



Examen professionnel de spécialiste en assurance-maladie

Partie 1, position 1.1 Mini-cas 1 / Solutions

Série 0

Examen

L'examen porte sur les domaines de compétences opérationnelles (DCO) suivants:

DCO A – Conseil des clients d'assurances-maladie

DCO B – Traitement du droit aux prestations des clients d'assurances-maladie

DCO C – Coordination avec des parties prenantes des assurances-maladie

DCO D – Traitement de litiges juridiques de droit privé et public dans le domaine de l'assurance-maladie

Durée: 90 minutes

Outils: Annuaire de l'assurance-maladie et accidents suisse 2024

Annexes: Aucune

Évaluation

	Points max.	Points obtenus	Note
Note de l'examen	44		

Remarques:

Sauf si cela est expressément demandé, les réponses se limitant à la mention d'une disposition légale (article) seront considérées comme insuffisantes.

Lorsque des articles de loi sont demandés, il faut citer l'article, l'alinéa et éventuellement d'autres précisions complémentaires (chiffres, lettres, etc.).

Les candidat(e)s devront obligatoirement se munir d'un stylo à bille ou à encre (non effaçable) de couleur bleue ou noire pour les épreuves de l'examen.

Question 1 (6,5 points) Temps estimé: 10 minutes

Situation initiale

Mme Retour s'est installée en Suisse le 10 avril 2024 après avoir vécu pendant dix ans en Australie. Lors de son arrivée en Suisse, elle a dû faire de nombreuses démarches administratives, ce qui lui a pris beaucoup de temps. Le 28 septembre 2024, Mme Retour souscrit une assurance de base selon la LAMal auprès de la caisse-maladie Y. Sa prime mensuelle, couverture accidents incluse, s'élève à CHF 562 avec une franchise de CHF 300.

Expliquez à Mme Retour le principe de l'obligation de s'assurer (sans les calculs) et les conséquences découlant d'une annonce tardive. Quelle est la situation de Mme Retour?

Réponse

À compter de la prise de domicile en Suisse, Mme Retour disposait d'un délai de trois mois pour s'affilier à une assurance-maladie **(0,5)**. Si elle l'avait fait dans le délai imparti, la couverture d'assurance aurait été conclue avec effet rétroactif à la date de son arrivée **(0,5)**.

Mme Retour ne s'étant annoncée qu'à l'expiration de ce délai de trois mois, il s'agit d'une affiliation tardive **(0,5)**. La couverture d'assurance **(0,5)** et l'obligation de paiement de la prime **(1)** ne prennent effet qu'à partir du jour de son affiliation **(0,5)**.

Un supplément de prime est dû en cas de retard non excusable **(0,5)**. Il est prélevé sur une durée équivalant au double de la durée du retard d'affiliation **(0,5)** et se situe entre 30 et 50% de la prime **(0,5)**.

L'assureur fixe le supplément de prime en fonction de la situation financière de l'assuré **(0,5)**. Il en réduit le montant si le paiement de ce supplément risque de mettre l'assuré dans la gêne **(0,5)**.

Lorsque les primes sont prises en charge par l'aide sociale **(0,5)**, aucun supplément n'est perçu **(0,5)**.

Question 2 (5 points) Temps estimé: 15 minutes

Situation initiale 1

M. Arrighi a souscrit une assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal auprès de l'assureur-maladie X. Les indemnités journalières s'élèvent à CHF 250 par jour et la prime annuelle se monte à CHF 6'860. Le délai d'attente est de 30 jours. M. Arrighi travaille à plein temps en tant qu'horloger indépendant.

À la suite de problèmes de santé, il se voit prescrire un arrêt-maladie total. Il déclare le cas à son assureur-maladie.

L'assureur-maladie demande à M. Arrighi de lui fournir une preuve du montant de son revenu. Est-il en droit de le faire? Expliquez à M. Arrighi les raisons qui motivent la requête de son assureur.

Réponse

Oui **(0,5)**. L'assurance facultative d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LAMal est une assurance de dommages **(0,5)**. L'assurance de dommages verse uniquement une indemnité pour le dommage effectivement survenu **(0,5)**.

Situation initiale 2

M. Arrighi indique à son assureur-maladie que son revenu mensuel, calculé sur 12 mois, s'élève à CHF 6'000. Expliquez-lui le montant qui lui sera versé pour une incapacité de travail de 90 jours.

Réponse

CHF 6'000 x 12 mois : 360 jours = CHF 200 **(0,5)**
CHF 200 x 60 jours = CHF 12'000 **(0,5)**

La réponse est également correcte si le calcul se base sur 365 jours.

Situation initiale 3

M. Arrighi reprend son activité à 100% au bout de 90 jours. Après quelques jours, il constate néanmoins qu'il n'est pas encore pleinement opérationnel. Son médecin lui conseille alors de réduire son temps de travail de 40% pour les 60 prochains jours et lui délivre un certificat d'incapacité de travail. À combien s'élèvent les indemnités journalières versées à M. Arrighi? Justifiez votre réponse.

Réponse

M. Arrighi ne perçoit aucune prestation **(0,5)** car, conformément à l'art. 72, al. 2, LAMal, le droit à des prestations ne prend naissance qu'à partir d'une incapacité de travail de 50% **(0,5)**.

Il n'est pas nécessaire de citer l'article de la LAMal.

Situation initiale 4

L'état de santé de M. Arrighi s'aggrave malheureusement. Il s'annonce auprès de l'assurance invalidité (AI) qui, après plus d'un an d'incapacité de travail, le déclare en incapacité de gain et lui octroie une rente de CHF 1'800.

Établissez un décompte d'indemnités journalières pour une durée de 30 jours en prenant en compte le droit à une rente AI.

Réponse

30 x CHF 200 = CHF 6'000 **(0,5)**

moins rente AI 30 x CHF 60 (1'800 / 30) **(0,5)**

Droit à une indemnité journalière LAMal: CHF 4'200 (30 x CHF 140) **(0,5)**

Si le calcul de l'indemnité journalière est erroné à la situation initiale 2, recalculer et évaluer le calcul en tant qu'«erreur consécutive».

Question 3 (4 points) Temps estimé: 10 minutes

Votre apprenti, en deuxième année d'apprentissage, vient vous voir, car il ne comprend pas la différence entre l'Institution commune LAMal et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Expliquez-lui, à l'aide du tableau ci-dessous, les tâches dévolues à chacune des deux institutions. Indiquez également l'article de loi ou d'ordonnance correspondant (en précisant l'alinéa et la lettre).

Tâches	Institution commune LAMal	OFSP	Article de loi ou d'ordonnance
Garantir la prise en charge des coûts en lieu et place des assureurs insolubles.	X		Art. 18, al. 2, LAMal ou art. 51 LSAMal
Approuver les primes d'assurance-maladie de l'AOS.		X	Art. 16, al. 1, LSAMal ou art. 27 OSAMal
Établir une liste, avec prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités).		X	Art. 52, al. 1, let. b, LAMal
Assumer des tâches en tant qu'organisme de liaison et institution d'entraide au lieu de résidence, ou de séjour, des assurés ayant droit à une entraide internationale en matière de prestations.	X		Art. 19, al. 1, OAMal
Publier une liste des assureurs admis à pratiquer l'assurance-maladie sociale.		X	Art. 4, al. 2, LSAMal ou art. 71, let. a, OSAMal
Procéder à la compensation des risques entre les assureurs pour chaque canton.	X		Art. 17a, al. 1, LAMal
Avoir qualité pour former un recours devant le Tribunal fédéral contre les jugements rendus par les tribunaux cantonaux.		X	Art. 27, al. 2, OAMal
Rendre une décision en cas de litige entre l'Institution commune et un assureur-maladie concernant les contributions des assureurs au fonds d'insolvabilité.	X		Art. 22, al. 3, let. b, OAMal

0,5 point par réponse correcte et par mention complète de l'article

Question 4 (6,5 points) Temps estimé: 13 minutes

Faits

Benno Känzig a reçu un ordre de marche. Son entrée en service est prévue pour le 8 février. Le service devrait durer jusqu'au 30 mai.

Exercice 4.1

Que doit faire M. Känzig pour que sa prime soit suspendue durant ce laps de temps?

Réponse

Il doit annoncer sa convocation à son assureur-maladie au moins huit semaines **(0,5)** avant l'entrée en service **(0,5)**.

Exercice 4.2

Quelles sont les conséquences découlant d'un non-respect du délai que vous avez indiqué? Expliquez la procédure du point de vue de l'assureur-maladie en une ou deux phrases.

Réponse

L'assureur-maladie procède à la suspension de la prime à la prochaine date possible **(0,5)**, au plus tard huit semaines après l'annonce **(0,5)**.

Extension des faits 1 (question 4)

Les primes doivent être payés à l'avance. Benno Känzig effectue à chaque fois un versement pour trois mois. Il a déjà payé la prime de janvier à mars au début du mois de janvier. En jetant un œil sur le décompte de primes corrigé, il constate que la réduction de primes accordée jusqu'à présent n'a pas été prise en compte pour les mois de février et mars.

Exercice 4.3

Le décompte de primes corrigé est-il correct? Justifiez brièvement votre réponse.

Réponse

Oui **(0,5)**. La réduction de primes ne s'applique pas pendant la durée de la suspension, car aucune prime n'est due **(0,5)**.

Extension des faits 2 (question 4)

Benno Känzig est contraint d'interrompre son service militaire prématurément, le 10 mars. Il ne signale pas cette fin prématurée à son assureur-maladie.

Le 20 mars, il est hospitalisé pour une urgence. L'assureur-maladie reçoit une demande de prise en charge des coûts relative à un séjour stationnaire. Il informe l'hôpital que l'assurance militaire est compétente et communique également cette information à Benno Känzig. Ce dernier indique alors à son assureur-maladie que son service militaire a pris fin le 10 mars.

L'assureur-maladie refuse la prise en charge des coûts au motif que l'annonce a été faite tardivement. La suspension de l'AOS est levée au 28 mars (date de l'annonce). Benno Känzig conteste cette décision et demande la levée de la suspension au 10 mars ainsi que la prise en charge des coûts liés au séjour stationnaire.

Exercice 4.4

Benno Känzig peut-il faire aboutir ses deux requêtes? Justifiez votre réponse en quelques mots et citez toutes les conséquences qu'entraîneraient les changements demandés.

Réponse

Non en ce qui concerne la suspension **(0,5)**.

Oui en ce qui concerne la prise en charge des coûts **(0,5)**.

La durée du service militaire n'ayant pas dépassé 60 jours consécutifs **(0,5)**, l'AOS doit être réactivée avec effet rétroactif au 8 février **(0,5)**. Aucune suspension ne s'applique, de sorte que Benno Känzig est tenu de payer la totalité des primes **(0,5)**.

L'assureur-maladie informe le canton de la situation. Benno Känzig a alors droit à une réduction de primes pour les mois en question **(0,5)**.

Comme la couverture a été réactivée avec effet rétroactif, l'assureur-maladie doit prendre en charge les coûts du séjour stationnaire et délivrer à l'hôpital une garantie de prise en charge des coûts **(0,5)**.

Question 5 (3 points) Temps estimé: 6 minutes

Vous avez reçu les factures suivantes de votre assurée Mme Bader, 53 ans, célibataire. Établissez le décompte de prestations correct. Ces factures sont les premières envoyées pour l'année civile considérée.

Mme Bader avait souscrit pour 2024 une franchise annuelle à option de CHF 1'000, qu'elle a remplacée par la franchise légale de CHF 300 pour l'année 2025.

Facture	Prestation	Période de traitement	Montant de la facture CHF
1	Coûts médicaux ambulatoires	Septembre 2024	1'200
2	Première mammographie de dépistage dans le cadre d'un programme national de prévention	Octobre 2024	350
3	Frais de transport médicalement indiqués	Janvier 2025	1'200
4	Séjour hospitalier stationnaire (15 jours / part de l'assurance-maladie)	Janvier 2025	15'000
5	Traitement auprès d'un psychologue indépendant	Janvier 2025	360
6	Cure balnéaire: 23 jours pour les frais de séjour	Janvier/février 2025	2'000

Solution

Facture	Contrib. frais séjour hosp.	Franchise	Quote-part	Prestation nette AMal
1		1'000	20	180
2		0	35	315
3		300	20	180
4	210		680	14'110
5				0
6				210

0,5 point par réponse correcte pour la prestation nette. Pas de points partiels. Les fautes qui découlent de la même erreur ne doivent être comptées qu'une seule fois.

Question 6 (4,5 points) Temps estimé: 6 minutes

6.1

Un nouveau collègue de travail vous demande en quoi consiste la protection tarifaire dans l'AOS. Expliquez-le lui en deux ou trois phrases.

Réponse

Les fournisseurs de prestations sont tenus de respecter les tarifs fixés par convention **(0,5)** ou par l'autorité compétente **(0,5)**. Ils ne doivent facturer aucune autre prestation **(0,5)**.

1.5 points au maximum pour cette réponse.

6.2

Quelles sont les exceptions prévues pour la protection tarifaire? Expliquez-les à votre collègue.

Réponse

Les fournisseurs de prestations qui refusent de fournir des prestations selon la LAMal doivent le signaler au gouvernement cantonal (justifier la récusation) **(0,5)**. Ils n'ont pas droit à une rémunération dans le cadre de la LAMal **(0,5)**. Si des assurés s'adressent à de tels fournisseurs de prestations, ces derniers sont tenus de les informer au préalable (avant tout traitement) de leur statut **(0,5)**. Exception: cas d'urgence **(0,5)**.

L'exception suivante est également prévue:

La LiMA fixe les prix maximaux pris en charge par l'AOS **(0,5)**. Les fournisseurs de prestations sont toutefois autorisés à dépasser ces plafonds **(0,5)**.

3 points au maximum pour cette réponse

Question 7 (6 points) Temps estimé: 15 minutes

M. Müller (45 ans) est employé comme manutentionnaire dans une grande entreprise de logistique en Suisse (taux d'occupation de 100%).

Depuis quelques années, il souffre d'un léger mal de dos qui l'oblige à consulter son médecin de famille de temps en temps. Les coûts de ces traitements sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Alors qu'il se rend un jour au travail, M. Müller glisse sur le trottoir verglacé. Résultat: une fracture compliquée de la jambe, qui entraîne une incapacité totale de travail pendant plusieurs semaines.

Après un traitement aigu à l'hôpital suivi d'une physiothérapie, M. Müller reste atteint d'une mobilité fortement réduite au niveau de la jambe, qui entrave durablement sa capacité de travail en tant que manutentionnaire.

L'assurance-invalidité ne tarde pas à lui allouer une rente AI.

7.1

Quelle est l'assurance compétente pour la prise en charge des frais médicaux susmentionnés en lien avec la fracture de la jambe? Justifiez votre réponse.

Réponse

M. Müller ayant le statut de travailleur employé en Suisse, il est assujéti à l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA **(0,5)**.

L'assurance-accidents prend en charge les traitements appropriés des suites d'un accident, tels que les traitements ambulatoires et les traitements hospitaliers stationnaires en division commune **(0,5)**.

Les prestations ambulatoires dispensées par le personnel paramédical sur prescription des médecins sont également prises en charge **(0,5)**.

Les prestations hospitalières et de physiothérapie sont donc prises en charge par l'assurance-accidents **(0,5)**.

Conformément à l'art. 64, al. 2, LPGA, si les conditions de la loi spéciale concernée sont remplies, le traitement médical est à la charge, dans l'ordre, de l'assurance militaire, de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité et de l'assurance-maladie. Comme il s'agit ici d'un accident survenu sur le chemin du travail, la prise en charge du traitement incombe à l'assurance-accidents obligatoire.

7.2

Dans quelle mesure les troubles préexistants de M. Müller (mal de dos) influent-ils sur la compétence en matière de prise en charge des frais de traitement? Justifiez votre réponse.

Réponse

Les traitements médicaux sont à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi **(0,5)**.

Conformément à l'art. 36, al. 1, LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotents ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident **(0,5)**.

De plus, la fracture de la jambe ayant indiscutablement été causée par la chute, l'assurance-accidents prend intégralement en charge les frais de traitement correspondants. Le mal de dos préexistant n'a aucune influence sur les frais de traitement liés à la fracture de la jambe **(0,5)**.

Remarque

Le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à une rente LAA. Tant que M. Müller est en incapacité de travail et ne perçoit pas de rente LAA, l'assurance-accidents est tenue de prendre en charge les frais de traitement. (Art. 19, al. 1, LAA)

7.3

Comment se passe la coordination entre l'assurance-accidents (LAA), l'assurance-invalidité (AI) et l'assurance obligatoire des soins (AOS) concernant les prestations versées à M. Müller après la décision d'octroi d'une rente?

Prenez en compte aussi bien la rente elle-même (surindemnisation) que d'éventuels autres traitements médicaux.

Réponse

Les rentes de différentes assurances sociales sont cumulées, sous réserve d'une surindemnisation. Les rentes AI sont en général versées avant les rentes LAA **(0,5)**.

Rente: si M. Müller perçoit une rente AI et si, compte tenu des suites de l'accident, il a également droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, une rente complémentaire de l'assurance-accidents lui est versée. Elle correspond, en dérogation à l'art. 69 LPGA, à la différence entre 90% du gain assuré et la rente AI, mais tout au plus au montant de la rente prévue par l'assurance-accidents en cas d'invalidité totale **(0,5)**. (Art. 20, al. 2, LAA)
Le principe du cumul sous réserve d'une surindemnisation s'applique. (Art. 69 LPGA)
Il y a surindemnisation lorsque les prestations sociales cumulées dépassent à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé et les frais supplémentaires **(0,5)**.

Remarque

Sont exceptées de toute réduction les rentes de l'AVS et de l'AI, de même que les allocations pour impotents et les indemnités pour atteinte à l'intégrité. (Art. 69, al. 3, LPGA).

Traitement médical: le droit à un traitement médical dans le cadre de la LAA cesse dès la naissance du droit à une rente LAA **(0,5)**. (Art. 19, al. 1, LAA)

Selon l'art. 3 LPGA, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique **qui n'est pas due à un accident** et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

Par conséquent, les traitements médicaux qui ne sont pas dus à l'accident sont pris en charge par l'AOS **(0,5)**.

Remarque

Si, après le début du versement de la rente, il s'avère nécessaire de poursuivre un traitement médical se rapportant spécifiquement aux suites de l'accident, l'obligation de prestations de l'assurance-accidents peut être maintenue. Une telle situation requiert un examen de la situation au cas par cas.

Question 8 (8,5 points) Temps estimé: 15 minutes

Erika Müller (67 ans), est retraitée et réside à Zurich. Elle est assurée auprès de la caisse-maladie CuraSana pour l'assurance obligatoire des soins. Elle demande la prise en charge des coûts d'un traitement de physiothérapie spécial que son médecin traitant considère comme médicalement nécessaire. Dans un courrier informel du 10 juin 2024, CuraSana notifie son refus de prise en charge des coûts, au motif que le traitement ne remplit pas les critères d'économicité et d'efficacité. Erika Müller conteste cette décision, car elle souffre de fortes douleurs et escompte de cette thérapie une amélioration sensible de son état de santé.

8.1

De quels moyens dispose Erika Müller pour s'opposer au refus de prise en charge des coûts? Décrivez les différentes étapes de la procédure en matière d'assurances sociales applicable dans l'AOS, en citant les principaux délais et les bases légales.

Réponse

Erika Müller dispose des moyens suivants pour contester le refus de prise en charge des coûts par l'assureur-maladie CuraSana:

1. **Demander une décision: (0,5)** l'assureur-maladie CuraSana ayant notifié le refus de prise en charge des coûts par un courrier informel, Erika Müller est en droit d'exiger qu'il rende une décision formelle.

Conformément à l'**art. 51, al. 2, LPGA (0,5)**, l'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue. Cette demande doit se faire par écrit et dans un délai raisonnable suivant la décision informelle.

CuraSana est alors tenue de rendre une décision **dans les 30 jours (0,5)**.

(Art. 127 OAMal) (0,5)

Remarque

La décision doit être **motivée** et indiquer les **voies de recours**. (Art. 49, al. 3, LPGA)

2. **Opposition:** si Erika Müller n'est toujours pas d'accord avec la décision rendue par CuraSana, elle peut faire **opposition (0,5)**. **(Art. 52, al. 1, LPGA) (0,5)**.

Cette opposition doit être communiquée à CuraSana **dans les 30 jours suivant la notification de la décision (0,5)**.

Remarque

L'opposition doit comprendre une justification indiquant pour quelle raison la décision est contestée.

3. **Décision sur opposition: (0,5)** CuraSana étudie l'opposition avant de rendre, **dans un délai approprié (0,5)**, une **décision sur opposition**. (Art. 52, al. 2, LPGA [0,5], art. 85 LAMal)

Remarque

La doctrine dominante fixe un délai de deux mois au maximum en l'absence de circonstances particulières. La décision sur opposition doit également être motivée et indiquer les voies de recours. (Art. 52, al. 2, LPGA)

4. **Recours devant le tribunal cantonal des assurances: (0,5)** si Erika Müller conteste également la décision sur opposition, elle peut former un **recours** devant le **tribunal cantonal des assurances**. (Art. 56, al. 1, LPGA **(0,5)**, art. 86 LAMal)
Le recours doit être déposé **par écrit dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours (0,5)** auprès du tribunal cantonal des assurances. (Art. 60, al. 1, LPGA) **(0,5)**

Remarque

Dans le cas présent, le tribunal des assurances compétent est en principe celui du canton de domicile d'Erika Müller (art. 58, al. 1, LPGA). L'acte de recours doit contenir les conclusions, les motifs et un exposé des faits (art. 61, let. b, LPGA). En général, la procédure menée devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite (par analogie avec l'art. 52, al. 3, LPGA, droit cantonal).

5. **Recours devant le Tribunal fédéral: (0,5)** s'ils contestent la décision rendue par le tribunal cantonal des assurances, Erika Müller ou l'assureur-maladie CuraSana peuvent interjeter un **recours en matière de droit public** auprès du **Tribunal fédéral de Lucerne** (Cour des assurances sociales). (Art. 82 ss LTF, art. 62, al. 1, LPGA **[0,5]**, en lien avec l'art. 100, al. 1, LTF)
Le recours doit être **déposé par écrit dans les 30 jours suivant la notification de la décision du tribunal cantonal des assurances (0,5)** auprès du Tribunal fédéral. Celui-ci examine en général uniquement les questions de droit. Il est en outre tenu de statuer sur la base des faits établis par le tribunal cantonal.

Remarque

Ce déroulement correspond à la voie de droit ordinaire en cas de litige entre un assureur-maladie et un assuré dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins. Le respect des délais impartis est primordial, car tout manquement peut entraîner la perte des voies de recours.