

Source [SILGENEVE PUBLIC](#)

Dernières modifications au 2 novembre 2024

Loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LaLAMal)

J 3 05

du 29 mai 1997

(Entrée en vigueur : 1^{er} janvier 1998)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
décrète ce qui suit :

Chapitre I But et champ d'application

Art. 1 But et champ d'application

¹ La présente loi régit l'application dans le canton de Genève de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (ci-après : LAMal).

² Sont soumis à la présente loi :

- a) toute personne tenue de s'assurer selon la loi fédérale ou en vertu d'un accord international;⁽⁸⁾
- b) les assureurs pratiquant l'assurance-maladie sociale dans le canton et leurs associations;
- c) les fournisseurs de prestations pratiquant leur art dans le canton et leurs associations.

Chapitre II Autorités compétentes

Art. 2 Autorités compétentes et délégation

Sous réserve des compétences attribuées par la présente loi au Grand Conseil, l'application de la LAMal est confiée, dans le canton de Genève, au Conseil d'Etat, qui peut déléguer ses compétences au département responsable (ci-après : département).

Art. 3 Compétences

¹ Dans le cadre de la législation fédérale, l'approbation de la planification sanitaire est attribuée au Grand Conseil.

² Relèvent de la compétence du Conseil d'Etat :

- a) l'établissement de la liste fixant les catégories d'hôpitaux et d'établissements médico-sociaux;
- b) ⁽²²⁾
- c) l'approbation ou le refus d'approbation d'une convention tarifaire;
- d) la fixation du tarif après consultation des intéressés, en cas d'absence de convention tarifaire;
- e) la fixation d'un tarif-cadre;
- f) la réduction des tarifs des hôpitaux et des établissements médico-sociaux;
- g) la fixation d'un budget global pour le financement des hôpitaux ou des établissements médico-sociaux;
- h) le blocage des tarifs et des prix pour les traitements ambulatoires ou hospitaliers;
- i) la définition des assurés de condition économique modeste et la détermination du montant des subsides accordés à ces assurés.

Chapitre III Obligation d'assurance

Section 1 Affiliation et contrôle

Art. 4 Contrôle de l'affiliation

¹ Le service de l'assurance-maladie contrôle l'affiliation des assujettis.

² Conformément à l'article 32 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000, les autorités administratives et judiciaires ainsi que les assureurs et autres organes d'assurances sociales lui fournissent gratuitement, dans des cas particuliers et sur demande écrite et motivée, les données

et pièces nécessaires à l'exécution de la LAMal et de la présente loi. Les articles 84 et 84a LAMal sont réservés.⁽⁹⁾

³ L'employeur d'un ressortissant étranger exerçant une activité dépendante et dont l'autorisation de séjour est valable pour moins de trois mois est tenu de l'affilier lorsque l'étranger ne bénéficie pas d'une couverture d'assurance équivalant à celle prévue par la LAMal.

⁴ Les assurés et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution de la LAMal et de la présente loi.⁽⁹⁾

Art. 5 Exceptions

Le service de l'assurance-maladie statue sur les exceptions à l'obligation d'assurance.

Art. 6 Affiliation d'office

¹ Les personnes dont la demande d'affiliation n'a pas été déposée dans les conditions prévues aux articles 3 et 6a LAMal sont affiliées d'office. La sommation demeurée sans effet peut entraîner les sanctions prévues à l'article 92 LAMal.⁽⁶⁾

² En cas d'affiliation d'office, la répartition des assujettis entre les divers assureurs est effectuée par le service de l'assurance-maladie selon une clé de répartition fixée par le règlement. Il est tenu compte, le cas échéant, de l'affiliation des membres de la famille.

³ L'affiliation d'office est annulée si elle se révèle injustifiée. L'assuré en supporte les frais s'il est en faute.

Section 2 Information aux assurés

Art. 7⁽⁶⁾ Information périodique

¹ Le service de l'assurance-maladie informe périodiquement toutes les personnes tenues de s'assurer en vertu de la LAMal des prestations offertes par l'assurance obligatoire des soins, des droits et obligations qui en résultent.

² Il précise les conditions à remplir pour l'octroi des subsides cantonaux destinés à la réduction des primes.

³ Il informe le Grand Conseil et les assurés sur les modifications annuelles des primes, notamment sur la base des documents officiels qu'il obtient auprès des assureurs, sur lesquels se fonde l'autorité fédérale pour approuver les tarifs des primes.

Section 3 Assureurs

Art. 8 Obligation d'information

¹ Les assureurs adressent au service de l'assurance-maladie copie de leur reconnaissance par l'Office fédéral des assurances sociales et de leur autorisation de pratiquer, ainsi qu'un exemplaire de leurs statuts et règlements rédigés en français.

² Par convention, les assureurs peuvent être chargés par l'Etat de missions particulières.

Section 4 Surveillance et statistique

Art. 9 Communication des comptes

¹ En vue de la réduction des primes selon les articles 65 et suivants LAMal, les assureurs communiquent au service de l'assurance-maladie les données statistiques concernant leurs effectifs dans le canton.⁽¹⁵⁾

² Chaque assureur doit en outre communiquer au service de l'assurance-maladie son compte d'exploitation et son bilan, sur les formules prescrites par le règlement, et lui remettre le rapport de l'organe de révision.

³ A la demande du service de l'assurance-maladie, les assureurs sont tenus de fournir tous autres renseignements utiles, y compris d'ordre statistique, sur leurs activités dans le canton.

Section 5⁽²⁷⁾ Contentieux résultant du non-paiement des primes et des participations aux coûts

Art. 10⁽²⁷⁾ Principe

Les assurés sont tenus de payer régulièrement leurs primes et participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins.

Art. 10A⁽²⁷⁾ Non-paiement des primes et des participations aux coûts

¹ Le service de l'assurance-maladie est compétent pour la prise en charge du contentieux des assurés insolvable prévu par l'article 64a, alinéa 4, LAMal.

² Les assureurs lui annoncent :

- a) à sa demande, les personnes soumises à l'assurance obligatoire des soins, domiciliées dans le canton, qui font l'objet de poursuites;
 - b) les débiteurs concernés et, pour chacun, le montant total des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins (primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré durant la période considérée, en vue d'une prise en charge forfaitaire par le canton dans les limites du droit fédéral.
- ³ Par règlement, le Conseil d'Etat :
- a) désigne l'organe de contrôle prévu par l'article 64a, alinéa 3, LAMal. Il peut déléguer au service de l'assurance-maladie la compétence de désigner, dans des situations particulières, un organe de contrôle spécifique;
 - b) précise les conditions et les modalités de la prise en charge forfaitaire des créances ainsi que les procédures y relatives;
 - c) dresse la liste des décisions et titres considérés comme équivalents à un acte de défaut de biens.
- ⁴ Le service de l'assurance-maladie est habilité à conclure avec les assureurs des conventions précisant les aspects de la gestion du contentieux de l'assurance obligatoire des soins qui ne sont pas précisés par le droit fédéral ou, à défaut de telles conventions, à édicter des directives administratives nécessaires à cet effet.
- ⁵ Les créances irrécouvrables remboursées aux assureurs sont imputées sur le budget global des subsides cantonaux et fédéraux, au sens de l'article 66 LAMal.

Art. 11⁽²⁷⁾ Rétrocession de l'assureur au canton

¹ Conformément à l'article 64a, alinéa 5, LAMal, l'assureur rétrocède au service de l'assurance-maladie 50% du montant recouvré de la dette de l'assuré dès le paiement de tout ou partie de cette dernière à l'assureur.

² La sous-traitance du recouvrement des créances est interdite aux assureurs.

Chapitre IV Fournisseurs de prestations

Art. 12 Obligation d'information

Les fournisseurs de prestations et leurs associations ont l'obligation de communiquer gratuitement au département toutes les données statistiques nécessaires à l'établissement de la planification sanitaire (art. 39 LAMal).

Art. 13 Avis à l'autorité en cas de récusation

¹ Le fournisseur de prestations qui refuse de fournir des prestations conformément à la loi fédérale (récusation) doit l'annoncer par courrier recommandé au département.

² Le département publie périodiquement dans la Feuille d'avis officielle la liste des fournisseurs de prestations qui se sont récusés. La publication est renouvelée aussi longtemps que dure la récusation.

³ La récusation déploie ses effets dès le lendemain de sa première publication, pour autant que l'assuré en ait été informé dans les formes prévues par la présente loi.

Art. 14 Avis à l'assuré

¹ Le fournisseur de prestations qui s'est récusé doit, aussitôt que sa récusation déploie ses effets, en aviser par écrit les assurés qui recourent à ses services.

² L'avis écrit doit être remis à l'assuré au plus tard au début de la première consultation qui suit la publication de la récusation.

³ Dans l'application de la présente disposition, toute personne domiciliée en Suisse ou y bénéficiant d'une autorisation de séjour est présumée assurée.

Art. 15 Récusation collective

¹ Lorsqu'une association de fournisseurs de prestations recommande à ses membres de se récusar, ou lorsque plusieurs fournisseurs de prestations se concertent en vue d'une récusation collective, ils sont tenus d'adresser au département un préavis de 45 jours avant de procéder conformément aux articles 13 et 14.

² Le département peut réunir les partenaires tarifaires ou convoquer les fournisseurs de prestations ou leurs associations en vue de tenter une conciliation.

Art. 16 Garantie de traitement

¹ Lorsqu'aucun arrangement n'est trouvé avec les fournisseurs de prestations qui se sont récusés, le Conseil d'Etat prend les mesures nécessaires pour garantir le traitement de tous les assurés conformément à la LAMal.

² Il peut arrêter à cette fin que tout ou partie des fournisseurs de prestations qui se sont récusés sont tenus de traiter les assurés conformément au tarif conventionnel ou officiel en vigueur.

³ Lorsqu'une convention tarifaire avec une ou plusieurs associations de médecins a expiré, la protection tarifaire est garantie au tarif de base du tarif-cadre.

⁴ Seuls les assurés soumis à la LAMal bénéficient de la protection tarifaire. Dans les autres cas, le fournisseur de prestations peut appliquer un tarif privé.

Chapitre IVA⁽²⁶⁾ Planification et financement des établissements hospitaliers

Art. 16A⁽²⁶⁾ Principes

¹ La planification hospitalière cantonale vise à couvrir les besoins en soins hospitaliers des habitants du canton, indépendamment de leur couverture d'assurance en la matière. Elle est réexaminée régulièrement.

² Pour déterminer ces besoins, le département chargé de la santé se fonde notamment sur des statistiques médicales, des éventuels déséquilibres existant entre l'offre et la demande de prestations hospitalières, des scénarios démographiques et sur toute autre donnée utile.

³ Dans ce cadre, il peut faire appel à la commission consultative en matière de planification hospitalière. Cette dernière émet des recommandations concernant les besoins en soins hospitaliers des habitants du canton et la mise en œuvre de ladite planification.

Art. 16B⁽²⁶⁾ Liste hospitalière

¹ Le Conseil d'Etat établit la liste hospitalière conformément à la législation fédérale et cantonale.

² Tout établissement hospitalier, qu'il soit public ou privé, y compris les maisons de naissance, remplissant les exigences posées par l'article 39, alinéa 1, lettres a à c et f, LAMal, est susceptible d'être pris en considération lors de l'établissement de la liste hospitalière.⁽³⁷⁾

³ La liste hospitalière garantit une offre suffisante de prestations par rapport aux besoins des habitants du canton en matière d'hospitalisation. Elle tient compte :

- a) des besoins couverts par l'offre des hôpitaux ne figurant pas sur la liste;
- b) des besoins couverts par l'offre des hôpitaux hors canton;
- c) des besoins couverts dans le cadre d'éventuels projets pilotes permettant la prise en charge de prestations dans des zones frontalières, au sens de l'article 36a de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995.

⁴ La liste hospitalière doit être rendue publique. Elle mentionne pour chaque établissement l'éventail de prestations pour lequel il est mandaté.

⁵ Pour figurer sur la liste hospitalière, un établissement doit répondre aux critères suivants :

- a) être reconnu comme indispensable à la couverture des besoins des habitants du canton dans le domaine hospitalier, conformément à la planification cantonale;
- b) s'engager à développer et à exploiter des synergies entre hôpitaux en instaurant des collaborations transversales, notamment en matière d'utilisation des infrastructures, des compétences, des équipements et en matière d'échange électronique de données sur les patients;
- c) garantir une qualité dans la fourniture de ses prestations et répondre aux recommandations en la matière, notamment traiter un nombre suffisant de cas par discipline médicale;
- d) assurer le caractère économique et l'efficacité des prestations qu'il fournit;
- e) assurer la sécurité des patients;
- f) conclure avec l'Etat un mandat de prestations;
- g) admettre, dans le cadre des prestations pour lesquelles le cofinancement de l'Etat est demandé en vertu de la planification hospitalière cantonale, au minimum 50% de patients au bénéfice de la seule assurance obligatoire des soins. Les modalités sont précisées dans les mandats de prestations;⁽³⁷⁾
- h) s'affilier à la communauté de référence prévue par la législation fédérale sur le dossier électronique du patient désignée par le canton.⁽³⁷⁾

Art. 16C⁽²⁶⁾ Mandats de prestations

¹ Le Conseil d'Etat conclut des mandats de prestations avec les établissements sélectionnés pour figurer sur la liste hospitalière.

² Ces mandats fixent les engagements de l'Etat et ceux des établissements répertoriés. Ils mentionnent notamment les missions médicales attribuées par établissement et les modalités de révision des mandats.⁽³⁶⁾

³ Pour pouvoir conclure un mandat de prestations, un établissement doit s'engager à remplir les exigences suivantes :

- a) assurer l'accès des patients au traitement dans un délai utile;
- b) garantir une couverture des besoins prioritaires de la population, notamment en cas d'épidémies et de catastrophes;
- c) accepter tout malade dans les missions médicales attribuées, en fonction des disponibilités de l'établissement;⁽³⁶⁾

- d) transmettre au département chargé de la santé les statistiques et autres instruments de mesure de son activité médicale dans le domaine de la LAMal;
- e) fournir, annuellement, l'intégralité de sa comptabilité analytique, certifiée selon les exigences de la faïtière des établissements hospitaliers;⁽³⁶⁾
- f) disposer d'un service d'urgence et/ou d'une permanence médicale, selon la planification des besoins le cas échéant, et appliquer la charte du réseau des urgences genevois (RUG);
- g) respecter les conditions de travail telles que prévues dans les lois, les règlements et/ou les conventions collectives de travail applicables en la matière, s'agissant notamment du salaire, de l'horaire de travail ou des prestations sociales;
- h) former du personnel de santé en fonction de ses capacités;
- i) disposer d'un outil de surveillance de la qualité.

Art. 16D⁽²⁶⁾ Contrôles et sanctions

¹ Les établissements au bénéfice d'un mandat de prestations font l'objet de contrôles par le département chargé de la santé portant notamment sur le respect de la planification et de l'affectation de la participation cantonale.

² Sur proposition du département chargé de la santé, le Conseil d'Etat peut résilier le mandat de prestations, réduire le montant de la participation financière octroyée et/ou en exiger la restitution totale ou partielle lorsque :

- a) la participation financière n'est pas utilisée en conformité au mandat de prestations;
- b) l'établissement ne remplit pas ou remplit incorrectement son mandat;
- c) la participation financière a été indûment versée notamment sur la base d'un état de fait inexact ou incomplet.

Art. 16E⁽²⁶⁾ Investissements⁽³⁶⁾

¹ Les éventuels montants mis en réserve en vue de l'acquisition d'investissements futurs doivent apparaître séparément au bilan. Ils ne peuvent être utilisés par l'établissement que pour financer des équipements conformes au but et aux objectifs visés par le mandat de prestations.⁽³⁶⁾

² Tout investissement structurel et/ou lié à l'acquisition de grands appareils, projeté et qui est en rapport avec l'activité définie par les mandats de prestations, doit préalablement faire l'objet d'un rapport soumis au département chargé de la santé pour approbation de la prise en compte de cet investissement dans le calcul du coût de la prestation.⁽³⁶⁾

Art. 16F⁽²⁶⁾ Prise en charge des coûts

¹ Les prestations hospitalières faisant l'objet d'un mandat de prestations sont rémunérées selon les structures tarifaires uniformes instaurées à l'échelon national.

² Le canton cofinance les prestations réalisées. A cette fin, le Conseil d'Etat fixe, au plus tard 9 mois avant le début de l'année civile, la part cantonale de financement au sens de l'article 49a LAMal. Il ne cofinance toutefois les prestations en faveur des assurés disposant d'une couverture d'assurance complémentaire privée que lorsque l'obligation d'admettre de l'article 16B, alinéa 5, lettre g, de la présente loi est respectée.⁽³⁷⁾

Art. 16G⁽²⁶⁾ Prestations d'intérêt général

¹ Pour des raisons de santé publique, le Conseil d'Etat peut confier à certains établissements l'exécution de prestations relevant de l'intérêt général et non couvertes par une assurance en application de la législation fédérale, comme notamment la formation universitaire, la recherche, le service d'urgence, ou encore le maintien de capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale.

² Il détermine sa participation en fonction notamment du coût des prestations concernées et d'autres sources de financement.

Art. 16H⁽²⁶⁾ Evaluation intermédiaire

Une évaluation intermédiaire de la planification hospitalière est effectuée une première fois 2 ans après l'entrée en vigueur de la présente loi.

Chapitre V Conventions tarifaires

Art. 17 Bons offices

Le département peut offrir ses bons offices aux associations de fournisseurs de prestations et d'assureurs, en vue de faciliter la conclusion de conventions tarifaires.

Art. 18 Avis au département

¹ Lorsqu'une partie à une convention tarifaire décide de la dénoncer ou de s'en retirer, elle est tenue d'envoyer au département copie de sa lettre de retrait ou de dénonciation, dans la mesure où l'autorité d'approbation est le Conseil d'Etat.

² De même, lorsque les pourparlers en vue de la conclusion ou du renouvellement d'une convention tarifaire sont rompus, il appartient à la partie la plus diligente d'en aviser le département.

³ Dès réception de l'avis de dénonciation, de retrait ou de rupture par le département, le Conseil d'Etat entreprend les consultations en vue de la fixation d'un tarif conformément à l'article 47 LAMal. Il peut aussi charger le département de procéder conformément à l'article 15.

Chapitre VI Subsidés en faveur de certains assurés

Art. 19⁽¹⁵⁾ Réduction des primes par les subsides cantonaux

¹ Conformément aux articles 65 et suivants LAMal, l'Etat de Genève accorde aux assurés de condition économique modeste (ci-après : ayants droit) des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie.

² La participation du canton à la réduction des primes est inscrite au budget de l'Etat.

³ Le service de l'assurance-maladie est chargé du versement des subsides destinés à la réduction des primes. Il est également compétent pour l'échange des données avec les assureurs selon l'article 65, alinéa 2, LAMal.⁽²⁷⁾

Art. 20 Ayants droit

¹ Sous réserve des exceptions prévues par l'article 27, les subsides sont destinés :

- a) aux assurés de condition économique modeste;
- b) aux assurés bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS/AI ou de prestations complémentaires familiales accordées par le service des prestations complémentaires (ci-après : service).⁽²⁵⁾

² Les assurés qui disposent d'une fortune brute ou d'un revenu annuel brut importants sont présumés n'étant pas de condition économique modeste, à moins qu'ils ne prouvent que leur situation justifie l'octroi de subsides. Le Conseil d'Etat détermine les montants considérés comme importants.⁽⁷⁾

³ Sont également présumés ne pas être de condition économique modeste, à moins qu'ils ne prouvent que leur situation justifie l'octroi de subsides :

- a) les assurés majeurs dont le revenu déterminant n'atteint pas la limite fixée par le Conseil d'Etat, mais qui ne sont pas au bénéfice de prestations d'aide sociale;
- b) les assurés ayant atteint leur majorité avant le 1^{er} janvier de l'année civile et jusqu'à 25 ans révolus.⁽¹⁷⁾

⁴ Le Conseil d'Etat détermine les conditions d'application des alinéas 2 et 3.⁽¹⁷⁾

Art. 21⁽³⁴⁾ Limites de revenu

¹ Sous réserve des assurés visés par l'article 20, alinéas 2 et 3, le droit aux subsides est ouvert lorsque le revenu déterminant ne dépasse pas les montants suivants :

- a) Groupe 1 :
 - 1° assuré seul, sans charge légale : 30 000 francs,
 - 2° couple, sans charge légale : 45 000 francs;
- b) Groupe 2 :
 - 1° assuré seul, sans charge légale : 35 000 francs,
 - 2° couple, sans charge légale : 55 000 francs;
- c) Groupe 3 :
 - 1° assuré seul, sans charge légale : 37 500 francs,
 - 2° couple, sans charge légale : 65 000 francs;
- d) Groupe 4 :
 - 1° assuré seul, sans charge légale : 40 000 francs,
 - 2° couple, sans charge légale : 75 000 francs;
- e) Groupe 5 :
 - 1° assuré seul, sans charge légale : 42 500 francs,
 - 2° couple, sans charge légale : 85 000 francs;
- f) Groupe 6 :
 - 1° assuré seul, sans charge légale : 45 000 francs,
 - 2° couple, sans charge légale : 95 000 francs;
- g) Groupe 7 :
 - 1° assuré seul, sans charge légale : 47 500 francs,
 - 2° couple, sans charge légale : 105 000 francs;
- h) Groupe 8 :
 - 1° assuré seul, sans charge légale : 50 000 francs,
 - 2° couple, sans charge légale : 115 000 francs.

² Ces limites sont majorées de 6 000 francs par charge légale.

³ Le revenu déterminant est celui résultant de la loi sur le revenu déterminant unifié, du 19 mai 2005.

⁴ Le droit aux subsides s'étend au conjoint, au partenaire enregistré et aux enfants à charge de l'ayant droit. Une personne assumant une charge légale est assimilée à un couple.

⁵ Des subsides destinés à la réduction des primes des enfants mineurs à charge sont accordés aux assurés n'ayant pas droit aux subsides en application de l'alinéa 1 si le revenu déterminant ne dépasse pas le montant figurant à l'alinéa 7.

⁶ Des subsides destinés à la réduction des primes des enfants majeurs à charge jusqu'à 25 ans révolus sont accordés aux assurés n'ayant pas droit aux subsides en application de l'alinéa 1 si le revenu déterminant ne dépasse pas le montant figurant à l'alinéa 7. Dans ce cas, le revenu déterminant est composé du revenu déterminant des parents, additionné à celui du jeune adulte. Est considéré comme étant à charge le jeune adulte qui vit avec ses parents ou celui dont le revenu déterminant est inférieur à 15 000 francs.

⁷ Le montant à ne pas dépasser pour un assuré seul ou un couple avec une charge légale est de 151 000 francs (Groupe 9).

⁸ Cette limite est majorée de 6 000 francs par charge légale supplémentaire.

Art. 22⁽³⁴⁾ Montant des subsides

¹ Le montant des subsides est de :

- Groupe 1 : 320 francs par mois;
- Groupe 2 : 270 francs par mois;
- Groupe 3 : 220 francs par mois;
- Groupe 4 : 180 francs par mois;
- Groupe 5 : 150 francs par mois;
- Groupe 6 : 110 francs par mois;
- Groupe 7 : 80 francs par mois;
- Groupe 8 : 50 francs par mois.⁽⁴²⁾

² Pour la réduction des primes de chaque enfant mineur à charge, le montant des subsides est le suivant :

- a) Groupes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou 8 : il couvre le 80% du montant de la prime moyenne calculée par l'Office fédéral de la santé publique, arrondi au franc supérieur et augmenté de 10 francs;⁽⁴²⁾
- b) Groupe 9 : 60 francs par mois.

³ Pour les jeunes assurés majeurs visés par l'article 20, alinéa 3, lettre b, le montant des subsides est le suivant :

- a) Groupes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ou 8 : il couvre le 50% de la prime moyenne calculée par l'Office fédéral de la santé publique, arrondi au franc supérieur et augmenté de 15 francs;⁽⁴²⁾
- b) Groupe 9 : 100 francs par mois.

⁴ Le montant des subsides accordés ne peut dépasser le montant de la prime effective de l'assuré.

⁵ Pour le calcul et la distribution des subsides, le service de l'assurance-maladie reçoit sans frais, dans les délais fixés par le département, les informations nécessaires des départements et des services concernés, des assureurs et des ayants droit. Il peut demander leur concours, qui ne peut être refusé.

⁶ Le versement des subsides cesse le jour du départ de Suisse de l'assuré bénéficiaire.

⁷ Les bénéficiaires d'une prestation annuelle, fédérale et/ou cantonale, complémentaire à l'AVS/AI versée par le service ont droit à un subside qui correspond au montant de la prime moyenne cantonale pour le calcul des prestations complémentaires à l'AVS/AI, à concurrence de la prime effective. Lorsque le montant de la prestation annuelle est inférieur à celui de la prime moyenne cantonale à concurrence de la prime effective, le subside accordé correspond au moins au plus élevé des 2 montants suivants :

- a) le montant du subside le plus élevé figurant aux alinéas 1 à 3;
- b) le 60% de la prime moyenne cantonale pour le calcul des prestations complémentaires à l'AVS/AI, à concurrence de la prime effective.⁽³⁸⁾

⁸ Les bénéficiaires de prestations complémentaires familiales ont droit à un subside dont le montant est déterminé par le service. Il correspond à l'excédent des dépenses, mais au maximum à la prime moyenne cantonale incluse dans les dépenses reconnues pour le calcul des prestations complémentaires familiales.

⁹ Le Conseil d'Etat détermine par règlement le montant des subsides des bénéficiaires d'aide sociale ainsi que les conditions d'application des alinéas 7 et 8.

¹⁰ Chaque année, les subsides sont indexés sur la base de la prime moyenne cantonale par rapport à la prime moyenne cantonale en vigueur l'année de l'entrée en vigueur de la présente loi. Les subsides ne sont indexés qu'en cas d'augmentation de la prime moyenne cantonale.⁽⁴²⁾

Art. 23⁽⁷⁾ Procédure d'attribution des subsides et attestation

¹ L'administration fiscale cantonale transmet au service de l'assurance-maladie, sur support informatique, une liste des contribuables dont les ressources sont comprises dans les limites de revenu fixées conformément à l'article 21. Cette liste est établie sur la base de la dernière taxation.

² Le droit aux subsides est ouvert pour l'année civile à venir.⁽¹⁴⁾

³ Le service de l'assurance-maladie établit le fichier des ayants droit. Il fait parvenir à chaque assureur la liste de ses assurés bénéficiaires d'un subside à déduire sur le montant de leurs primes.

⁴ Il adresse une attestation à chaque bénéficiaire. Cette attestation présente le montant du subside accordé, la date à partir de laquelle le droit au subside prend naissance et le nom de l'assureur. Ce document doit être conservé par le bénéficiaire.

⁵ S'agissant des assurés visés par l'article 20, alinéas 2 et 3, lorsque leur situation économique justifie l'octroi de subsides, ils peuvent présenter une demande dûment motivée, accompagnée des pièces justificatives, au service de l'assurance-maladie.⁽¹⁰⁾

⁶ Il en va de même pour les assurés qui font l'objet d'une remise d'impôts.⁽¹⁷⁾

⁷ Le non-respect des délais fixés par le Conseil d'Etat entraîne la péremption du droit aux subsides pour l'année concernée.⁽¹⁷⁾

Art. 23A⁽²⁵⁾ Bénéficiaires des prestations du service⁽¹⁹⁾

¹ Le service de l'assurance-maladie et le service se communiquent régulièrement par fichier informatique les données nécessaires à l'exécution de la présente loi, de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, du 6 octobre 2006, et de la loi sur les prestations complémentaires cantonales, du 25 octobre 1968, notamment le nom des bénéficiaires des prestations, la date d'ouverture du droit aux subsides et, cas échéant, le montant, ainsi que la date de fin du droit aux subsides.⁽³⁸⁾

² Lorsqu'un subside est octroyé en cours d'année à un bénéficiaire des prestations du service, il peut exceptionnellement couvrir la prime effective facturée par l'assureur jusqu'au prochain terme de résiliation du contrat d'assurance. Passé ce délai, le subside est limité au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le Département fédéral de l'intérieur.

³ Lorsqu'un subside est octroyé avec effet rétroactif, le montant du subside rétroactif couvre la prime effective facturée par l'assureur.

⁴ Le service de l'assurance-maladie transmet régulièrement à chaque assureur par fichier informatique la liste de ses assurés bénéficiaires d'un subside à déduire sur le montant de leurs primes.

Art. 24⁽⁸⁾ Assuré imposé à la source domicilié en Suisse

¹ L'assuré imposé à la source de condition économique modeste doit présenter une requête dûment motivée au service de l'assurance-maladie, accompagnée des documents justifiant de sa situation de revenus et de sa fortune.

² Le Conseil d'Etat détermine les revenus et la fortune qui doivent être pris en compte pour le calcul du revenu déterminant le droit aux subsides de l'assuré imposé à la source domicilié en Suisse.

³ Le droit aux subsides naît le premier jour du mois du dépôt de la requête, sous réserve de situations particulières justifiant un effet rétroactif au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Art. 24A⁽⁸⁾ Assuré domicilié à l'étranger

¹ L'assuré domicilié à l'étranger de condition économique modeste doit présenter une requête dûment motivée au service de l'assurance-maladie, accompagnée des documents justifiant de sa situation de revenus et de sa fortune.

² Le Conseil d'Etat détermine les limites de revenu, les montants des subsides ainsi que les revenus et la fortune qui doivent être pris en compte pour le calcul du revenu déterminant le droit aux subsides de l'assuré domicilié à l'étranger. Le revenu pris en compte est corrigé en fonction de la différence du pouvoir d'achat entre la Suisse et le pays de résidence de l'assuré sur la base du pouvoir d'achat dans le pays de résidence.⁽³⁴⁾

³ Le droit aux subsides naît le premier jour du mois du dépôt de la requête, sous réserve de situations particulières justifiant un effet rétroactif au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Art. 25 Nouveaux contribuables

¹ Les nouveaux contribuables ayant atteint leur majorité avant le 1^{er} janvier de l'année civile peuvent demander des subsides. La procédure applicable aux assurés imposés à la source est applicable.

Etudiants

² Sous réserve de l'article 27, lettre c, de la présente loi, les étudiants titulaires d'une autorisation de séjour, délivrée dans le but d'une formation, immatriculés à l'Université de Genève ou à la HES-SO Genève ou inscrits dans une école publique du degré secondaire II ou tertiaire B⁽³³⁾ du canton, titulaires d'une bourse d'études ou pouvant justifier d'un emploi leur procurant au moins le quart de leurs ressources, peuvent demander des subsides. Ils doivent démontrer au service de l'assurance-maladie que leur situation financière est modeste et qu'elle justifie l'octroi de ces subsides.⁽⁸⁾

Art. 26⁽⁷⁾

Art. 27 Exceptions

N'ont pas droit aux subsides :

- a) les assurés et leur conjoint ou leur partenaire enregistré, ainsi que ceux qui sont à leur charge, lorsqu'ils sont totalement ou partiellement exemptés d'impôt, en vertu des exemptions fiscales en matière internationale visées à l'article 16 de la loi sur l'imposition des personnes physiques, du 27 septembre 2009;⁽²⁰⁾
- b) les assurés qui font l'objet d'une taxation d'office, à moins que ceux-ci puissent justifier de démarches en vue de la régularisation de leur situation fiscale ou qu'ils soient taxés d'office en raison d'une participation à une succession dont la valeur n'est pas encore déterminée;⁽³⁵⁾
- c) les assurés volontaires;⁽¹⁷⁾
- d) les ressortissants des Etats membres de l'Union européenne qui reçoivent un titre de séjour conformément à l'article 24, paragraphe 1 ou 4, de l'annexe I de l'Accord entre la Communauté européenne et ses Etats membres, d'une part, et la Confédération suisse, d'autre part, sur la libre circulation des personnes ainsi que les ressortissants des pays membres de l'Association européenne de libre-échange qui reçoivent un titre de séjour conformément à l'article 23, paragraphe 1 ou 4, de l'annexe K – appendice 1 – de la convention instituant l'Association européenne de libre-échange.⁽¹⁷⁾

Art. 28⁽¹⁴⁾

Art. 29 Paiement des subsides

¹ Les subsides sont versés directement aux assureurs pour être intégralement déduits des primes des ayants droit.⁽¹⁾

² Le Conseil d'Etat fixe par règlement les modalités de paiement.⁽⁷⁾

Art. 30⁽⁷⁾

Art. 31⁽²⁷⁾ Conditions de paiement

¹ Pour recevoir les subsides, les assureurs doivent exécuter leurs tâches conformément au droit fédéral.

² Le Conseil d'Etat fixe par règlement :

- a) les délais concernant les différentes annonces à effectuer en application du droit fédéral dans le cadre de l'attribution des subsides;
- b) les données personnelles relatives aux assurés que les assureurs doivent communiquer au service de l'assurance-maladie dans le cadre de ces annonces;
- c) les modalités d'échanges garantissant la sécurité des données.

Art. 32⁽⁷⁾ Changement d'assureur

En cas de changement d'assureur, l'assuré doit annoncer au service de l'assurance-maladie dans les meilleurs délais, mais au plus tard à la fin de l'année civile en cours, le nom de son nouvel assureur pour bénéficier du subside.

Art. 33⁽¹⁴⁾ Subsides indûment touchés

¹ Les subsides indûment touchés doivent être restitués en appliquant par analogie l'article 25 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000.

² Lorsque des subsides ont été indûment touchés par un bénéficiaire des prestations du service⁽¹⁹⁾, ce service peut en demander la restitution au nom et pour le compte du service de l'assurance-maladie.

³ Lorsque les subsides ont été indûment touchés par un bénéficiaire des prestations de l'Hospice général, cet établissement peut en demander la restitution au nom et pour le compte du service de l'assurance-maladie.⁽²⁷⁾

Art. 34⁽⁷⁾ Incitation

Les assurés, en particulier ceux recevant des subsides, sont incités à choisir les assureurs proposant dans le canton les primes les plus modiques.

Chapitre VII Voies de droit

Section 1⁽⁹⁾ Opposition, recours, révision et reconsidération

Art. 35⁽⁵⁾ Opposition

¹ Les décisions prises par les organes d'exécution de la LAMal et de la présente loi peuvent être attaquées, dans les 30 jours suivant leur notification, par la voie de l'opposition auprès de l'autorité qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure.

² L'opposition doit être motivée et contenir des conclusions. Elle peut être écrite ou orale. Le règlement d'exécution fixe la procédure.⁽⁹⁾

³ La procédure d'opposition est gratuite.⁽⁹⁾

⁴ La décision sur opposition doit être rendue dans un délai approprié. Elle est écrite et motivée. Elle mentionne expressément le délai de recours et l'autorité auprès de laquelle il peut être formé recours.⁽⁹⁾

Art. 36⁽²⁴⁾ Recours

¹ Les décisions sur opposition, et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte, peuvent faire l'objet d'un recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, dans un délai de 30 jours à partir de leur notification.

² La procédure devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice est réglée par les articles 89A à 89I de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985.

Art. 36A⁽⁹⁾ Révision et reconsidération

¹ Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou les organes d'exécution de la LAMal et de la présente loi découvrent subséquemment des faits nouveaux importants ou trouvent des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits avant.

² Les organes d'exécution de la LAMal et de la présente loi peuvent revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

³ Jusqu'à l'envoi de leur préavis à l'autorité de recours, les organes d'exécution de la LAMal et de la présente loi peuvent reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé.

Section 2⁽⁹⁾ Suspension des délais, assistance juridique gratuite

Art. 37⁽⁹⁾ Suspension des délais

Dans le cadre de l'application des articles 4 à 11 de la présente loi, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par les organes d'exécution de la LAMal ou de la présente loi ne courent pas :

- a) du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement;
- b) du 15 juillet au 15 août inclusivement;
- c) du 18 décembre au 2 janvier inclusivement.⁽¹⁷⁾

Art. 38⁽⁹⁾ Assistance juridique gratuite

¹ Lorsque les circonstances l'exigent dans le cadre de l'application des articles 4 à 11 de la présente loi, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur pour la procédure devant le service de l'assurance-maladie.

² Les modalités d'octroi de cette assistance sont définies par le règlement.

³ En cas de recours au sens de l'article 36 de la présente loi, l'assistance juridique gratuite est accordée au demandeur conformément à l'article 10 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985.⁽²⁴⁾

Section 3 Tribunal arbitral

Art. 39⁽⁴¹⁾ Compétences

¹ La chambre des assurances sociales de la Cour de justice, lorsqu'elle exerce les compétences visées à l'article 134A de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010, constitue le Tribunal arbitral instauré par le droit fédéral (ci-après : tribunal).

² Le tribunal connaît des litiges opposant assureurs et fournisseurs de prestations. Sa compétence s'étend aux contestations entre assureurs et fournisseurs de prestations ayant trait aux assurances complémentaires (art. 2, al. 2, de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, du 26 septembre 2014).

Art. 40⁽⁴¹⁾

Art. 41⁽⁴¹⁾ Conciliation

Le tribunal ne peut entrer en matière avant que le cas ait été soumis à un organisme de conciliation prévu par convention ou à une tentative de conciliation par un juge de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

Art. 42⁽⁴¹⁾ Composition

Le tribunal siège dans la composition d'un juge de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, qui le préside, et de 2 arbitres représentant l'un les assureurs et l'autre les fournisseurs de prestations désignés, de cas en cas, par les parties.

Art. 43⁽⁴¹⁾ Désignation des arbitres

¹ Si la tentative de conciliation n'aboutit pas, le président invite chacune des parties à désigner son arbitre.

² Si l'une des parties n'a pas fait son choix dans le délai imparti, la désignation est faite par le président.

³ Les arbitres doivent être de nationalité suisse et ne pas avoir atteint l'âge de 72 ans. Ils ne doivent pas avoir fait l'objet d'une condamnation pour un crime ou un délit relatif à des faits portant atteinte à la probité et à l'honneur.

Art. 44⁽⁴¹⁾

Art. 45 Procédure

¹ Le tribunal est saisi par une requête adressée au greffe.⁽²⁴⁾

² Le tribunal statue après avoir permis aux parties de s'expliquer, soit oralement, soit par un échange d'écritures, et après avoir procédé à toute mesure probatoire utile.⁽⁴¹⁾

³ Les dispositions de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985, s'appliquent.⁽⁴¹⁾

Art. 46 Frais

¹ Les frais du tribunal sont à la charge des parties. Ils comprennent les débours divers (notamment les indemnités des arbitres, des témoins, et les frais d'expertise), ainsi qu'un émolument n'excédant pas 50 000 francs.⁽⁴¹⁾

² Dans le jugement ou dans le procès-verbal de conciliation, le tribunal fixe le montant des frais et décide quelle partie doit les supporter.

³ Lorsque le tribunal est saisi d'un litige, il peut ordonner aux parties de faire les avances de frais nécessaires.

Art. 46A⁽⁴¹⁾ Indemnisation

Les indemnités allouées aux arbitres sont fixées par voie réglementaire.

Chapitre VIII Sanctions

Art. 47 Amende administrative

¹ Le département peut infliger une amende de 100 francs à 50 000 francs à toute personne qui a contrevenu intentionnellement ou par négligence à la présente loi et à ses dispositions d'exécution.

² Si l'infraction a été commise dans la gestion d'une personne morale, d'une société en commandite, d'une société en nom collectif ou d'une entreprise à raison individuelle, les sanctions sont applicables aux personnes qui ont agi ou auraient dû agir en son nom. La personne morale, la société ou le propriétaire de l'entreprise individuelle répondent solidairement des amendes. Les sanctions sont applicables directement aux sociétés ou entreprises précitées lorsqu'il n'apparaît pas de prime abord quelles sont les personnes responsables.

³ Le département peut ordonner la publication de sa décision dans la Feuille d'avis officielle ou selon d'autres modalités.

⁴ L'amende peut être cumulée avec les autres sanctions administratives prévues par la loi sur la santé, du 7 avril 2006.⁽¹²⁾

⁵ Les dispositions pénales de la LAMal sont réservées.

Chapitre IX Dispositions finales et transitoires

Art. 48 Règlement d'application

Le Conseil d'Etat édicte le règlement nécessaire à l'application de la présente loi.

Art. 49 Clause abrogatoire

Les lois suivantes sont abrogées :

- a) la loi sur l'assurance-maladie obligatoire, le subventionnement des caisses-maladie et l'octroi de subsides en faveur de certains assurés des caisses-maladie, du 18 septembre 1992;
- b) la loi concernant le Tribunal arbitral prévu par l'article 25 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et par l'article 57 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 16 décembre 1966.

Art. 50 Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe l'entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 51 Dispositions transitoires

¹ Ont droit aux subsides, les assurés qui étaient au bénéfice des prestations complémentaires au 31 décembre 1995 et qui ont perdu ce bénéfice au 1^{er} janvier 1996.

Modification du 24 juin 2004

² Le Conseil d'Etat fixe par règlement le revenu déterminant le droit aux subsides.⁽⁶⁾

³ Les attestations ouvrant un droit aux subsides jusqu'au 31 décembre 2001 sont caduques.⁽⁷⁾

Modification du 17 décembre 2004

⁴ En dérogation à l'article 23, alinéa 2, de la présente loi, le subside octroyé aux assurés visés par l'article 20, alinéa 3, prend fin dès l'entrée en vigueur de cette disposition. Lorsque leur situation économique justifie l'octroi de subsides, ils peuvent présenter une demande conformément à l'article 23, alinéa 5, de la présente loi.⁽¹⁰⁾

Modification du 23 septembre 2011

⁵ Dans le cadre du financement hospitalier et afin d'assurer une couverture suffisante des besoins, le Conseil d'Etat peut inscrire en tout temps sur la liste, à partir de l'entrée en vigueur de la modification du 23 septembre 2011 et jusqu'au 31 décembre 2014 au plus tard, un établissement hospitalier qui n'aurait pas été pris en compte lors de la planification.⁽²⁶⁾

⁶ Dans l'attente des structures tarifaires communes à l'échelon national pour la psychiatrie, la réadaptation et la gériatrie, les prestations sont rémunérées selon le mode de financement valable à l'entrée en vigueur de la modification du 23 septembre 2011.⁽²⁶⁾

Modification du 15 décembre 2011

⁷ L'Etat a une action récursoire contre les assurés à raison des primes, participations aux coûts, frais de poursuite et intérêts moratoires payés par le service de l'assurance-maladie en rachat d'actes de défaut de biens délivrés avant l'entrée en vigueur de la modification du 19 mars 2010 de l'article 64a LAMal.⁽²⁷⁾

Modification du 29 janvier 2021

⁸ Pour les personnes qui sont au bénéfice de prestations complémentaires à l'AVS/AI au moment de l'entrée en vigueur de la modification du 22 mars 2019 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, du 6 octobre 2006 (Réforme des PC), le montant de la prestation complémentaire doit être calculé selon l'ancien et le nouveau droit pendant la période transitoire de 3 ans. Pour effectuer le calcul selon l'ancien droit, les dépenses reconnues comprennent le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins, à concurrence du montant de la prime moyenne cantonale.⁽³⁸⁾

Modification du 27 janvier 2023 – Dérogation relative au montant des subsides pour l'année 2023

⁹ En dérogation à l'article 22, alinéa 1, le montant des subsides pour l'année 2023 est de :

- Groupe 1 : 320 francs par mois;
- Groupe 2 : 270 francs par mois;
- Groupe 3 : 220 francs par mois;
- Groupe 4 : 180 francs par mois;
- Groupe 5 : 150 francs par mois;
- Groupe 6 : 110 francs par mois;
- Groupe 7 : 80 francs par mois;
- Groupe 8 : 50 francs par mois.⁽³⁹⁾

¹⁰ En dérogation à l'article 22, alinéa 2, lettre a, pour la réduction des primes de chaque enfant mineur à charge, le montant des subsides pour l'année 2023 des groupes 1 à 8 couvre le 80% du montant de la prime moyenne calculée par l'Office fédéral de la santé publique, arrondi au franc supérieur et augmenté de 10 francs.⁽³⁹⁾

¹¹ En dérogation à l'article 22, alinéa 3, lettre a, pour les jeunes assurés majeurs visés par l'article 20, alinéa 3, lettre b, le montant des subsides pour l'année 2023 des groupes 1 à 8 couvre le 50% du montant de la prime moyenne calculée par l'Office fédéral de la santé publique, arrondi au franc supérieur et augmenté de 15 francs.⁽³⁹⁾

Modification du 17 novembre 2023 – Dérogation relative au montant des subsides pour l'année 2024

¹² Les alinéas 9 à 11 du présent article s'appliquent au montant des subsides pour l'année 2024.⁽⁴⁰⁾

Modification du 1^{er} mars 2024

¹³ Pour les procédures pendantes au moment de l'entrée en vigueur des modifications du 1^{er} mars 2024, le Tribunal arbitral siège dans la composition prévue à l'article 42 dans sa teneur jusqu'au 11 mai 2024. Toutefois, si les arbitres n'ont pas encore été désignés, ils le sont selon l'article 43 dans sa nouvelle teneur.⁽⁴¹⁾

RSG	Intitulé	Date d'adoption	Entrée en vigueur
J 3 05	L d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie	29.05.1997	01.01.1998

<i>Modifications :</i>		
1. n. : 23A; n.t. : 29/1; a. : 29/2, 29/3	25.09.1998	01.01.1999
2. n.t. : 21/4, 27/a	22.09.2000	01.01.2001
3. n.t. : 23/6	04.10.2001	01.01.2002
4. n.t. : 39/1	20.09.2002	01.08.2003
5. n.t. : 35, 36, 40/1a, 45/1; a. : section 2 du chap. VII, 37, 38	14.11.2002	01.08.2003
6. n.t. : 7	23.01.2004	20.03.2004
7. n. : 20/2, 29/2, 51/2, 51/3; n.t. : 10/3, 10/4, 20/1, 21/1, 22/6, 23, 23A, 29 (note), 32, 34; a. : 21/2 (d. : 21/3 >> 21/2), 21/4, 26, 30	23.01.2004	01.07.2004
8. n. : 24A; n.t. : 1/2a, 6/1, 10/2, 22/6, 24, 25/2, 27c	13.02.2004	15.04.2004
9. n. : 4/4, (d. : 10/3-6 >> 10/4-7) 10/3, (d. : 35/2 >> 35/4) 35/2, 35/3, 36/2, 36A, section 2 du chap. VII, 37, 38; n.t. : 4/2, section 1 du chap. VII, 51/2	24.06.2004	01.10.2004
10. n. : 20/3, 23/7, (d. : 28/1-3 >> 28/4-6), 28/1, 28/2, 28/3, 51/4; n.t. : 21/1, 23/2, 23/5	17.12.2004	01.01.2005
11. n.t. : 20/1, 22/6, 23A	19.05.2005	01.07.2006
12. n.t. : 47/4	07.04.2006	01.09.2006
13. n. : (d. : 21/2 >> 21/3) 21/2	19.05.2005	01.01.2007
14. n.t. : 23/2, 33; a. : 28	12.10.2006	01.01.2007
15. n.t. : 9/1, 19	25.05.2007	01.01.2008
16. n.t. : 21/3, 27/a	24.01.2008	01.07.2008
17. n. : 20/4, (d. : 27/b-c >> 27/c-d) 27/b; n.t. : 20/3, 23/6, 23/7, 37/c	25.01.2008	01.01.2009
18. n. : 21/4; n.t. : 22/4	10.10.2008	01.01.2009
19. n.t. : rectification selon 7C/1, B 2 05 (20/1b, 22/6, 23A (note), 23A/1, 33/2)	11.11.2008	11.11.2008
20. n.t. : 27/a	27.09.2009	01.01.2010
21. n.t. : 40/1a, 46/1	19.03.2010	18.05.2010
22. a. : 3/2b	07.05.2010	06.07.2010
23. a. : 40/2 phr. 2	02.07.2010	31.08.2010
24. n.t. : 36, 38/3, 40/1a, 45/1	26.09.2010	01.01.2011
25. n. : (d. : 22/7 >> 22/8) 22/7; n.t. : 20/1b, 22/6, 23A	11.02.2011	01.11.2012
26. n. : chap. IVA, 16A, 16B, 16C, 16D, 16E, 16F, 16G, 16H, 51/5, 51/6	23.09.2011	01.01.2012
27. n. : 10A, 19/3, 33/3, 51/7; n.t. : section 5 du chap. III, 10, 11, 31; a. : 23A/5	15.12.2011	15.02.2012
28. n. : 40/1s, 40/1t, 40/1u; n.t. : 39/1	12.10.2012	08.12.2012
29. n.t. : 21/2	05.06.2014	06.09.2014
30. n. : 22/9; n.t. : 22/6	18.12.2014	01.07.2016
31. n.t. : 39/1	15.10.2015	19.12.2015
32. n.t. : 21, 22	23.11.2017	27.01.2018
33. n.t. : rectification selon 7C/1, B 2 05 (25/2)	04.09.2018	04.09.2018
34. n.t. : 21, 22, 24A/2	19.05.2019	01.01.2020
35. n.t. : 27/b	13.03.2020	18.07.2020
36. n.t. : 16C/2 phr. 2, 16C/3c, 16C/3e, 16E (note); a. : 16E/1 (d. : 16E/2-3 >> 16E/1-2)	28.08.2020	31.10.2020

37. n. : 16B/5g, 16B/5h; n.t. : 16B/2, 16F/2	28.08.2020	31.10.2020
38. n. : 51/8; n.t. : 22/7, 23A/1; a. : 23A/5	29.01.2021	01.04.2021
39. n. : 51/9, 51/10, 51/11	27.01.2023	25.03.2023
40. n. : 51/12	17.11.2023	20.01.2024
41. n. : 46A, 51/13; n.t. : 39, 41, 42, 43, 45/2, 45/3, 46/1; a. : 40, 44, 45/4, 45/5	01.03.2024	11.05.2024
42. n. : 22/10; n.t. : 22/1, 22/2a, 22/3a	30.08.2024	02.11.2024