables, techniques et, le cas échéant, financières, ainsi que la date de l'adhésion en tenant compte des travaux d'actualisation du fichier.

<sup>4</sup>Dans la règle, l'adhésion porte effet au début d'une année civile.

b) dénonciation

**Art. 6** <sup>1</sup>L'Etat peut dénoncer la convention, pour la fin d'une année, moyennant un préavis d'une année au moins.

<sup>2</sup>Il signifie la dénonciation à tous les assureurs conventionnés et informe les assurés de ses conséquences.

c) retrait

**Art. 7** <sup>1</sup>L'assureur conventionné peut se retirer de la convention pour la fin d'une année, moyennant un préavis d'une année au moins. Il est tenu d'informer ses assurés des conséquences de la dénonciation.

<sup>2</sup>Le retrait est adressé par écrit à l'office, accompagné d'un exemplaire de l'information destinée aux assurés.

d) exclusion

**Art. 8** <sup>1</sup>En cas de violation grave des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles, le Conseil d'Etat peut, après avertissement, exclure l'assureur fautif de la convention pour la fin de l'année en cours ou, si nécessaire, avec effet immédiat.

---

<sup>5)</sup> Introduit pas A du 20 septembre 2017 (FO 2017 N° 38) avec effet immédiat

<sup>6)</sup> RS 142.31

<sup>2</sup>L'assureur exclu est soumis aux règles applicables aux assureurs non conventionnés. L'office informe tous les assurés concernés des conséquences de l'exclusion.

## CHAPITRE 2

### Affiliation

- Contrôle  
a) personnes soumises à l'obligation d'assurance
- Art. 9** <sup>1</sup>L'office veille à ce que les personnes soumises à la loi soient affiliées auprès d'un assureur autorisé au sens de l'article 4 du présent règlement. Il les invite, au besoin, à justifier de leur affiliation dans un délai de 20 jours.
- <sup>2</sup>Constitue la preuve d'une affiliation, tout document émis par un assureur permettant de constater, sans ambiguïté, l'existence d'une couverture pour les frais de soins au nom de l'assuré.
- <sup>3</sup>Les représentants légaux sont responsables de l'affiliation des personnes placées sous leur autorité.
- b) soumission à l'assurance suisse sur requête
- Art. 10** <sup>1</sup>Les assureurs communiquent à l'office les admissions et démissions des personnes soumises à l'assurance sur requête au sens des articles 3 et 6, alinéa 1, OAMal.
- <sup>2</sup>Les personnes intéressées ne peuvent pas bénéficier d'un subside au sens de l'article 9 LILAMal.
- c) personnes demeurant soumises à l'obligation d'assurance
- Art. 11** <sup>1</sup>Les personnes qui transfèrent leur domicile à l'étranger, mais demeurent soumises à l'obligation d'assurance au sens des articles 4 et 5 OAMal, sont tenues de l'annoncer à leur assureur.
- <sup>2</sup>L'assureur est seul responsable du contrôle de l'affiliation dans le temps et du respect des règles légales relatives au changement d'assureur.
- Affiliation d'office  
a) décision
- Art. 12** <sup>1</sup>L'office prononce d'office l'affiliation lorsque celle-ci n'est pas prouvée dans le délai prévu à l'article 9 du présent règlement et fixe la date à laquelle elle prend effet.
- <sup>2</sup>Les affiliations d'office sont réparties équitablement entre les assureurs conventionnés, en tenant compte, le cas échéant, du sociétariat des autres membres de la famille. Exceptionnellement, lorsque les circonstances le justifient, l'affiliation d'office peut être prononcée auprès d'un assureur non conventionné.
- <sup>3</sup>Sont réservés les exceptions, les dates d'effets et les délais prévus par le droit fédéral.
- b) annulation de l'affiliation d'office
- Art. 13** <sup>1</sup>L'office annule l'affiliation d'office si elle se révèle injustifiée.
- <sup>2</sup>L'assuré peut être condamné à des frais administratifs équitables pour avoir négligé ou refusé de fournir à l'office les documents permettant d'éviter l'affiliation d'office.
- <sup>3</sup>L'assureur d'office est également autorisé à percevoir des frais.

Obligations des employeurs	<b>Art. 14</b> <sup>1</sup> Les employeurs sont tenus d'assurer les travailleurs étrangers dont l'activité dépendante relève d'une autorisation de séjour de moins de trois mois, lorsqu'ils ne bénéficient pas d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse.
a) travailleurs au bénéfice d'une autorisation de séjour de moins de trois mois	<sup>2</sup> L'employeur est tenu de prélever le montant des primes sur le salaire de l'assuré et de le verser à l'assureur. <sup>3</sup> En cas de négligence, l'employeur est responsable des conséquences d'un défaut d'affiliation et du paiement des primes. <sup>4</sup> Le Service des migrations (ci-après: SMIG) attire l'attention des employeurs sur leurs obligations et communique à l'office copie de toutes les autorisations de séjours délivrées.
b) requérants d'asile, personnes admises à titre provisoire et personnes à protéger ne possédant pas d'autorisation de séjour	<b>Art. 15</b> <sup>1</sup> Pour les personnes concernées, soumises à la loi fédérale sur l'asile, l'employeur est tenu de prélever le montant des primes, de la franchise et de la quote-part sur le salaire de l'assuré et de les verser à l'assureur. <sup>2</sup> En cas de négligence, l'employeur est responsable des conséquences d'un défaut du paiement des primes, de la franchise et de la quote-part. <sup>3</sup> Le SMIG attire l'attention des employeurs sur leurs obligations.
Obligations des assureurs sociaux	<b>Art. 15a</b> L'assurance sociale ou la caisse de chômage qui verse à une personne concernée, soumise à la loi fédérale sur l'asile, des indemnités destinées à compenser un salaire est tenue, sous réserve des dispositions de la législation fédérale sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité, de prélever sur les indemnités le montant des primes, de la franchise et de la quote-part indiqué par l'assureur et de le verser à celui-ci.
Avance ou report de la date d'affiliation	<b>Art. 16</b> <sup>1</sup> L'office veille au respect des dispositions fédérales quant au délai d'affiliation.
a) lors de l'affiliation initiale	<sup>2</sup> Il corrige, au besoin, la date d'affiliation communiquée par l'assureur. <sup>3</sup> Lorsque plusieurs assureurs annoncent simultanément ou successivement une affiliation, l'office invite l'assuré à se déterminer clairement dans un délai de 20 jours. A défaut, il choisit l'assureur. <sup>4</sup> Il informe l'assureur de toute affiliation tardive au sens de l'article 5, alinéa 2, LAMal.
b) lors d'un changement d'assureur conventionné	<b>Art. 17</b> <sup>1</sup> L'office veille à ce que le changement d'assureur n'entraîne ni double affiliation, ni interruption. <sup>2</sup> Lorsque les dates de démission et d'admission ne concordent pas, il avance ou reporte la date du changement d'assureur.
Suspension de l'affiliation	<b>Art. 18</b> <sup>1</sup> Lorsqu'une personne soumise à l'assurance obligatoire des soins disparaît du canton, son affiliation est suspendue, le cas échéant jusqu'à son retour, mais au plus pendant une période de 24 mois dès l'enregistrement de la suspension par l'office. <sup>2</sup> Si la personne disparue n'a pas réintégré son domicile dans le canton durant cette période, elle est radiée de l'effectif de son assureur.

	<p><sup>3</sup>L'assuré est réintégré dans ses droits et obligations dès le jour où il réapparaît. Si l'assuré n'avait en réalité jamais quitté le canton, la suspension est annulée.</p>
Dispense de l'obligation d'assurance	<p><b>Art. 19</b> Les personnes assurées à l'étranger peuvent être dispensées, en application des articles 2 et 6 OAMal, de l'obligation d'assurance suisse, lorsqu'elles bénéficient d'une couverture étrangère équivalente.</p>
a) principe	
b) conditions	<p><b>Art. 20</b> <sup>1</sup>La demande de dispense est adressée à l'office, accompagnée d'une formule officielle éditée par celui-ci, établissant que le requérant bénéficie auprès d'un assureur étranger d'une couverture garantissant:</p> <p>a) la prise en charge totale des frais d'hospitalisation en division commune des hôpitaux publics du canton, aux tarifs prévus par ceux-ci pour les patients non bénéficiaires de la convention neuchâteloise d'hospitalisation;</p> <p>b) la prise en charge des traitements ambulatoires;</p> <p>c) la prise en charge totale des frais liés à la maternité, y compris la grossesse, notamment les frais d'accouchement en division commune des hôpitaux publics du canton, aux tarifs prévus par ceux-ci pour les patientes non bénéficiaires de la convention neuchâteloise d'hospitalisation.</p> <p>d) la prise en charge des frais de soins dans un établissement médico-social.</p> <p><sup>2</sup>Lorsque l'attestation de garantie signée de l'assureur étranger comporte des réserves, la dispense est refusée.</p>
c) délai	<p><b>Art. 21</b> La demande de dispense doit être présentée dans les trois mois dès l'arrivée dans le canton, accompagnée de l'attestation prévue à l'article 20 du présent règlement.</p>
d) durée	<p><b>Art. 22</b> <sup>1</sup>Lorsque les conditions d'octroi sont remplies, l'office délivre une dispense qui en précise la durée de validité.</p> <p><sup>2</sup>A l'échéance de la dispense, l'office examine si les conditions d'octroi d'une nouvelle dispense sont remplies.</p>
Séjour temporaire	<p><b>Art. 23</b> Les personnes domiciliées à l'étranger, résidant temporairement dans le canton à des fins de stage ou de formation sont soumises à l'obligation d'assurance. Elles peuvent en être dispensées aux conditions de l'article 20 du présent règlement.</p>
Caducité	<p><b>Art. 24</b> Les personnes au bénéfice d'une dispense dont les conditions d'octroi ne sont plus remplies sont tenues de s'affilier sans délai conformément à la loi.</p>
Communications des assureurs	<p><b>Art. 25</b> <sup>1</sup>Les assureurs annoncent immédiatement à l'office toute admission et démission d'assurés, le type de couverture de l'assuré et sa modification.</p> <p><sup>2</sup>Conformément à l'article 64a LAMal les assureurs communiquent à l'office les actes de défaut de biens délivrés contre leurs assurés en vue du remboursement de leurs créances.</p> <p><sup>3</sup>L'office fixe les modalités et le contenu des communications.</p>

Fichier cantonal des affiliations et des classifications

**Art. 26** <sup>1</sup>L'office tient le fichier cantonal des affiliations et des classifications.

<sup>2</sup>A l'égard des assureurs et des personnes soumises à l'obligation d'assurance, les données du fichier de l'office font foi.

<sup>3</sup>L'office communique aux assureurs toutes les mutations utiles à l'exécution de leurs tâches.

### CHAPITRE 3

#### Réduction des primes; subsides

##### *Section 1: Classification des assurés*

Normes de classification

**Art. 27** Les normes de classification sont arrêtées chaque année par le Conseil d'Etat.

Classification spéciale  
a) personnes bénéficiaires de l'aide sociale

**Art. 28** <sup>1</sup>Sur demande des autorités cantonales et communales compétentes au sens de la législation sur l'action sociale, ainsi que des tuteurs et curateurs, les assurés bénéficiant de l'aide sociale matérielle sont classifiés dans la classification des bénéficiaires dont la prime est subventionnée intégralement. Est réservé le cas où la prime de l'assureur dépasse le subside fixé pour cette catégorie d'assurés, selon les modalités arrêtées par le Conseil d'Etat.

<sup>2</sup>La demande est adressée à l'office sur une formule officielle.

<sup>3</sup>Les autorités compétentes, les tuteurs et curateurs sont responsables des données figurant dans la demande. Ils sont tenus d'annoncer sans délai à l'office la date à laquelle l'aide sociale prend fin.

<sup>4</sup>En règle générale, le début et la fin des subsides doivent correspondre au début et à la fin de l'aide sociale matérielle. Le département peut prévoir des exceptions.

b) personnes bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI

**Art. 29**<sup>7)</sup> <sup>1</sup>Les personnes bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI sont classifiées d'office dans la classification des bénéficiaires dont la prime est subventionnée jusqu'à concurrence du montant fixé chaque année par le Département fédéral de l'intérieur.

<sup>2</sup>La Caisse cantonale neuchâteloise de compensation communique à l'office toutes ses décisions d'octroi, de modification ou de suppression de prestations complémentaires.

<sup>3</sup>La date de début de subside coïncide avec le début des prestations complémentaires. Le cas échéant, l'assureur restitue à l'assuré les primes déjà versées par celui-ci. Le décompte avec l'assureur s'effectue sur l'exercice courant.

<sup>4</sup>Lorsque les prestations complémentaires sont supprimées avec un effet rétroactif supérieur à l'exercice en cours, l'office réclame directement à l'assuré les primes des exercices précédents.

c) bénéficiaires d'aides individuelles

**Art. 29a**<sup>8)</sup> Ont droit au subside de leur prime jusqu'à concurrence du montant fixé chaque année par le Département fédéral de l'intérieur les personnes qui:

---

<sup>7)</sup> Teneur selon A du 14 novembre 2017 (FO 2017 N° 46) avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2018

<sup>8)</sup> Introduit par A du 20 février 2017 (FO 2017 N° 8) avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2017

- vivent en permanence pour une longue période dans un EMS autorisé au sens de la loi de santé (LS), du 6 février 1995<sup>9)</sup>, et
- disposent d'un revenu déterminant supérieur aux dépenses reconnues selon la loi fédérale sur les prestations complémentaires (LPC)<sup>10)</sup> mais sont au bénéfice d'une aide individuelle annuelle, au sens de l'article 23 de la loi sur le financement des établissements médicaux-sociaux (LFinEMS), du 28 septembre 2010<sup>11)</sup>, qui est supérieure à la prime moyenne cantonale pour le groupe d'âge considéré de l'année en question.

d) personnes de condition indépendante

**Art. 30**<sup>12)</sup> 1Les assurés de condition indépendante au sens du recensement fiscal perçoivent un subside chaque année sur demande conformément à l'article 17, alinéa 1, 2<sup>e</sup> phrase, LILAMal.

<sup>2</sup>L'office informe les assurés de condition indépendante lorsque leur revenu déterminant s'inscrit dans les normes de classification pouvant donner accès à un subside.

<sup>3</sup>Pour pouvoir obtenir un subside, les assurés doivent déposer une demande formelle auprès du GSR dès la communication prévue à l'alinéa 2. La demande formelle doit être déposée dans un délai de 12 mois à compter de la communication prévue. La date de réception de la demande est déterminante.

<sup>4</sup>Lorsque la taxation fiscale ordinaire de l'année de référence est établie dans l'année courante, la classification prend effet au 1<sup>er</sup> janvier.

<sup>4bis</sup>Lorsque la taxation fiscale ordinaire de l'année de référence n'est pas établie durant l'année courante, la nouvelle classification peut prendre effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année précédente. La demande formelle doit être déposée dans un délai de 12 mois à compter de la notification de la taxation fiscale. La date de réception de la demande est déterminante.

<sup>5</sup>Le subside est attribué du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre pour l'année de référence.

Classification annuelle  
a) taxation ordinaire; principe

**Art. 31**<sup>13)</sup> La décision de taxation ordinaire de l'année courante est déterminante pour l'établissement de la classification annuelle. Est réputée ordinaire la décision de taxation portant sur une période annuelle de 360 jours. L'article 32 est réservé.

<sup>2</sup>L'office informe les assurés lorsque leur revenu déterminant s'inscrit dans les normes de classification pouvant donner droit à un subside. Celui-ci doit être confirmé par les assurés dans un délai de 30 jours à compter de la date de notification. L'office se réserve le droit d'effectuer des contrôles portant sur les conditions d'octroi des subsides conformément à l'article 28a de la loi d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LILAMal).

b) date d'effet de la classification

**Art. 32**<sup>14)</sup> 1Lorsque la déclaration fiscale de l'année courante a été déposée par l'assuré dans le délai ordinaire prescrit par le service compétent pour la taxation, la classification prend effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année courante si elle est en sa faveur, au 1<sup>er</sup> du mois suivant si elle est en sa défaveur.

<sup>9)</sup> RSN 800.1

<sup>10)</sup> RS 831.30

<sup>11)</sup> 832.30

<sup>12)</sup> Teneur selon A du 20 février 2017 (FO 2017 N° 8) avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2017

<sup>13)</sup> Teneur selon A du 14 novembre 2017 (FO 2017 N° 46) avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2018

<sup>14)</sup> Teneur selon A du 14 novembre 2017 (FO 2017 N° 46) avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2018

<sup>2</sup>Lorsqu'un délai supplémentaire a été accordé par l'autorité de taxation compétente pour le dépôt de la déclaration fiscale de l'année courante, la classification prend effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année courante si elle est en faveur de l'assuré, au 1<sup>er</sup> avril si elle est en sa défaveur.

<sup>3</sup>Lorsque l'assuré bénéficiaire n'a pas déposé sa déclaration fiscale de l'année courante dans le délai ordinaire imparti par le service compétent pour la taxation sans avoir obtenu de ce service un délai supplémentaire, il est classifié d'office dans le groupe des personnes non bénéficiaires avec effet au 1<sup>er</sup> avril de l'année courante. L'assuré est reclassifié à sa demande selon la procédure prévue pour la classification intermédiaire au sens de l'article 18 LILAMal.

<sup>4</sup>Lorsque l'assuré bénéficiaire n'a pas déposé sa déclaration fiscale de l'année courante dans le délai supplémentaire accordé par le service compétent pour la taxation, il est classifié d'office dans le groupe des personnes non bénéficiaires avec effet au 1<sup>er</sup> avril de l'année courante. L'assuré est reclassifié, à sa demande selon la procédure prévue pour la classification intermédiaire au sens de l'article 18 LILAMal.

c) absence de taxation ordinaire

**Art. 33** <sup>1</sup>L'assuré qui ne fait pas l'objet d'une taxation ordinaire peut demander auprès du GSR la révision de sa classification selon la procédure prévue pour la classification intermédiaire au sens de l'article 18 LILAMal.

<sup>2</sup>Lorsque la taxation fiscale ordinaire n'est pas établie durant l'année courante, une nouvelle classification ne peut prendre effet, au plus tôt, qu'au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de notification de la taxation.

<sup>3</sup>La nouvelle taxation peut prendre effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année précédente si l'assuré établit que le retard ne lui est pas imputable.

d) autre taxation

**Art. 34** Toute décision de taxation d'office ou de taxation prorata temporis entraîne la classification dans le groupe des assurés non bénéficiaires. L'assuré est reclassifié, à sa demande selon la procédure prévue pour la classification intermédiaire au sens de l'article 18 LILAMal.

Classification familiale

**Art. 35** <sup>1</sup>La classification familiale comprend les assurés faisant partie de la même unité économique de référence au sens de la LHaCoPS.

<sup>2</sup>Les jeunes adultes en formation initiale ainsi que les adultes en formation initiale sont classifiés personnellement.

Classification présumée des adultes

**Art. 36** <sup>1</sup>Les assurés célibataires âgés de moins de 25 ans, et ceux dont le revenu effectif n'atteint pas la limite inférieure fixée par le Conseil d'Etat, ne sont pas soumis à la classification annuelle au sens de l'article 32 du présent règlement; ils sont classifiés d'office dans la catégorie des personnes "non bénéficiaires".

<sup>2</sup>Sur demande auprès du GSR, l'office peut réviser la classification selon les règles de la classification intermédiaire. La nouvelle classification est, en principe, valable jusqu'au terme de l'année courante.

Classification personnelle des mineurs

**Art. 37** Exceptionnellement, lorsque les circonstances le justifient, l'office peut, même en l'absence de revenu, classer l'enfant mineur pour lui-même, notamment en raison d'un placement ou lorsque l'enfant est pourvu d'un tuteur.

Personnes en formation initiale  
a) Jeunes adultes en formation âgés de 19 à 25 ans et adultes en formation dès 26 ans

**Art. 38** <sup>1</sup>Si l'assuré majeur n'a pas encore de formation, ses père et mère doivent, dans la mesure où les circonstances permettent de l'exiger d'eux, subvenir à son entretien jusqu'à ce qu'il ait acquis une telle formation, pour autant qu'elle soit achevée dans les délais normaux.

<sup>2</sup>L'assuré majeur est classifié personnellement, sur sa demande écrite auprès du GSR. L'office peut procéder à une classification d'office lorsqu'il constate que les conditions sont réunies.

<sup>3</sup>L'office apprécie la situation en tenant compte de l'ensemble des circonstances, notamment des revenus et fortunes de l'assuré majeur et de ses parents.

<sup>4</sup>En principe, le droit au subside arrêté par le Conseil d'Etat est accordé lorsque le revenu déterminant de l'unité économique de référence, comparé aux normes de classification augmentées d'une unité supplémentaire (supplément pour enfant à charge) se situe dans l'une des classifications de bénéficiaires.

<sup>5</sup>Lorsque l'unité économique de référence comprend des enfants mineurs, le supplément correspond à celui prévu pour l'enfant suivant.

<sup>6</sup>Lorsque l'assuré majeur dépend principalement d'un parent divorcé ou séparé en fait ou en droit, le revenu déterminant du parent-soutien comprend notamment la contribution du parent débiteur d'un entretien au sens de l'article 277, alinéa 2, CCS. La créance peut faire l'objet d'une évaluation par l'office.

<sup>7</sup>Lorsque l'assuré majeur ne dépend, de manière prépondérante, d'aucun de ses parents, l'office calcule le revenu déterminant propre de l'assuré majeur en intégrant le 15% de chaque revenu déterminant de ses parents. Sont réservés les cas où les contributions de chacun des parents ont été fixées par décision judiciaire correspondant manifestement aux capacités contributives actuelles des intéressés.

<sup>8</sup>Les cas de rigueur sont réservés.

b) Procédure d'octroi

**Art. 39**<sup>15)</sup> <sup>1</sup>La date de la demande est déterminante pour l'octroi du subside conformément à l'article 18, alinéa 3 LILAMal.

<sup>2</sup>Le subside est accordé dès le mois du dépôt de la demande de prestations sociales, jusqu'au terme de l'année civile. Sont réservées l'interruption ou la fin de la formation en cours d'année.

<sup>3</sup>L'office peut prolonger l'octroi du subside, lorsque la formation s'étend sur plusieurs années.

Personnes reprenant une formation

**Art. 40** <sup>1</sup>L'assuré majeur, au bénéfice d'une formation appropriée, qui reprend ou poursuit ses études ou une nouvelle formation, n'a pas droit au subside.

<sup>2</sup>Les cas de rigueur sont réservés. Cas échéant, le subside correspond à celui arrêté par le Conseil d'Etat.

Classification extraordinaire

**Art. 41** L'office, peut, sur demande, accorder des subsides extraordinaires, indépendamment du revenu déterminant. Il en fixe le début, la fin et, le cas échéant, les éventuelles conditions de restitution.

<sup>15)</sup> Teneur selon A du 14 novembre 2017 (FO 2017 N° 46) avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2018

## 821.101

---

Classification intermédiaire

**Art. 42** La classification initiale ou annuelle peut sur demande être révisée au cours de l'année lorsque:

- a) l'assuré prend ou reprend domicile dans le canton;
- b) la situation familiale de l'assuré se modifie;
- c) les revenus de l'assuré se modifient durablement, notamment par suite de la perte d'un emploi ou d'un changement d'orientation professionnelle, pour autant que la modification entraîne une diminution de revenus d'au moins 20%.

<sup>2</sup>Une période de chômage partiel ne donne pas droit à une classification intermédiaire.

<sup>3</sup>La classification intermédiaire se fonde sur les revenus actuels des assurés. En principe, la fortune est prise en compte en son état au 31 décembre de l'année écoulée.

Classification provisoire

**Art. 43** <sup>1</sup>Pour les assurés de condition dépendante au sens de la législation fiscale, l'office peut exceptionnellement procéder à une classification provisoire lorsque les éléments nécessaires au calcul du revenu déterminant font momentanément défaut.

<sup>2</sup>La classification provisoire est adaptée à la date d'effet du subside provisoire dès que les éléments nécessaires au calcul du revenu déterminant sont tous connus.

<sup>3</sup>Les assurés au bénéfice d'une classification provisoire sont tenus d'informer le GSR dès qu'ils ont connaissance des éléments utiles.

Classification d'office par l'office

**Art. 44** L'office peut, en tout temps, procéder au réexamen de la classification lorsque les circonstances le justifient.

Séjour temporaire à des fins d'études ou de formation

**Art. 45** Les assurés qui séjournent dans le canton à des fins d'études ou de formation n'ont pas droit au subside jusqu'au terme de celles-ci.

Perte du droit  
a) principes

**Art. 46** Le droit au subside prend fin:

- a) au décès de l'assuré;
- b) lorsque la classification annuelle ou intermédiaire établit que les conditions d'octroi ne sont plus remplies;

Information aux bénéficiaires

**Art. 47** <sup>1</sup>L'office attire l'attention de tous les bénéficiaires de subside sur leur obligation d'informer en cas de modification de la situation personnelle ou familiale ainsi que de revenus et de fortune susceptibles d'influencer la classification.

<sup>2</sup>Il informe les bénéficiaires des conséquences de l'inobservation de l'obligation d'informer.

<sup>3</sup>Doivent notamment être portés à la connaissance du GSR, les modifications de la composition familiale et tous les éléments financiers nouveaux par rapport à ceux existants au moment de la classification parmi les bénéficiaires de subside.

<sup>4</sup>L'inobservation de l'obligation de renseigner peut entraîner la modification ou la suppression du subside. L'office en fixe, le cas échéant, l'effet rétroactif.

## Section 2: Restitution de subsides indûment perçus

Décision de restitution

**Art. 48** <sup>1</sup>L'office exige de l'assuré la restitution des subsides indûment perçus.  
<sup>2</sup>L'étendue de l'obligation de restituer est fixée par une décision.  
<sup>3</sup>L'office indique la possibilité d'une remise dans la décision de restitution.

Remise

**Art. 49** <sup>1</sup>La restitution entière ou partielle des subsides alloués indûment ne peut être exigée si l'assuré se trouve dans une situation difficile et s'il était de bonne foi lorsqu'il les a perçus.  
<sup>2</sup>Est déterminant, pour apprécier s'il y a une situation difficile, le moment où la décision de restitution est exécutoire.  
<sup>3</sup>La demande de remise doit être adressée par écrit auprès de l'office. Elle doit être motivée, accompagnée des pièces nécessaires et déposée au plus tard dans les trente jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution.  
<sup>4</sup>La remise fait l'objet d'une décision.

Situation difficile

**Art. 50** <sup>1</sup>Il y a situation difficile lorsque les dépenses reconnues selon l'alinéa 2 sont supérieures aux revenus déterminants calculés selon l'alinéa 3.

<sup>2</sup>Sont pris en considération pour effectuer le calcul des dépenses reconnues:

- a) comme montant destiné à la couverture des besoins vitaux: les montants maximaux indiqués à l'article 3b, alinéa 1, lettre a, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LPC), du 15 mars 1965<sup>16)</sup>;
- b) comme loyer et accessoires: le montant réel, mais au plus, le montant maximal au sens de l'article 5, alinéa 1, lettre b, LPC;
- c) comme montant pour l'assurance obligatoire des soins: les primes réelles, mais au maximum le montant de la prime moyenne de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) selon le groupe d'âge de tous les membres de la famille concernés;
- d) comme dépenses forfaitaires supplémentaires:

	<i>Fr.</i>
– pour une personne seule .....	8.000.–
– pour un couple .....	12.000.–
– pour chaque enfant mineur ou à charge en raison d'une formation .....	4.000.–

<sup>3</sup>Sont exclusivement pris en considération pour le calcul des revenus déterminants:

- a) les ressources totales en espèces ou en nature provenant de l'exercice d'une activité lucrative;
- b) les autres éléments de revenus prévus à l'article 3c, lettres b à h, LPC.

<sup>16)</sup> RS 831.30

### Section 3: Droits et obligations des assureurs

Etablissement des décomptes avec les assureurs	<p><b>Art. 51</b> <sup>1</sup>L'office établit annuellement la liste des bénéficiaires de subsides et la transmet aux assureurs pour vérification.</p> <p><sup>2</sup>Il peut prendre en considération les listes établies par les assureurs.</p> <p><sup>3</sup>Après contrôle, l'office établit un décompte définitif par assureur et décide du règlement des soldes.</p>
Versement des subsides aux assureurs conventionnés	<p><b>Art. 52</b> <sup>1</sup>En cours d'année, l'office verse aux assureurs conventionnés des acomptes sur la base de prévisions budgétaires.</p> <p><sup>2</sup>Il peut adapter les acomptes sur la base du contrôle mensuel des estimations budgétaires.</p>
Répercussion des subsides sur les primes de l'assurance obligatoire des soins	<p><b>Art. 53</b> <sup>1</sup>Les assureurs répercutent les subsides exclusivement sur les primes de l'assurance obligatoire des soins des assurés bénéficiaires.</p> <p><sup>2</sup>La part subsidiée des primes que l'assuré a déjà payées lui est remboursée dès que l'assureur est informé de la classification donnant droit à une réduction de primes.</p> <p><sup>3</sup>Moyennant l'accord de l'assuré, les subsides peuvent être affectés aux comptes des primes de l'assurance obligatoire, puis être décomptés des primes courantes.</p>
Versement direct des subsides aux assurés	<p><b>Art. 54</b> <sup>1</sup>En cas de circonstances extraordinaires, notamment en cas d'effet rétroactif d'un subside ou en cas de changement d'assureur, l'office peut verser le subside directement à l'assuré.</p> <p><sup>2</sup>L'office s'assure préalablement que l'assuré n'est pas en demeure pour la période concernée.</p>
Tarifs des primes des assureurs	<p><b>Art. 55</b> Les assureurs sont tenus de déposer leurs tarifs de primes approuvés par l'autorité fédérale pour l'année suivante au plus tard jusqu'au 15 décembre de l'année courante.</p>
Primes de référence pour le calcul des subsides	<p><b>Art. 56</b> <sup>1</sup>Les tarifs de primes déposés par les assureurs conformément à l'article 55 du présent règlement sont valables à l'égard de la réduction des primes pour tout l'exercice annuel.</p> <p><sup>2</sup>L'augmentation des tarifs de primes en cours d'année n'est prise en compte ni dans le calcul de la réduction des primes, ni pour le remboursement du contentieux.</p>
Primes extraordinaires	<p><b>Art. 57</b> Les suppléments de primes au sens de l'article 5, alinéa 2, LAMal, ainsi que les primes extraordinaires ne peuvent être ni subsidiés, ni présentés au remboursement du contentieux.</p>
Assuré bénéficiaire de l'aide sociale	<p><b>Art. 58</b> Lorsque l'assuré reçoit une aide sociale matérielle, les autorités compétentes peuvent exiger des assureurs qu'ils versent leurs prestations en leurs mains ou celles de tiers.</p>

Remboursement du contentieux **Art. 59** <sup>1</sup>Conformément à l'art. 64a LAMal, les primes, participations, intérêts moratoires et frais de poursuite irrécouvrables sont remboursés aux assureurs.

<sup>2</sup>La créance de l'assureur est établie par l'acte de défaut de biens délivré ou un titre jugé équivalent par les organes compétents au sens de la législation sur l'exécution forcée.

<sup>3</sup>En cas d'insolvabilité notoire de l'assuré, l'office peut dispenser l'assureur de la procédure d'exécution forcée.

#### CHAPITRE IV

### Dispositions finales

Dispositions modifiées **Art. 60** Sont modifiés dès l'entrée en vigueur du présent règlement:

a) la directive relative à l'assurance-maladie des requérants d'asile, des personnes admises à titre provisoire et des personnes à protéger, du 23 décembre 2005<sup>17)</sup>

*Préambule*  
Vu le règlement d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RALILAMal), du 18 décembre 2013

b) l'Arrêté d'application de l'ordonnance fédérale relative au relèvement des limites de revenu introduit dans la LAMal, du 10 septembre 1996<sup>18)</sup>

*Article 2 alinéa 2*  
Sous réserve de l'article 29 RALILAMal

Abrogation **Art. 61** Le Règlement d'application de la loi d'introduction de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (RALILAMal), du 31 janvier 1996<sup>19)</sup>, est abrogé.

Entrée en vigueur **Art. 62** <sup>1</sup>Le présent règlement entre en vigueur avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

<sup>2</sup>Il sera publié dans la Feuille officielle et sera inséré au Recueil de la législation neuchâteloise.

---

<sup>17)</sup> RSN 132.092

<sup>18)</sup> RSN 821.106

<sup>19)</sup> FO 1996 N° 10