



Examen professionnel fédéral pour le/la spécialiste en assurance-maladie, du 8 au 11 mai 2023

Avec solutions

Candidat/e: _____ N° _____

2^e examen Modules A, B, C et D

Durée: 90 minutes

Moyens auxiliaires: Annuaire de l'assurance-maladie suisse 2022
Calculatrice de poche simple

Auxiliaire: Calendrier 2022

Évaluation

	Points max.	Points obtenus	Note
Note du 2 ^e examen	60		

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 (3 points)

Cochez les cases „Vrai“ ou „Faux“ pour chacune des affirmations suivantes concernant la fixation des primes de l'AOS.

Affirmation	Vrai	Faux
L'assureur, lorsqu'il fixe les primes de l'AOS, doit tenir compte du niveau des coûts dans chaque canton où il a des assurés; aucune exception n'est possible.		X
L'assureur, lorsqu'il fixe les primes de l'AOS, doit tenir compte des provisions dites „techniques“ destinées à couvrir les coûts des traitements passés qui n'ont pas encore été facturés.	X	
La prime des formes particulières d'assurance s'élève au maximum à 50 % de la prime de l'assurance ordinaire avec couverture des accidents de la région de prime et du groupe d'âge de l'assuré.		X
Les primes des assurés ayant opté pour une franchise à option doivent obligatoirement inclure une contribution aux réserves et à la compensation des risques.	X	
Les primes des assurés ayant opté pour un modèle avec choix limité du fournisseur de prestations doivent obligatoirement inclure une contribution aux réserves et à la compensation des risques.	X	
Si, dans un canton, les primes encaissées par un assureur au cours d'une année étaient nettement plus élevées que les coûts cumulés dans ce canton, l'assureur doit, dans le canton concerné, procéder à une compensation des primes l'année suivante.		X

0,5 point par réponse correcte.

Question 2 (6 points)

En novembre 2022, Mme A., employée administrative, voit sur le site www.priminfo.ch que la prime AOS avec une franchise de CHF 300.- s'élève, chez l'assureur Y., à CHF 377.60 par mois pour l'année 2023 (le risque d'accident n'étant pas couvert) pour un adulte.

Mme A. voudrait connaître le montant des primes pour elle-même et sa famille, selon les indications mentionnées dans le tableau ci-dessous. Toutes ces personnes vivent sous le même toit.

Pour le calcul des primes, vous disposez des indications ci-après fournies par l'assureur Y.

Franchise à option:	Rabais maximal admis selon les dispositions légales
Rabais pour les enfants:	75 %
Rabais pour les jeunes:	20 %
Rabais pour le modèle médecin de famille:	15 %
Suspension du risque d'accident:	Rabais maximal admis selon les dispositions légales

Calculez pour chaque membre de la famille sa prime mensuelle en 2023 auprès de l'assureur Y. et détaillez vos calculs.

Personne assurée	Etendue de l'assurance	Prime en CHF
Madame A., 51 ans, employée à 100 %	Modèle du médecin de famille Franchise à option CHF 2'500.-	
Son époux, retraité	Modèle du médecin de famille Franchise CHF 300.-	
Leur fils, 3 ^e année d'apprentissage en tant que confiseur, 23 ans	Franchise de CHF 500.-	
Leur fille, étudiante, 17 ans	Modèle du médecin de famille, Franchise CHF 300.-	

Propositions de solution

Personne assurée	Etendue de l'assurance	Prime en CHF
Madame A., 51 ans, employée à 100 %	Modèle du médecin de famille Franchise à option CHF 2'500.-	203.00 (1.5)
Son époux, retraité	Modèle du médecin de famille Franchise CHF 300.-	345.10 (1.5)
Leur fils, 3 ^e année d'apprentissage en tant que confiseur, 23 ans	Franchise de CHF 500.-	291.30 (1.5)
Leur fille, étudiante, 17 ans	Modèle médecin de famille, Franchise CHF 300.-	68.80 (1.5)

Points partiels pour le détail des calculs possibles
Accepter des différences d'arrondi.

Question 3 (4 points)

Votre voisin, Monsieur D., est très mécontent de la hausse des primes qu'il a subie au 1^{er} janvier 2023. Son assurance complémentaire d'hospitalisation a notamment presque doublé. Ajoutée à l'augmentation de l'AOS qu'il souscrit auprès du même assureur, cette situation lui pose des difficultés financières.

Il a lu dans la presse que certaines personnes peuvent faire valoir un droit à une „réduction individuelle de primes“ pour leur assurance-maladie. Il s'étonne que les assureurs puissent accorder une réduction „à bien plaisir“ et vous demande des explications, puisque vous travaillez dans les assurances. Il se demande en particulier comment obtenir une telle réduction de primes pour lui-même.

- a) Expliquez à Monsieur D. en quoi consiste cette „réduction individuelle de primes“ dans l'assurance-maladie selon la LAMal et selon la LCA.
- b) Indiquez la condition fondamentale à remplir pour obtenir une réduction individuelle de primes.
- c) Nommez l'instance compétente pour la mise en œuvre de la réduction individuelle de primes.
- d) Décrivez comment se déroule le processus de facturation de l'assurance-maladie pour les personnes ayant droit à une réduction individuelle de primes.

Éléments de réponse

- a) RIP seulement dans l'AOS, l'assurance complémentaire n'est pas concernée **(1)**.
- b) Il faut être de condition économique modeste **(1)** pour y avoir droit.
- c) Le canton de domicile ou l'instance désignée par le canton **(1)** est compétent(e).
- d) Si une réduction est accordée, l'assureur-maladie la reçoit directement **(0.5)** du canton concerné et ne facture à la personne assurée que l'éventuel solde restant pour l'AOS **(0.5)** ainsi que la prime LCA

Maximum 4 points

D'autres réponses pertinentes sont possibles

Question 4 (4 points)

Les primes de l'AOS sont un sujet récurrent de préoccupation aussi bien pour les payeurs de primes que pour les associations faïtières des assureurs-maladie et le monde politique.

Parmi les affirmations suivantes, indiquez au moyen d'une croix celles qui sont correctes.

Affirmation	vrai
Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal et jusqu'en 2022, les primes de l'AOS ont plus que triplé en moyenne (primes moyennes par personne assurée).	
Globalement, en considérant les chiffres sur plusieurs années, l'évolution des primes de l'AOS suit de très près la courbe des coûts à la charge de l'AOS.	X
Comparées aux primes des assurances complémentaires selon la LCA, les primes de l'AOS ont une forte composante de solidarité entre les classes d'âge.	X
Le système de la compensation des risques dans l'assurance-maladie permet aux assureurs ayant proportionnellement plus d'assurés jeunes et en bonne santé de proposer des primes plus avantageuses que si la compensation des risques n'existait pas.	
Année après année, la croissance du PIB par habitant en Suisse est inférieure à l'augmentation des primes moyennes de l'AOS	X
Une majorité des assurés ont opté pour une forme particulière d'AOS permettant d'obtenir, moyennant des obligations supplémentaires, une diminution de la prime par rapport à l'assurance ordinaire.	X
Le système de financement de „la couverture des besoins“ garantit que les assureurs n'encaissent jamais davantage de primes que ce dont ils ont besoin pour une année civile donnée (exercice comptable)	
La LAMal oblige chaque assuré à verser, en plus de la prime AOS, une contribution pour financer la prévention des maladies.	X

0.5 point par ligne correcte.

Question 5 (2 points)

L'assureur-maladie X. offre également une couverture AOS aux personnes domiciliées dans l'UE, en Islande ou en Norvège. À des fins de simplification, il prévoit l'instauration d'une prime unique pour ses assurés résidant dans un pays limitrophe de la Suisse (France, Allemagne, Italie et Autriche).

L'assureur-maladie est-il en droit de procéder ainsi? Justifiez votre réponse en 1 à 2 phrases et indiquez les bases légales correspondantes.

Proposition de solution

Non **(0.5)**. Il est tenu de calculer les primes en fonction de chaque État de résidence **(1)**.
Art. 61, al. 4 LAMal **(0.5)**.

Question 6 (4 points)

Il est prévu dans la LAMal que le Conseil fédéral nomme des commissions pour le conseiller dans la désignation des prestations.

- a) Nommez chacune de ces commissions.
- b) Indiquez pour quelle tâche l'une de ces commissions doit tenir compte d'aspects éthiques et mentionnez la base légale correspondante.

Proposition de solution

- a) La Commission fédérale des prestations générales et des principes (Commission des prestations et des principes) **(1)**; la Commission fédérale des analyses, moyens et appareils (Commission des analyses, moyens et appareils) **(1)**; la Commission fédérale des médicaments **(1)**.
- b) Pour l'évaluation de principes dans l'assurance-maladie lors de la désignation des prestations **(0.5)**, art. 37d, al. 1 OAMal **(0.5)**

Question 7 (3 points)

Par principe, les prestations prises en charge par l'AOS doivent répondre, entre autres, à l'exigence du caractère économique.

Mentionnez 3 mesures que les assureurs peuvent prendre pour éviter d'assumer le coût de prestations médicales non économiques.

Proposition de solution

- Faire examiner par le médecin-conseil si les conditions de prise en charge, incluant le caractère économique, sont remplies dans des cas particuliers
- Demander la restitution de prestations dépassant l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (art. 56, al. 2 LAMal)
- Procéder à des contrôles statistiques fondés sur l'art. 56, al. 6 LAMal (évaluation d'économicité de santésuisse) et, si nécessaire exiger la restitution de prestations excessives.
- Prévoir des conventions avec les fournisseurs de prestations garantissant le caractère économique des prestations, par exemple en visant à éviter la répétition inutile d'actes diagnostiques (art. 56, al. 5 LAMal).
- Prévoir des tarifs incitant à une fourniture efficace des prestations

Autres réponses pertinentes possibles, 1 point par mesure, au maximum 3 points

Question 8 (4 points)

Pour que les prestations puissent être prises en charge par l'AOS, les fournisseurs de prestations doivent remplir de nombreuses exigences. Diverses autorités sont compétentes en la matière.

Complétez le tableau ci-dessous.

	Autorité	Base légale
Qui peut délivrer une autorisation d'exercer la profession de physiothérapeute?		
Qui a fixé à trois ans la durée de l'activité pratique d'un médecin-dentiste avant qu'il puisse être admis à pratiquer pour l'AOS?		
Qui est compétent pour l'admission des établissements de cure balnéaire?		
Qui doit établir une planification des hôpitaux et des maisons de naissance, comme condition de leur admission à la charge de l'AOS?		

Proposition de solution

	Autorité	Base légale
Qui peut délivrer une autorisation d'exercer la profession de physiothérapeute?	Les cantons (0.5)	Art. 47 OAMal, lettre a (0.5)
Qui a fixé à trois ans la durée de l'activité pratique d'un dentiste avant qu'il puisse être admis à pratiquer pour l'AOS?	Le Conseil fédéral (0.5)	Art. 42 OAMal, lettre b (0.5)
Qui est compétent pour l'admission des établissements de cure balnéaire?	Le DFI (0.5)	Art. 40, al. 1 LAMal (0.5)
Qui doit établir une planification des établissements hospitaliers et des maisons de naissance, comme condition de leur admission à la charge de l'AOS?	Les cantons (0.5)	Art. 39 LAMal (0.5)

Question 9 (4 points)

Jusqu'alors en parfaite santé, M. W., couvert par l'AOS, vient d'être informé par son médecin qu'il souffre d'un diabète.

Outre un traitement médicamenteux par insuline, le médecin prescrit 12 séances de conseils auprès de l'Association Suisse du Diabète, mais refuse de faire une ordonnance pour des prestations de podologie „parce que l'assurance ne va pas payer“. Pourtant, M. W. sait que l'assurance paie depuis quelques années les frais de podologue pour son frère, également atteint du diabète.

Monsieur W. a l'impression que son médecin se trompe peut-être et qu'une prescription médicale lui permettrait de bénéficier de soins des pieds.

- a) Évaluez si M. W. peut faire valoir des prestations de l'AOS pour les conseils spécialisés et, le cas échéant, de quelles prestations il s'agit.
- b) Évaluez si le médecin a raison de penser que l'AOS ne va pas payer les prestations de podologue pour M. W.

Justifiez vos réponses en 1 à 2 phrases et indiquez les bases légales correspondantes.

Proposition de solution

- a) Les conseils aux diabétiques prodigués par un centre de conseils de l'Association Suisse du Diabète sont pris en charge par l'AOS **(1)**, selon l'art. 9c OPAS **(0.5)**, pour 10 séances au maximum **(0.5)**, dès lors qu'ils ont été prescrits par un médecin **(0.5)**.
- b) Le médecin a raison **(0.5)**. En effet, les prestations de podologie sont accordées aux patients diabétiques uniquement lorsqu'ils présentent un des facteurs de risque précisés à l'art. 11c. al. 1, lettre a OPAS **(0.5)**. Même s'il rédigeait une ordonnance pour de telles prestations, les frais ne seraient pas couverts par l'AOS faute de comorbidité **(0.5)**.

Question 10 (3 points)

Mme U., 66 ans, sans activité lucrative, est couverte par l'AOS ordinaire, risque d'accident inclus. Elle écrit la lettre ci-dessous à son assureur-maladie.

„Comme vous le savez, j'ai été victime d'une fracture du bras gauche suite à une mauvaise chute. Je vous ai annoncé cet accident. J'ai dû porter un plâtre pendant 6 semaines et j'ai suivi un traitement chez mon chiropraticien pour soigner puis remuscler mon bras.

En raison de mes douleurs, mon chiropraticien m'a suggéré de louer un appareil d'électrostimulation TENS pour une durée de 7 jours. Et il m'a envoyé une ordonnance. A la fin de ces séances avec le TENS, je vous ai transmis la facture et l'ordonnance en vue du remboursement.

Selon votre décompte, vous refusez toute prise en charge, sans aucune explication, alors qu'il s'agit d'un montant dérisoire. Je vous prie de réexaminer votre position et de me rembourser les frais“.

L'assureur-maladie a-t-il eu raison de refuser la prise en charge de ces frais? Motivez votre réponse en indiquant les critères de prise en charge.

Proposition de solution

Oui **(1)**, puisque selon la LiMA (pos. 09.02.01.00.2) **(0.5)**, la location doit durer au minimum 10 jours **(0.5)** pour être prise en charge. En outre, l'efficacité doit avoir été testée sur le patient et celui-ci doit avoir été initié à l'utilisation de l'appareil **(0.5)**; le médecin-conseil doit avoir recommandé le traitement par le patient lui-même **(0.5)**.

Question 11 (4 points)

Suite à une lourde intervention chirurgicale au niveau de la colonne vertébrale, M. Y. se voit prescrire une réadaptation stationnaire suivie d'une cure balnéaire ambulatoire. Les deux traitements sont prescrits chacun pour une durée de 28 jours à la clinique Leukerbad AG (anciennement Rheuma- und Rehabilitationsklinik), dans le canton du Valais. Cette information figure dans le rapport médical détaillé qui a été transmis au médecin-conseil de l'assureur-maladie de M. Y.

M. Y. est domicilié dans le canton de Fribourg et est assuré dans l'AOS. La clinique Leukerbad figure sur la liste des hôpitaux du canton du Valais, mais pas sur celle du canton de Fribourg. Quelles prestations M. Y. peut-il attendre de son assureur-maladie, en tenant compte du fait que le médecin-conseil de ce dernier a rendu un avis positif recommandant la réalisation de la réadaptation stationnaire demandée?

Indiquez en quelques mots-clés si, et dans quelle ampleur, les coûts des prestations suivantes seront pris en charge par l'AOS pour:

- a) le séjour de réadaptation stationnaire
- b) la cure balnéaire ambulatoire

Proposition de solution

- a) Oui, l'assureur peut prendre en charge le séjour de réadaptation prescrit **(1)** (en vertu de l'OPAS Annexe 1, chapitre 11) car il s'agit d'un établissement figurant sur la liste de la planification hospitalière cantonale et que le médecin-conseil a émis un avis favorable. Toutefois, s'agissant d'un établissement hors canton, la prise en charge sera limitée au tarif de référence fixé par le canton de domicile **(1)** – une éventuelle différence de tarif resterait à la charge de M. Y.
- b) Oui, l'établissement figure sur la liste du DFI comme établissement de cure balnéaire **(1)** (annuaire p. 486). L'AOS pourra allouer CHF 10.- par jour **(0.5)** pendant 21 jours au plus **(0.5)** selon l'art. 25 OPAS.

Question 12 (3 points)

Monsieur X. est domicilié en Suisse et couvert par l'AOS (assurance sans limitation du choix des fournisseurs de prestations). En 2015, il a consulté un médecin spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et a dû se soumettre à une opération abdominale. Cette intervention chirurgicale a été prise en charge par l'AOS.

Monsieur X s'est bien porté pendant plusieurs années avant de ressentir, en 2023, des douleurs et tiraillements dans le ventre. Après consultation du médecin spécialiste, le diagnostic tombe: adhérences autour de la cicatrice. Une intervention chirurgicale est prévue, impliquant un séjour de plusieurs jours à l'hôpital. La caisse-maladie est sollicitée pour une prise en charge.

Quelles sont les conditions à remplir pour que l'assureur-maladie puisse prendre en charge les frais de cette nouvelle intervention?

Proposition de solution

Pour une prise en charge par l'AOS, il faut que la notion de maladie soit réalisée **(1)**.

La nécessité d'une hospitalisation stationnaire doit être donnée **(1)**.

En outre, l'intervention doit être effectuée par un fournisseur de prestations admis à pratiquer à charge de l'AOS **(1)** et dans un hôpital bénéficiant d'un mandat de prestations **(1)** cantonal correspondant.

Max. 3 points

Question 13 (3 points)

Concernant l'indemnité journalière en cas de maladie, indiquez pour chaque affirmation, par une croix dans le tableau suivant, si elle est correcte dans le cadre de l'assurance selon la LAMal, selon la LCA, dans les deux cas ou dans aucun des deux cas.

	Correct selon la LAMal	Correct selon la LCA	Correct selon la LAMal et la LCA	Pas correct
Le délai d'attente peut être déduit de la durée du versement de l'indemnité journalière				
L'assureur n'a jamais le droit de verser des prestations s'il n'y a aucune perte de gain				
Le risque d'accident est toujours inclus dans la couverture				
Le risque de maternité est toujours inclus dans la couverture				
L'assurance cesse, selon la loi, lorsque la personne atteint l'âge de l'AVS				
La durée minimale des prestations peut être inférieure à 720 jours sur une période de 900 jours consécutifs				

Proposition de solution

	Correct selon la LAMal	Correct selon la LCA	Correct selon la LAMal et la LCA	Pas correct
Le délai d'attente peut être déduit de la durée du versement de l'indemnité journalière			X	
L'assureur n'a jamais le droit de verser des prestations s'il n'y a aucune perte de gain	X			
Le risque d'accident est toujours inclus dans la couverture				X
Le risque de maternité est toujours inclus dans la couverture	X			
L'assurance cesse, selon la loi, lorsque la personne atteint l'âge de l'AVS				X
La durée minimale des prestations peut être inférieure à 720 jours sur une période de 900 jours consécutifs		X		

0.5 point par ligne

Question 14 (4 points)

Lorsqu'il examine le droit aux prestations de l'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LAMal, l'assureur-maladie est tenu de vérifier un certain nombre de points avant de pouvoir calculer et verser les prestations dues.

Votre apprenti/e a établi une liste à ce propos et vous demande de la contrôler.

- a) Biffez les passages erronés et insérez vos corrections dans la colonne de droite (cf. exemple ci-dessous).
- b) Complétez la liste avec 2 points que l'apprenti a omis de mentionner.

	Check-list des points à vérifier pour un/e employé/e avec assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LAMal	Corrections
	Exemple <i>Raison de l'incapacité de travail (maladie / maternité / infirmité congénitale)?</i>	<i>invalidité / accident</i>
a)	Annonce de l'incapacité de travail par l'employeur dans les délais prévus à l'art. 24 LPGA? (5 ans)	
	La personne est-elle également assurée auprès de votre caisse pour l'AOS?	
	Si oui, s'est-elle déjà acquitté/e du paiement des primes AOS échues?	
	L'incapacité de travail a-t-elle été confirmée par un médecin (certificat médical)?	
	Date de début de l'incapacité de travail considérée ou poursuite d'une incapacité de travail existante?	
	Des réserves d'assurance ont-elles été émises?	
	Durée du délai d'attente contractuel	
	La personne est-elle soumise à l'impôt à la source?	
	La personne assurée a-t-elle déjà perçu des prestations de l'assurance d'indemnités journalières au cours des 900 derniers jours?	

b)	<ul style="list-style-type: none"> • •
----	--

Proposition de solution

a)	- Annonce de l'incapacité de travail par l'employeur dans les délais prévus à l'art. 24 LPGA? (5 ans)	- Passage biffé (0.5) - Dans les conditions contractuelles / CGA (0.5)
	- La personne est-elle également assurée auprès de votre caisse pour l'AOS?	- Passage biffé (0.5)
	- Si oui, s'est-elle déjà acquittée du paiement des primes AOS échues?	- Passage biffé (0.5)
	- L'incapacité de travail a-t-elle été confirmée par un médecin (certificat médical)?	
	- Date de début de l'incapacité de travail considérée / poursuite d'une incapacité de travail existante?	
	- Des réserves d'assurance ont-elles été émises?	
	- Durée du délai d'attente contractuel	
	- La personne est-elle soumise à l'impôt à la source?	
	- La personne assurée a-t-elle déjà perçu des prestations de l'assurance d'indemnités journalières au cours des derniers 900 jours?	- Passage biffé (0.5) - 180 jours (0.5)
b)	- Vérification de la perte de gain	
	- Taux d'incapacité de travail	
	- Date d'entrée dans la société	
	- Le contrat de travail a-t-il été dissout?	
	- Obligation de réduire le dommage	

b) 1 point par réponse correcte (2 points max.)

Pour a) et b), 2 points max. chaque

Question 15 (3 points)

Dans l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal, les notions de surassurance et de surindemnisation sont importantes.

Expliquez ces deux notions avec vos propres mots et donnez un exemple pertinent illustrant la surassurance.

Proposition de solution

Pour la définition correcte de la surindemnisation (toucher davantage en étant malade que si on ne l'était pas, recevoir davantage que le gain dont on est privé) **(1)**

Pour la définition correcte de la surassurance (couvrir un montant supérieur à celui de la perte de gain effective) **(1)**

Pour l'indication que la surindemnisation est interdite selon la LPGA **(0.5)**

Pour l'indication que la surassurance n'est pas interdite en soi **(0.5)**

Pour l'indication que la surassurance peut être utile dans certains cas **(0.5)**

Pour un exemple explicite pour illustrer la surassurance **(1)**

Max. 3 points

Question 16 (3 points)

L'assureur-maladie V. a estimé que l'affiliation de M. Q. à l'AOS a été conclue à tort et doit être annulée. Par jugement du 12 juillet 2022, le Tribunal cantonal du canton du Valais a admis le recours de M. Q. contre la décision sur opposition de l'assureur-maladie V. et a constaté qu'il était bel et bien soumis à l'obligation d'être assuré dans l'AOS.

Le jugement a été remis à l'assureur V. le 13 juillet 2022.

L'assureur-maladie V. conteste ce jugement.

- a) Indiquez quelle démarche l'assureur-maladie V. peut entreprendre pour contester ce jugement, auprès de quelle instance et dans quel délai (date exacte).
- b) Expliquez ce qu'il advient du jugement cantonal si le délai selon point a) ci-dessus n'est pas respecté.

Proposition de solution

- a) L'assureur-maladie peut former un recours **(0.5)** auprès du Tribunal fédéral **(0.5)** de Lucerne **(0.5)** au plus tard le 13 septembre 2022 **(1)**.
- b) Le jugement cantonal ne peut plus être contesté **(0.5)** (Autres réponses correctes : il entre en force (= chose jugée); il devient exécutoire).

Question 17 (3 points)

Lors d'une randonnée en montagne, M. Z, enseignant à plein temps de 36 ans, sent son genou „lâcher“ soudainement alors qu'il se trouve dans un endroit escarpé. Incapable de poursuivre sa randonnée, il se résout à appeler les secours. Il est évacué par hélicoptère jusqu'à l'hôpital le plus proche.

Bien qu'il ait suspendu la couverture du risque „accident“ dans l'AOS, M. Z. envoie toutes ses factures à son assureur-maladie : facture pour l'hélicoptère, facture de l'hôpital pour une consultation ambulatoire en urgence.

L'assureur-accident de son employeur, à qui il a annoncé le cas, n'est pas en mesure de se déterminer immédiatement sur le droit aux prestations.

- a) Selon quelles dispositions l'assureur-maladie AOS doit-il avancer les prestations?
- b) Citez la base légale correspondante.
- c) Précisez les conséquences de l'avance des prestations pour M. Z.

Proposition de solution

- a) L'assureur-maladie est tenu d'avancer les prestations selon les dispositions régissant son activité **(1)**.
- b) Art. 71 LPGA **(0.5)**
- c) Il doit prendre en charge la participation aux coûts (franchise/quote-part) **(1)**. Il y a en outre des coûts non couverts pour l'hélicoptère en vertu de l'art. 27 OPAS **(0.5)**.