



Examen professionnel fédéral pour le/la spécialiste en assurance-maladie, du 13 au 16 mai 2024

Avec réponses

Candidat/e: _____ **N°** _____

1^e examen **Modules A, B, C et D**

Durée: 90 minutes

Moyens auxiliaires: Annuaire de l'assurance-maladie et accidents suisse 2023
Calculatrice de poche simple

Annexe: Obligation de s'assurer et droit d'option au sein de l'assurance maladie

Évaluation:

	Points max.	Points obtenus	Note
Note du 1^e examen	73		

Signature des experts:

Observations:

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 noire ou bleue pour les épreuves de l'examen!

Question 1 (4 points)

Monsieur R., votre nouveau voisin récemment arrivé d'Espagne, s'informe au sujet du système de sécurité sociale suisse.

Il vous demande, en tant que professionnel de l'assurance-maladie, de lui expliquer comment fonctionne le système d'assurance-maladie.

Nommez, en quelques mots-clés, 4 caractéristiques régissant l'AOS.

Proposition de solution

Solutions possibles

- Universalité (Assurance obligatoire a priori pour toute la population)
- Diversité d'assureurs, liberté de choix de la part des assurés
- Pas d'affiliation automatique, démarche active de la personne à assurer nécessaire
- Solidarité entre malades et bien-portants, primes par tête indépendamment de l'état de santé
- Soutien ciblé pour les personnes de condition économique modeste (RIP)
- Catalogue exhaustif des prestations défini par la loi, pareil chez tous les assureurs AOS
- Accès à des soins de bonne qualité, y compris médecine de pointe
- Exigence de respecter des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité des traitements

Max. 4 points. D'autres réponses pertinentes peuvent également être acceptées.

Question 2 (4 points)

La LAMal contient une multitude d'activités et de compétences décisionnelles qui sont attribuées à divers organes et autorités.

Cochez qui est responsable de chacune des tâches mentionnées.
Il peut y avoir plusieurs réponses correctes par ligne.

Proposition de solution

	Conseil fédéral	Canton	OFSP	Assureurs	Personne
Peut limiter l'indemnisation des intermédiaires dans l'AOS				X (LSAMal 19.3)	
Gère une institution pour la promotion de la prévention des maladies		X (LAMal 19.2)		X (LAMal 19.2)	
Peut imposer aux assureurs AOS de proposer, sur un territoire donné, toutes les franchises à option admises légalement					X
Approuve les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins.			X (LSAMal 16.1)		
Fixe les critères et limites pour la prise en compte des commissions pour les intermédiaires concernant les produits LCA dans les frais administratifs de l'AOS					X
Règle en détail les formes particulières d'assurance	X (LAMal 62.3)				
Informe les personnes résidant dans l'UE, en Islande et en Norvège sur l'obligation de s'assurer		X (LAMal 6a)			
Fixe de quelles qualifications professionnelles des membres des organes dirigeants des assureurs-maladie doivent disposer	X (LSAMal 20.2)				

0,5 point pour chaque ligne correcte

Question 3 (4 points)

Madame C. a vécu durant les 30 dernières années au Canada et a pris domicile en Suisse le 1^{er} février 2024. Elle s'est affiliée le 4 avril 2024 auprès de l'assureur-maladie W. pour l'AOS : Prime CHF 544.70 par mois, AOS avec choix limité du fournisseur de prestations, risque accident inclus, franchise annuelle de CHF 300.-.

Le 25 avril 2024, l'assureur W. lui envoie la première facture de primes avec le libellé « Assurance obligatoire des soins, jusqu'à mai 2024 ». Au lieu des CHF 544.70 qu'elle s'attendait à devoir payer, Madame C. constate un montant total de CHF 2'157.40, tenant compte d'une minime déduction de CHF 21.40 libellée « taxe CO₂-COV ».

- a) Le décompte est-il correct ?
- b) Déterminez le début de l'assurance et vérifiez le montant facturé pour l'AOS, justifiez ou corrigez-les au besoin.
- c) Expliquez le calcul à Madame C. en 2 à 3 phrases.

Proposition de solution

- a) Oui, le décompte est correct **(1)**.
- b) La couverture AOS a été conclue dans le délai de 3 mois dès la prise de domicile. Ainsi l'assurance débute à la prise de domicile, soit le 1^{er} février 2024 **(1)** (art. 5, al. 1 LAMal).
- c) L'assureur facture dès lors les mois de février, mars, avril, ainsi que mai 2024, soit 4 mois entiers à CHF 544.70 **(1)** (= CHF 2'178.80).
La déduction de CHF 21.40 correspond au remboursement de 4 mois à CHF 5.35, correspondant à la restitution par la Confédération des taxes environnementales **(1)**.

Question 4 (6 points)

Monsieur O., a reçu le 18 octobre 2023 sa nouvelle police d'assurance pour l'année suivante. Il trouve que ses primes sont vraiment trop élevées et s'inquiète de ne pas pouvoir s'en acquitter, sa situation financière étant critique depuis qu'il a perdu son emploi et ne touche que de modestes indemnités de chômage.

Actuellement, Monsieur O. est assuré dans l'AOS avec libre choix du médecin et une franchise de CHF 1'000.-. Il est content de ne pas avoir eu à payer un seul franc de sa franchise dans les dernières années, n'ayant pas été malade. Il se demande bien comment il ferait, si cela devait arriver, pour trouver ces CHF 1'000.- à payer de sa poche.

Monsieur O. vous demande ce qu'il pourrait faire afin de limiter sa charge financière dans l'assurance-maladie.

Indiquez 4 possibilités pour ce faire, et décrivez en 2 à 3 phrases pour chacune vos réflexions à ce propos.

Proposition de solution

- Monsieur O. est-il au bénéfice d'une réduction individuelle de primes ou pourrait-il faire valoir un droit ? **(1)** Comme il semble ne disposer que de revenus modestes, une partie ou la totalité de ses primes AOS pourraient être prises en charge par les pouvoirs publics (canton) **(0.5)**
- Monsieur O. est-il couvert par un assureur AOS avantageux ou non ? **(1)** Tous les assureurs AOS n'ayant pas les mêmes primes, un changement pour un assureur plus avantageux pourrait lui être profitable **(0.5)**
- Monsieur O. tient-il absolument au libre-choix de son médecin ? **(1)** Le choix d'un modèle d'AOS à choix limité du fournisseur de prestations pourrait être envisagé, les primes correspondantes sont sensiblement moins élevées **(0.5)**.
- Monsieur O. a-t-il inclus le risque accident dans son AOS ? **(1)** Comme il bénéficie d'indemnités de l'assurance-chômage, il est couvert par la Suva pour les accidents non professionnels et pourrait suspendre le risque accident de l'AOS, ce qui diminue légèrement la prime **(0.5)**.

Autres réponses pertinentes possibles

Question 5 (2 points)

Madame J. , domiciliée dans le canton de Genève, est assurée pour l'AOS avec une franchise annuelle de CHF 2'500.- et un modèle HMO pour une prime de CHF 440.- par mois auprès de l'assureur Y. , lequel est actif sur tout le territoire suisse.

Elle déménage en Valais dès le 1^{er} juin 2024. Or le modèle d'assurance HMO n'est pas disponible chez cet assureur dans le canton du Valais.

Que va-t-il advenir de la couverture AOS de Madame J. à partir du 1^{er} juin 2024? Indiquez par une croix quelle affirmation est correcte (une seule réponse possible).

Proposition de solution

Affirmations	Vrai
Madame J. devra rester chez l'assureur Y. avec une franchise annuelle de CHF 2'500.-. Ce sont les conditions d'assurance qui fixent si un autre modèle à choix limité peut être souscrit, à défaut elle devra passer dans l'assurance avec libre choix du prestataire de soins.	<input checked="" type="checkbox"/>
Madame J. peut choisir librement quel modèle et quelle franchise vont s'appliquer pour elle dès le 1 ^{er} juin 2024, parmi les diverses offres proposées par son assureur Y. dans le canton du Valais.	<input type="checkbox"/>
Comme elle sort du rayon d'activité du modèle HMO, Madame J. peut changer d'assureur au 1 ^{er} juin 2024 selon l'art. 7 al. 3 LAMal, à condition d'adhérer à un assureur qui propose un modèle HMO à son nouveau domicile.	<input type="checkbox"/>
Comme elle sort du rayon d'activité du modèle HMO, Madame J. peut changer d'assureur au 1 ^{er} juin 2024 selon l'art. 7 al. 3 LAMal, mais devra garder une franchise annuelle de CHF 2500.- si le nouvel assureur propose cette variante.	<input type="checkbox"/>
A compter du 1 ^{er} juin 2024, Madame J. est obligatoirement transférée dans l'assurance ordinaire de l'assureur Y. (prime mensuelle canton du Valais: CHF 552.-).	<input type="checkbox"/>

Si plus d'une réponse cochée, 0 point.

Question 6 (4 points)

Monsieur W., rentier AVS de 66 ans, touche une rente de vieillesse uniquement de la Suisse (AVS). Il est assuré pour l'AOS auprès de l'assureur N., dont le rayon d'activité territorial est limité à la Suisse (exception selon l'art. 4 OSAMal).

Il vient s'informer du sort de son assurance-maladie étant donné qu'il va prochainement quitter la Suisse et s'établir en Estonie pour y passer sa retraite avec sa future épouse qui y réside. Celle-ci n'exerce aucune activité lucrative et est enceinte. Monsieur W. veut donc aussi savoir ce qu'il en est de la couverture de sa compagne et de leur enfant à naître.

Expliquez à Monsieur W. en 4 à 5 phrases si, respectivement quand cessera la couverture auprès de son assureur actuel, et quelles les éventuelles obligations, pour lui-même ainsi que sa future famille, en lien avec la couverture d'assurance-maladie et les éventuelles possibilités de choix pour l'AOS.

Proposition de solution

- Il cessera d'être assuré par l'assureur N. au moment du changement de résidence **(1)** (selon l'art. 7 al. 3 LAMal)
- Monsieur W. doit continuer d'être assuré en Suisse **(1)** par l'AOS après le changement de résidence.
- Il devra donc choisir un assureur qui pratique l'AOS en Estonie **(0.5)**.
- Le site www.priminfo.ch contient des indications sur les assureurs LAMal actifs dans les divers pays de l'UE, y c. de l'Estonie **(0.5)**.
- Son épouse (une fois qu'ils seront mariés) devra aussi être assurée en Suisse **(0.5)** auprès du même assureur **(0.5)** (selon l'art. 4a LAMal). Leur enfant, dès sa naissance, également **(0.5)**.
- L'adhésion à une forme particulière d'assurance est exclue **(0.5)** (selon art. 101a OAMal) pour Monsieur W, son épouse et leur enfant.

max. 4 points

Question 7 (4 points)

Madame L. a envoyé une facture de la masseuse (massage du dos en raison de douleurs) ainsi que la facture de l'hygiéniste dentaire (détartrage) à son assureur-maladie X.

Le décompte établi par celui-ci mentionne simplement « pas d'assurance selon la LCA conclue » et le remboursement s'élève à CHF 0.-.

Madame L. est étonnée, étant donné que ses parents assurés auprès du même assureur lui ont certifié que, pour eux, ce genre de frais était remboursé au moins partiellement.

- a) Expliquez les raisons pour lesquelles l'assureur-maladie X. de Madame L. n'a pas pris en charge ces frais.
- b) Que peut entreprendre Madame L. si elle entend obtenir à l'avenir des prestations pour ce genre de frais ? Décrivez les différentes étapes du processus.
- c) Enumérez les résultats possibles de ces étapes, du point de vue de l'assureur.

Proposition de solution

- a) L'assureur-maladie n'est pas autorisé à prendre en charge des prestations n'entrant pas dans le catalogue de prestations défini à l'Art. 25 LAMal **(0.5)**. Une assurance complémentaire (selon la LCA) est nécessaire pour couvrir des frais tels que le détartrage dentaire ou le traitement par une masseuse diplômée **(0.5)**.
- b) Madame L. peut s'adresser à l'assureur de son choix **(0.5)** ou à un intermédiaire **(0.5)** de conclure une ou des assurances complémentaires. Pour trouver la couverture la plus adéquate pour elle **(0.5)**, elle pourra évaluer elle-même les produits ou se faire conseiller par un professionnel. Elle soumettra ensuite une proposition d'assurance **(0.5)** selon la LCA. Elle devra compléter un questionnaire sur son état de santé **(0.5)** avec procuration pour permettre à l'assureur d'interroger les médecins **(0.5)**.

max. 1.5 points pour la partie b)

- c) Il est possible que l'assureur refuse la conclusion de l'assurance complémentaire **(0.5)**, qu'il impose une réserve/exclusion sur les troubles de santé préexistants, de durée illimitée **(0.5)**, respectivement de durée limitée **(0.5)**. Il peut aussi accepter la proposition sans réserve **(0.5)**.

max. 1.5 points pour la partie c)

D'autres réponses pertinentes peuvent être admises

Question 8 (4 points)

Madame et Monsieur J., jeunes mariés, viennent demander conseil pour adapter la couverture d'assurance de Madame. Actuellement, Madame J. est couverte uniquement par l'AOS. Elle souhaite pouvoir bénéficier du maximum de prestations possibles en cas de grossesse.

En effet, ils ont le projet de fonder une famille et d'avoir dans les prochains mois, si tout se passe comme espéré, un premier enfant. Madame J. précise qu'à sa connaissance, elle n'est pas encore enceinte.

- a) Indiquez 4 prestations en cas de grossesse et de maternité, qui ne sont pas couvertes par l'AOS (ou pas entièrement), mais qui peuvent être assurées par une assurance complémentaire.
- b) Quelles conséquences pourraient se produire si Madame J. se décide à conclure une assurance complémentaire et qu'elle s'avère être enceinte à ce moment-là, même sans le savoir. Indiquez aussi sur quelle base se fondent ces conséquences.

Proposition de solution

- a) Multiples réponses pertinentes possibles : couverture des frais en division privée ou demi-privée, couverture des frais de transport en cas d'accouchement urgent, médicaments hors-liste, contrôles médicaux supplémentaires durant la grossesse (consultations, échographies, ...), indemnité en cas d'allaitement, contribution à des prestations préventives comme des cours de préparation à la naissance ou de la gymnastique post-natale, participation aux frais d'une aide-ménagère après l'accouchement, etc.

0.5 point par réponse pertinente, max. 2 points pour la partie a)

- b) En général, les assurances complémentaires prévoient dans leurs CGA **(0.5)** un délai de carence **(0.5)** en lien avec le risque de maternité. Cela signifie que les prestations ne sont pas assurées pour les frais survenant avant l'écoulement dudit délai de carence **(1)**. Dans ce cas, Madame J. reste débitrice des primes des assurances complémentaires **(0.5)** et devra assumer elle-même les coûts non couverts **(0.5)** ou renoncer aux prestations **(0.5)**.

max. 2 points pour la partie b)

Question 9 (3 points)

Indiquez si les affirmations suivantes concernant le thème de la «surveillance du domaine de l'assurance-maladie» sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Proposition de solution

Affirmations	Vrai	Faux
L'OFSP et la FINMA ont tous deux pour mission, dans leur activité de surveillance, de protéger les assurés contre les abus.	X	
Si un assureur AOS publie sur son site internet le tarif des primes pour l'année suivante après approbation par l'autorité de surveillance, il est tenu de publier le tarif de toutes les formes d'assurance qu'il pratique.	X	
Outre la solvabilité de l'assureur-maladie, l'OFSP vérifie aussi les frais administratifs, notamment les dépenses publicitaires et les commissions versées aux intermédiaires.	X	
Les assureurs-maladie pratiquant l'AOS ont le droit de conclure entre eux un accord visant à limiter lesdites commissions qu'ils versent aux intermédiaires.	X	
Tous les constats d'irrégularité issus des audits de surveillance de l'OFSP sont portés à la connaissance du public.		X
L'OFSP est compétente pour approuver les tarifs de primes de l'AOS et de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières, mais pas ceux de l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LAMal.	X	

0,5 point par réponse correcte

Question 10 (2 points)

La Suisse connaît l'obligation généralisée de conclure une assurance selon l'AOS.

Expliquez en 1 à 2 phrases ce que l'on entend par « affiliation d'office » dans l'assurance-maladie.

Proposition de solution

Lorsqu'une personne soumise à l'obligation d'assurance **(0.5)** ne s'assure auprès d'aucun assureur AOS **(0.5)** dans le délai légal **(0.5)**, le canton de domicile **(0.5)** lui impose **(0.5)** un assureur. En général l'affiliation d'office intervient après lui avoir en vain rappelé son obligation de choisir un assureur **(0.5)**.

max. 2 points

Question 11 (3 points)

Monsieur H., domicilié à Lausanne est couvert par l'AOS. Depuis quelques semaines, il se sent déprimé et, sur conseil de son entourage, est décidé à consulter le Dr B., médecin spécialiste FMH en psychiatrie dont on lui a dit le plus grand bien. Ce médecin est autorisé à pratiquer dans le canton de Genève.

Indiquez 3 raisons possibles pour lesquelles les consultations et le traitement (prise en charge classique en cas de dépression) prodigués par le Dr B. à Monsieur H. pourraient ne pas être couvertes par l'AOS.

Proposition de solution

- Le Dr B. est touché par la limitation quantitative des médecins admis selon l'art. 55a LAMal **(1)**.
- Le Dr B. a déclaré être en récusation au sens de l'art. 44, al.2 LAMal **(1)**.
- Monsieur H. a un modèle à choix limité du fournisseur de prestations qui ne lui permet pas d'aller consulter directement le médecin spécialiste de son choix, respectivement il n'a pas un bon de délégation de la part du médecin de premier recours **(1)**.

Question 12 (6 points)

Madame Q. , âgée de 30 ans, vit et travaille à Zurich. Durant un stage de trois mois à Lausanne dans une filiale de la compagnie qui l'emploie, elle est prise soudainement de violentes douleurs au ventre et perd connaissance. Transportée en urgence par ambulance au CHUV (hôpital universitaire à Lausanne), elle y est opérée sur le champ pour une crise d'appendicite.

Vous disposez des informations suivantes:

- AOS avec franchise annuelle de CHF 500.-
- Durée du séjour à l'hôpital universitaire de Lausanne (CHUV) du 27 décembre 2023 au 3 janvier 2024
- Diagnostic: ICD K35.31 Appendicite aiguë avec péritonite localisée avec perforation ou rupture, coût relatif du DRG: 0.796
- Prix de base du canton de Vaud (division commune): CHF 9'840.-
- Tarif de référence du canton de Zürich: CHF 9'870.-
- Clé de répartition pour la rémunération des prestations entre assureur-maladie/canton: ZH et VD, 45% / 55%
- Facture de l'ambulance : CHF 950.-

Établissez le décompte de ces frais (hôpital et transport) en tenant compte de la participation aux coûts. Indiquez quels coûts sont à la charge de l'assurance-maladie, du canton et de Madame Q. Celle-ci n'a pas encore envoyé de factures ni pour l'année 2023, ni pour l'année 2024.

Détaillez vos calculs et arrondissez aux 5 centimes les plus proches.

Proposition de solution

Facture de l'hôpital: prix de base Vaud = CHF 7 832.65 **(1)**

Part de l'assurance-maladie: (CHF 9 840 x 0.796 x 45 %) = CHF 3 524.70 **(1)**

Part du canton: (CHF 9 840 x 0.796 x 55 %) = CHF 4 307.95 **(1)**

Frais pris en charge par l'AOS: CHF 3 999.70

soit CHF 3 524.70 pour le CHUV + CHF 475.- pour l'ambulance **(0.5)**

Participation aux coûts de Madame Q. : CHF 1 394.50

CHF 1 000.- **(0.5)** pour la franchise en 2023 et en 2024

CHF 105.- **(0.5)** pour la contribution aux frais de séjour hospitalier (7 x 15.-)

CHF 289.50 **(0.5)** pour la quote-part

+ CHF 475.- **(0.5)** (moitié non prise en charge des frais de transport)

A charge de Madame Q. au total: CHF 1 869.50 (0.5)

Question 13 (3 points)

Une association de divers prestataires souhaite ouvrir un centre balnéaire et de bien-être pluridisciplinaire offrant les services suivants :

- Centre de bains thermaux
- Physiothérapie
- Manucure-pédicure
- Diététique
- Massages anti-cellulite

Le centre en question a l'intention d'établir la liste des prestations facturables à l'AOS.

Vous êtes mandaté pour déterminer, pour chacune des disciplines concernées par l'AOS, quelle est l'autorité compétente pour examiner si les conditions pour délivrer l'autorisation de pratiquer pour l'AOS sont remplies. Indiquez en plus les bases légales correspondantes.

Proposition de solution

Cure balnéaire : DFI **(0.5)** art. 40, al. 1 LAMal ou art. 57 OAMal **(0.5)**

Physiothérapie : Canton **(0.5)** art. 47 lettre a OAMal **(0.5)**

Diététique : Canton **(0.5)** art.50a OAMal **(0.5)** - accepter 52c OAMal

(Manucure-pédicure : non pris en charge LAMal)

(Massages anti cellulite : non pris en charge LAMal)

Si manucure et/ou massage sont indiqués, alors max. 2.5 points

Question 14 (4 points)

Madame F. est assurée auprès de votre assurance pour l'AOS ainsi qu'une assurance complémentaire pour les traitements ambulatoires et hospitaliers couvrant les prestations privées dans le monde entier, Suisse comprise.

Madame F. a trouvé un médecin de famille, le Dr A., qui parle sa langue natale (arabe), est installé à Zurich (admis à la charge de l'AOS et conventionné) et lui garantit de s'occuper d'elle en priorité à toute heure. Le médecin est même disposé à se déplacer au domicile de Madame F. à Davos (Grisons) à tout moment.

Pour ces services, le Dr A. informe sa patiente qu'une partie de ses honoraires sera facturée directement à l'assurance-maladie, mais que l'AOS ne peut pas prendre en charge le service 24h/24 qu'il lui offre, ni l'indemnisation des déplacements à Davos pour les consultations. Il précise qu'il va lui facturer directement les prestations suivantes sous le libellé « honoraires privés hors LAMal » :

- a) Déplacements selon tarif au temps, CHF 500/h.
- b) Supplément pour service en cas d'urgence : CHF 300/heure en plus du tarif de l'assurance
- c) Pour toute explication orale et/ou écrite dans sa langue natale concernant les notices de médicaments : un forfait de CHF 100.-
- d) En cas d'hospitalisation, le Dr A. exerce exclusivement en division privée d'une clinique reconnue. Il précise qu'il ne peut pas donner de tarif à l'avance pour ses services personnalisés, mais qu'il applique un tarif privé « admis par les assurances », le même pour tous ses patients.

Évaluez si le Dr A. a le droit de facturer ses services comme il l'indique à sa patiente et motivez votre appréciation.

Proposition de solution

- a) Les déplacements du médecin, non justifiés médicalement mais par choix et confort de l'assurée, ne sont pas couverts par la LAMal; facturation privée admissible (1)
- b) Le supplément pour service prioritaire en cas d'urgence n'est pas facturable: Les suppléments en cas de dérangement ou d'urgence sont inclus dans le tarif Tarmed applicable en LAMal (1)
- c) Explication orale et/ou écrite en arabe, pas couvert par la LAMal; facturation privée admissible (1)
- d) Honoraires en cas d'hospitalisation en division privée, pas à charge de l'AOS; facturation privée admissible (1).

Indications pour les services b) et c) : D'autres réponses peuvent être admises avec une motivation appropriée.

La protection tarifaire selon l'art. 44 LAMal ne permet aucun supplément pour les prestations ambulatoires. Pour les prestations clairement non couvertes par la LAMal cependant, on ne peut pas soutenir qu'elles devraient être facturées selon le Tarmed.

Question 15 (2 points)

Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures en fonction de tarifs ou de prix.

Attribuez les divers tarifs ou types de tarif aux fournisseurs de prestations concernés. Plusieurs attributions par ligne sont possibles.

Proposition de solution

Genre de tarif	Hôpital	Médecin	Physio- thérapeute	Infirmières/ infirmiers
Tarif à la prestation	X	X	X	
Tarpsy	X			
Tarmed	X	X		
Tarif au temps consacré				X

0,5 point par ligne correcte

Question 16 (3 points)

Pour que les assureurs-maladie puissent procéder à la vérification du calcul de la rémunération et du caractère économique des prestations, les fournisseurs de prestations sont obligés de fournir sur leurs factures diverses indications administratives et médicales.

Enumérez 5 de ces indications, que les médecins doivent faire figurer sur leurs factures. Indiquez également la base légale.

Proposition de solution

Dates de traitement **(0.5)**

Prestations fournies détaillées avec tarif **(0.5)**

Diagnostic et procédures **(0.5)**

N° carte d'assuré **(0.5)**

N° AVS **(0.5)**

art. 59 al. 1 OAMal **(0.5)**

Question 17 (3 points)

Monsieur T. a décidé de se mettre à son compte. Il démissionne de son emploi de jardinier salarié à la société Z. Il a maintenant établi son *business plan* et déjà loué un local pour son activité.

Après avoir créé sa société, il prend contact avec un conseiller en assurance afin d'obtenir une offre d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Il indique au conseiller que, selon son *business plan*, son futur revenu est estimé à env. CHF 80'000.-. Suite à l'achat d'appareils pour son activité, il ne dispose quasiment plus de réserves.

Le conseiller en assurance lui remet l'offre suivante:

Indemnités journalières	Délai de carence
Assurance de sommes avec CHF 80'000,-	dès le 15 ^e ou le 31 ^e jour

Monsieur T. hésite à opter pour l'offre et ne comprend pas non plus le terme assurance de sommes. Il vous demande les explications suivantes:

- a) Quelle est la différence entre une assurance de sommes et une assurance de dommages? Expliquez la différence en 2 à 3 phrases.
- b) Indiquez en plus un avantage et un inconvénient de l'assurance de sommes par rapport à l'assurance de dommages.

Proposition de solution

- a) Dans l'assurance de dommages, la perte de gain réelle doit être attestée en cas de survenue du cas assuré. **(1)**
Dans l'assurance de sommes, le montant réellement assuré est versé sans qu'il faille attester la perte de gain. **(1)**
- b) Avantage: Il peut intégrer les frais fixes dans la somme assurée **(0.5)**.
Inconvénient: La prime est plus onéreuse **(0.5)**.

Question 18 (3 points)

Il existe différentes formes d'assurance d'indemnités journalières. Attribuez les affirmations suivantes à la forme d'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal ou la LCA clairement correspondante.

Proposition de solution

Affirmations	LAMal	LCA
Lorsque 2 assurances sociales sont concernées, les indemnités journalières sont toujours complétées jusqu'à concurrence de la perte de gain présumée.	X	
L'assurance d'indemnités journalières fait l'objet d'une suspension de prestations 14 jours après la sommation légale.		X
A défaut d'accord contraire, la prestation est versée lorsque l'incapacité de travail est d'au moins 50 %.	X	
Le délai de rechute est de 12 mois chez de nombreux assureurs-maladie conformément aux CGA.		X
Lorsque les indemnités journalières sont réduites par suite d'une surindemnisation, les délais d'octroi sont prolongés en fonction de la réduction.	X	
L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue jusqu'à l'âge de 60 ans.		X

Indication pour la correction: 0,5 point par ligne correcte

Question 19 (2 points)

Expliquez 4 différences entre les prestations d'indemnités journalières d'un salarié en incapacité de travail en cas de maladie professionnelle d'une part et en cas de maladie non professionnelle d'autre part.

Proposition de solution

- La loi applicable (LAA vs absence d'assurance/LAMal/LCA) **(0.5)**
- L'obligation d'assurance (assurance obligatoire / assurance facultative pour l'employeur) **(0.5)**
- Le montant de la couverture (taux de couverture de 80% jusqu'à CHF 148'200,- max. vs couverture spécifique à chaque contrat) **(0.5)**
- Le délai d'attente (le début des prestations est juridiquement réglementé / plusieurs possibilités de délais d'attente) **(0.5)**
- Les primes (à la charge de l'employeur en LAA/ peuvent parfois être à la charge de l'employé (déduction sur le bulletin de salaire)) **(0.5)**
- La durée d'indemnisation (illimitée vs limitée) **(0.5)**

max. 2 points – le demi-point est attribué à condition que la différence soit visible.

Question 20 (4 points)

Il ressort de l'analyse des statistiques des assureurs-maladie que le Dr D. a facturé des honoraires massivement trop élevés en comparaison avec d'autres cabinets médicaux comparables. C'est du moins l'appréciation du secteur "Contrôle de l'économicité" de santésuisse, qui a dès lors pris contact avec le médecin, sur mandat des assureurs-maladie.

Pour l'année 2022, la prétendue surfacturation des honoraires devrait entraîner le remboursement d'honoraires pour plus d'un demi-million de francs. Après l'échec d'une tentative de conciliation, il ne reste que la voie juridique.

- a) Quelle instance peut traiter la contestation après l'échec de la procédure de conciliation ?
- b) Expliquez en 2 à 3 phrases quels sont les rôles et compétences de cette instance.
- c) Quelles conditions formelles s'appliquent à la décision de l'instance précitée?

Proposition de solution

- a) Le tribunal arbitral (cantonal) **(0.5)**
- b) Il s'agit de l'instance judiciaire prévue par la LAMal pour traiter les litiges entre assureurs-maladie et fournisseurs de prestations **(0.5)**. Le tribunal arbitral peut notamment prononcer des sanctions en cas de manquement aux principes d'économicité **(0.5)**, traiter les différends lors de contestation de facturation **(0.5)** et trancher en cas de contestation quant à la désignation d'un médecin-conseil par l'assureur **(0.5)** (Art. 57, al. 3 LAMal)

max. 1,5 points pour la partie b)

- c) Les jugements contiennent les motifs retenus **(0.5)**, l'indications de voies de recours **(0.5)** et les noms des membres du tribunal **(0.5)**; ils sont communiqués par écrit **(0.5)**.

Question 21 (3 points)

Monsieur S., habite dans le canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures (AR). Son assureur-maladie X. dont le siège est situé à Lucerne décide que les coûts pour son traitement chez le dentiste à Berne ne sont pas pris en charge par l'AOS. Ce refus lui est confirmé une seconde fois par une décision sur opposition.

- a) Citez la dénomination exacte du tribunal auquel Monsieur S. peut s'adresser, ainsi que le canton compétent.
- b) Dans quel délai le recours doit-il être déposé?
- c) Que se passe-t-il si Monsieur S. laisse passer le délai ?

Proposition de solution

- a) Obergericht **(1)**, Appenzell AR. **(0.5)**
- b) 30 jours **(0.5)** suivant la notification de la décision sujette à recours **(0.5)**
- c) La décision devient définitive **(0.5)** (=elle entre en force, c'est-à-dire qu'elle ne peut plus être attaquée)