



Examen professionnel pour le/la spécialiste en assurance-maladie avec brevet fédéral, du 9 au 12 mai 2022

Avec solutions

Candidat/e: _____ N° _____

1^{er} examen **Module A, B, C et D**

Durée: 90 minutes

Moyens auxiliaires: Annuaire de l'assurance-maladie suisse 2021
Calculatrice de poche simple
Extrait de la LCA

Évaluation:

	Points max.	Points obtenus	Note
Note du 1^{er} examen	73		

Visa des experts:

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 doivent obligatoirement utiliser un stylo à bille ou à encre (non effaçable) de couleur bleue ou noire pour l'examen!

Question 1 (3 points)

Monsieur C. est assuré auprès de l'assureur-maladie V., un assureur régional. Monsieur C. a changé de domicile au 1^{er} avril 2022 et réside désormais en dehors de la zone d'activité de l'assureur-maladie V.

Il était assuré comme suit jusqu'au 31 mars 2022 auprès de l'assureur-maladie V.:

- AOS avec franchise à option de CHF 2 000.-
- Assurance complémentaire d'hospitalisation «privée» avec expiration du contrat au 31 décembre 2023

Comme Monsieur C. n'était pas satisfait de l'assureur-maladie V., il a signé le 22 mars 2022, avec début au 1^{er} avril 2022, une proposition pour l'AOS auprès de l'assureur-maladie M., avec une franchise légale de CHF 300.-, ainsi qu'une proposition pour l'assurance complémentaire d'hospitalisation, avec expiration du contrat au 31 décembre 2024.

Monsieur C. est en parfaite santé, mais il a des arriérés (ayant fait l'objet d'un rappel) de plus de CHF 1 400.- pour l'AOS auprès de l'assureur-maladie V. Toutes les primes de l'assurance complémentaire d'hospitalisation ont été payées.

Répondez aux questions ci-dessous et justifiez vos réponses en 1 ou 2 phrases.

- a) Le changement d'assurance dans l'AOS est-il valable?
- b) Le changement d'assurance dans l'AOS est-il possible avec une franchise plus basse?
- c) Le changement est-il valable pour l'assurance complémentaire d'hospitalisation?

Proposition de solution

- a) Oui **(0,5)**. Selon la LAMal (art. 7, al. 3), l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence **(0,5)**.
- b) Oui **(0,5)**, dans la mesure où le nouvel assureur ne propose pas les franchises à option **(0,5)**. (Également correct: non, dans la mesure où le nouvel assureur propose les franchises annuelles à option).
- c) Non **(0,5)**. Il n'y a pas de principe de régionalité dans la LCA **(0,5)**.

Question 2 (1 point)

La loi révisée sur le contrat d'assurance (LCA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (Extrait en annexe).

Madame B. a conclu au 1^{er} janvier 2022 une assurance complémentaire d'hospitalisation semi-privée auprès de l'assureur-maladie A., avec expiration du contrat au 31 décembre 2026.

Pour quelle date au plus tôt Madame B. peut-elle résilier cette assurance complémentaire si toutes les primes sont payées et qu'aucun sinistre ne survient?

Proposition de solution

Au 31 décembre 2024 (1)

Question 3 (2 points)

La loi révisée sur le contrat d'assurance (LCA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (Extrait en annexe).

Indiquez si les affirmations suivantes concernant la LCA sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Toute réponse erronée est sanctionnée par une déduction de points. La note minimale de la question est de 0 point.

Affirmations	Vrai	Faux
Celui qui fait à l'entreprise d'assurance une proposition de contrat d'assurance privé est lié pendant 14 jours.	X	
Celui qui fait à l'entreprise d'assurance une proposition de contrat d'assurance privé dispose d'un délai de révocation de 14 jours à compter de la date de conclusion du contrat.	X	
Celui qui fait à l'entreprise d'assurance une proposition de contrat d'assurance privé dispose d'un délai de révocation de 14 jours à compter de la date de la proposition.	X	
Dans l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale, seul le preneur d'assurance peut faire usage du droit de résiliation ordinaire ou du droit de résiliation en cas de dommage.	X	

0,5 point par réponse correcte

Question 4 (4 points)

Indiquez si les affirmations suivantes à propos des «formes particulières d'assurance dans l'AOS» sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Dans le cas des affirmations où vous avez coché «faux», justifiez votre réponse en 1 ou 2 phrases.

a) Les assureurs peuvent proposer différentes franchises à option par canton.

- Vrai
 Faux

Justification

b) Les assureurs peuvent proposer une offre sans quote-part à partir d'une franchise à option de CHF 1500.

- Vrai
 Faux

Justification

Cela n'est pas prévu par la loi (il manque une base légale correspondante).

c) Si des franchises annuelles différentes ont été choisies pour les enfants assurés auprès d'un même assureur, le montant maximal de la participation aux coûts pour tous les enfants s'élève au maximum au double du montant maximal pour 1 enfant.

- Vrai
 Faux

Justification

Dans ce cas, l'assureur fixe la participation aux coûts maximale.

d) L'assurance avec bonus ne peut être proposée ni en association avec une franchise à option au sens ni avec une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations.

- Vrai
 Faux

Justification

Elle peut être proposée avec une assurance avec choix limité du fournisseur de prestations, mais pas avec une franchise annuelle à option.

e) La prime initiale de l'assurance avec bonus est de 10% plus élevée que celle de l'assurance ordinaire. Ceci est également valable si l'assuré n'a bénéficié d'aucune prestation au cours des années précédant la conclusion de l'assurance avec bonus.

- Vrai
 Faux

0,5 point par réponse correcte et par justification pertinente

Question 5 (2 points)

Les assureurs ont l'obligation d'offrir la possibilité de s'affilier à l'assurance-maladie sociale également aux personnes tenues de s'assurer qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège.

Citez 2 conditions devant être remplies pour qu'un assureur puisse être exceptionnellement exempté de tout ou partie de ladite obligation et indiquez la base juridique déterminante.

Proposition de solution

- Il compte moins de 500 000 assurés **(0,5)**.
- Il ne veut pratiquer l'assurance-maladie sociale dans aucun de ces États ou seulement dans une partie d'entre eux **(0,5)**.
- Ses effectifs d'assurés dans les États en question sont très peu importants **(0,5)**.

Art. 4, al. 1, OSAMal **(1)**

2 points maximum au total

Question 6 (2 points)

Les conditions à remplir par un assureur pour pouvoir pratiquer l'assurance-maladie sociale figurent à l'art. 5 LSAMal (conditions d'autorisation).

Cette autorisation peut-elle être retirée? Justifiez votre réponse en 2 ou 3 phrases.

Proposition de solution

Oui **(1)**

Si un assureur ne compte aucun assuré pendant 2 ans, l'activité d'assurance est réputée terminée **(0,5)**. (L'OFSP lui retire son autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale).

Si un assureur ne remplit plus les exigences légales **(0,5)**. (Art. 43, al. 1, LSAMal)

Question 7 (2 points)

Dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer.

Citez 2 tâches ou compétences des cantons en relation avec le respect de l'obligation de s'assurer.

Proposition de solution

- Affiliation d'office à un assureur de toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile **(1)** (art. 6, al. 2, LAMal)
- Information périodique de la population sur l'obligation de s'assurer **(1)** (art. 10, al. 1, OAMal)

Également accepter: les cantons statuent sur les requêtes de dérogation à l'obligation de s'assurer (1), (art. 10, al. 2, OAMal) et les cantons informent les personnes tenues de s'assurer en vertu de l'ALCP (1), (art. 6a, al. 1, LAMal).

Question 8 (3 points)

Pour être autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale, les assureurs doivent notamment respecter le principe de l'égalité de traitement.

Expliquez en 2 ou 3 phrases ce que l'on entend par «principe de l'égalité de traitement» au sens de la surveillance dans l'assurance-maladie et indiquez l'article d'ordonnance faisant foi.

Proposition de solution

L'assureur traite tous les assurés de manière égale, sans distinction de l'état de santé **(0,5)**, notamment pour l'admission dans l'assurance **(0,5)**, le choix de la forme d'assurance **(0,5)**, les communications aux assurés **(0,5)** et le délai de remboursement des prestations **(0,5)**.
Art. 61 OSAMal **(0,5)**.

Question 9 (5 points)

Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (art. 3, al. 1, LAMal). L'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) prévoit d'autres catégories de personnes qui sont soumises à l'obligation de s'assurer en Suisse ou qui peuvent s'y soumettre sur demande.

Pour chaque cas, indiquez dans le tableau ci-dessous le début de l'obligation de s'assurer et la base juridique déterminante dans l'OAMal. S'il y a lieu, partez toujours du principe que l'affiliation est intervenue dans les délais impartis.

Catégorie de personnes	Début de l'obligation de s'assurer	Article de l'ordonnance
Ressortissante étrangère exerçant une activité dépendante dont l'autorisation de courte durée est valable moins de trois mois	À compter de la date de l'entrée en Suisse	Art. 7, al. 2, OAMal
Diplomate jouissant de privilèges en vertu du droit international qui souhaite être soumis à l'assurance suisse	À compter du jour de réception de la carte de légitimation du DFAE	Art. 7, al. 6, OAMal
Ressortissante étrangère détentrice d'une autorisation d'établissement d'au moins 3 mois	À compter du jour de l'annonce au service compétent pour le contrôle des habitants	Art. 7, al. 1, OAMal
Personne admise à titre provisoire	À compter de la décision d'admission provisoire ou de l'octroi de la protection provisoire	Art. 7, al. 5, OAMal
Salariée ressortissante d'un pays membre de l'UE ou de l'AELE et exerçant une activité lucrative en Suisse pendant moins de 3 mois	À compter du début de l'activité lucrative en Suisse	Art. 7, al. 2bis, OAMal

0,5 point par réponse correcte.

Question 10 (3 points)

Lorsque l'affiliation a lieu dans le délai prévu, l'assurance (AOS) déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse.

Expliquez quelles peuvent être les conséquences en cas d'affiliation tardive. Mentionnez également les éventuelles exceptions.

Proposition de solution

- L'assurance ne déploie ses effets qu'à partir de l'affiliation **(0,5)**.
- Les coûts éventuels de traitements médicaux ne sont pas couverts **(0,5)**.
- Versement d'un supplément de prime **(0,5)** si le retard n'est pas excusable **(0,5)**.
(Également correct: pas de supplément de prime (0,5) si le retard est excusable (0,5))
- Pas de supplément de prime quand l'aide sociale prend en charge les primes **(0,5)**.
- Le supplément de prime reste obligatoire même en cas de changement d'assureur **(0,5)**

3 points maximum**Question 11 (2 points)**

Originaire de Serbie, Monsieur L. reçoit un contrat de travail de la société Fruits et légumes SA pour les mois de juillet et août. L'office des migrations compétent lui accorde une autorisation de séjour de courte durée pour deux mois. À titre de précaution, Monsieur L. a conclu pour son séjour en Suisse une assurance voyage qui lui garantit une couverture de 30 000 euros en cas de maladie.

Soucieuse du bien-être de ses collaborateurs, la société Fruits et légumes SA aimerait savoir si Monsieur L. doit s'assurer en Suisse selon la LAMal.

Expliquez en 2 ou 3 phrases si Monsieur L. est soumis à l'obligation de s'assurer et justifiez votre réponse. Indiquez en outre l'article de l'OAMal qui s'applique.

Proposition de solution

Oui **(0,5)**, il est tenu de s'assurer, étant donné qu'en tant que ressortissant étranger exerçant une activité dépendante, son autorisation de courte durée est valable moins de trois mois **(0,5)** et qu'il ne bénéficie pas d'une couverture d'assurance équivalente pour les traitements en Suisse (30 000 euros ne suffisent pas) **(0,5)**.

Art. 1, al. 2, let. b, OAMal **(0,5)**

Question 12 (4 points)

Citez 4 catégories de personnes ayant leur domicile en Suisse, mais exemptées de l'obligation de s'assurer en Suisse en vertu de l'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) et de l'Accord AELE.

Proposition de solution

- Personnes qui exercent une activité lucrative dans l'UE, en Islande ou en Norvège **(1)**, (art. 2, al. 1, let. c, OAMal).
- Personnes qui perçoivent une prestation d'une assurance-chômage étrangère **(1)**, (art. 2, al. 1, let. d, OAMal).
- Personnes qui n'ont pas droit à une rente suisse, mais ont droit à une rente d'un État membre de l'UE ou à une rente islandaise ou norvégienne **(1)**, (art. 2, al. 1, let. e, OAMal).
- Membres de la famille d'une des personnes susmentionnées qui soit ont droit à l'entraide en matière de prestations, soit bénéficient d'une couverture équivalente pour les traitements en Suisse **(1)**, (art. 2, al. 1, let. f, OAMal).

Également accepter: membres de la famille d'une personne résidant et travaillant à l'étranger ou retraitée et qui ont droit à l'entraide en matière de prestations (0,5), (art. 2, al. 1, let. g, OAMal),

Question 13 (3 points)

Le rapport d'assurance entre les assureurs-maladie selon l'art. 2 LSAMal et les personnes tenues de s'assurer est établi, à l'exception de l'affiliation par l'autorité compétente, au moyen d'une demande d'adhésion.

Décrivez en quelques mots 3 points auxquels les assureurs-maladie doivent veiller pour que l'affiliation à l'AOS puisse être exécutée légalement (pas de changement d'assureur). Le fait que l'affiliation intervienne dans les délais impartis ou de manière tardive n'est pas pertinent.

Proposition de solution

- Clarifier s'il existe une obligation de s'assurer (domicile, activité lucrative en Suisse) ou s'il y a éventuellement une exception à l'obligation de s'assurer **(1)**.
- Formulaire de demande d'adhésion dûment rempli et signé avec toutes les données pertinentes pour la mise en œuvre de l'AOS **(1)**
- Clarifier si la personne réside dans la zone d'activité de l'assureur-maladie ou, en cas de domicile dans l'UE/l'AELE, si l'assureur-maladie propose une assurance UE **(1)**.
- Clarifier s'il y a éventuellement des membres de la famille n'exerçant pas d'activité lucrative et ayant leur domicile dans l'UE/l'AELE qui doivent également être assurés **(1)**.

3 points maximum

Question 14 (2 points)

Indiquez si les affirmations suivantes à propos des litiges devant le tribunal arbitral sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Toute réponse erronée est sanctionnée par une déduction de points. La note minimale de la question est de 0 point.

Affirmation	Vrai	Faux
Les décisions du tribunal arbitral doivent être notifiées par écrit, indiquer les motifs, les voies de recours et les noms des membres du tribunal.	X	
Chaque canton est tenu de désigner un tribunal arbitral.	X	
Le tribunal arbitral du canton dans lequel l'assureur a son siège principal est compétent.		X
En cas de litiges entre assureurs, le tribunal arbitral du canton dans lequel l'assureur défendeur a son siège est compétent.		X

Question 15 (4 points)

Concernant les affirmations suivantes à propos du versement du salaire en cas de maladie et des assurances d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LAMal ou la LCA, indiquez en cochant la case correspondante quelle loi définit les prescriptions en la matière.

Toute réponse erronée est sanctionnée par une déduction de points. La note minimale de la question est de 0 point.

Affirmations	CO	LAMal	LCA
Chaque assureur proposant l'AOS doit également offrir une assurance d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LAMal.		x	
Si une collaboratrice tombe malade après 6 mois au cours de sa première année de service, l'employeur est tenu de par la loi de lui verser son salaire pendant 3 semaines.	x		
Je peux souscrire mon assurance d'indemnités journalières en choisissant individuellement les risques à couvrir (maladie, maternité et accident).			x
Dans le cas des personnes souffrant d'une maladie (problème de dos) qui souscrivent une assurance d'indemnités journalières, l'assureur peut émettre une réserve de 5 ans au maximum.		x	
Le droit de passer dans l'assurance individuelle doit, selon la loi, n'être accordé qu'aux personnes au chômage.			x
Si je n'ai pas rempli correctement le questionnaire de santé lors de la conclusion de l'assurance d'indemnités journalières, une exclusion à vie peut résulter de l'atteinte à l'obligation de déclarer (réticence).			x
En cas de maladie, l'employeur doit verser le salaire à ses collaborateurs selon les échelles en vigueur à partir de la deuxième année de service.	x		
Les chômeurs qui sont malades et en incapacité de travail doivent tout de même être admis par les assureurs au titre d'une nouvelle admission.		x	

0,5 point par réponse correcte. Dans le cas où plusieurs cases ont été cochées pour une seule et même affirmation, la réponse est considérée comme erronée et est sanctionnée par une déduction de points.

Question 16 (8 points)

Monsieur Z. est employé par l'entreprise X. et est assuré contre la perte de gain en cas de maladie dans le cadre d'un contrat collectif d'indemnités journalières selon la LCA. Le droit de passage s'applique conformément à la loi.

Il a suivi une formation continue dans le domaine du coaching et souhaite s'établir à son compte au 1^{er} octobre 2022. Il réfléchit à une couverture en cas d'incapacité de gain par suite de maladie et d'accident. Il établit un tableau et vous demande votre aide en tant que conseiller indépendant.

Citez 2 avantages et 2 inconvénients pour chacune des solutions d'assurance.

Solution d'assurance	Avantages	Inconvénients
Maladie – LAMal Assurance d'indemnités journalières selon la LAMal	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation d'admission • Pas d'examen des risques • Prolongation en cas de surindemnisation • Exclusion partielle suite à une incapacité de travail partielle • Réserve de 5 ans au maximum 	<ul style="list-style-type: none"> • Le risque de grossesse est assuré • Variante plus coûteuse • Assurance multiple év. nécessaire (ass. avec montant maximal minime) • Durée fixe des prestations de 720 jours
Maladie – LCA Assurance d'indemnités journalières selon la LCA auprès de l'assureur existant de l'entreprise X.	<ul style="list-style-type: none"> • Le risque de maladie peut être assuré séparément • Primes plus avantageuses que dans la LAMal • Produits individuels pour les indépendants (ass. de sommes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen des risques avec réserve, refus • Incapacité de travail partielle souvent considérée comme incapacité de travail totale • Pas de prolongation en cas de surindemnisation
Inclusion du risque d'accident dans l'indemnité journalière - LCA / LAMal Le risque d'accident est assuré par le biais de l'assurance d'indemnités journalières	<ul style="list-style-type: none"> • Variante plus avantageuse que la LAA • Le délai d'attente peut être choisi librement, ce qui a une incidence sur les primes • Possibilité de choix du montant assuré 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen des risques et év. refus / réserve • Le salaire doit être adapté régulièrement avec nouvel examen des risques • Pas de prestations à long terme
Risque d'accident par le biais de la LAA Le risque d'accident est couvert par le biais d'une assurance LAA facultative	<ul style="list-style-type: none"> • Frais de guérison et prestations à long terme assurés (rentes) • Le salaire actuel est assuré • Pas d'examen des risques 	<ul style="list-style-type: none"> • Primes plus élevées que pour l'assurance d'indemnités journalières • Pas choix possible des prestations et du délai d'attente • Dispositions légales (moins de marge de manœuvre qu'un contrat)

0,5 point par avantage ou inconvénient, 1 point maximum par case à remplir
Autres affirmations pertinentes possibles

Question 17 (3 points)

Indiquez si les affirmations suivantes à propos des tarifs, des prix et des conventions sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Toute réponse erronée est sanctionnée par une déduction de points. La note minimale de la question est de 0 point.

Affirmations	Vrai	Faux
Les tarifs et les prix sont convenus dans des conventions entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas définis par la loi, sont fixés par l'autorité compétente.	x	
Les tarifs à la prestation doivent être basés sur une structure tarifaire uniforme convenue au niveau cantonal. Si les partenaires tarifaires ne parviennent pas à s'entendre, le gouvernement cantonal fixe ce tarif (valeur du point tarifaire).		x
Si aucune convention tarifaire n'est conclue entre les fournisseurs de prestations et les assureurs, leurs associations fixent le tarif, après consultation des parties concernées.		x
Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et prix fixés par convention ou par les autorités, et ne peuvent pas facturer de rémunérations plus élevées pour les prestations fournies en vertu de la présente loi (protection tarifaire), à l'exception des moyens et appareils visés dans la liste (LiMA).	x	
Pour la rémunération des traitements stationnaires dans un hôpital ou une maison de naissance, les parties contractantes conviennent de forfaits. Les forfaits rémunèrent toutes les prestations à la charge de l'AOS. La facturation d'autres frais n'est pas autorisée.		x
En cas de prise en charge par l'AOS des coûts d'un médicament prêt à l'emploi autorisé par l'institut et ne figurant pas sur la liste des spécialités (LS), pour une indication dans le cadre ou en dehors de l'information professionnelle, l'assureur détermine le montant de la prise en charge après avoir consulté le titulaire de l'autorisation (entreprise pharmaceutique).	x	

0,5 point par réponse correcte

Question 18 (3 points)

Des contributions uniformes prises en charge par l'AOS s'appliquent aux soins prodigués en ambulatoires ou dans un EMS.

Répondez aux questions suivantes, sans tenir compte de la participation aux coûts.

- a) Quel est le montant pris en charge par l'AOS pour les mesures relevant des soins de base pour un besoin en soins déclaré de 2 heures par semaine si la déclaration des besoins a été établie pour 12 semaines?
- b) Le résident d'un EMS a besoin de 1,5 heure de soins par jour. Quel est le montant de la participation de l'AOS par mois (30 jours)?

Proposition de solution

- a) 2 heures par semaine à CHF 52,60 **(1)** x 12 semaines = CHF 1262,40 **(0,5)**
- b) 1,5 heure par jour à CHF 48.- **(1)** x 30 jours = CHF 1440.- **(0,5)**

Question 19 (4 points)

Vous travaillez pour l'assureur-maladie S. La cliente M. vous appelle et souhaite savoir comment les coûts de son prochain séjour hospitalier à l'hôpital Beau-Rivage sont pris en charge. Madame M. vous informe qu'elle a une assurance complémentaire d'hospitalisation selon la LCA pour la division privée auprès de l'assureur-maladie A.

Vous disposez des informations suivantes:

- AOS avec couverture accident
- Madame M. a 42 ans.
- Madame M. n'a pas encore envoyé d'autres factures de traitement pour l'année en cours.
- Conformément aux conditions d'assurance, l'assurance complémentaire selon la LCA souscrite auprès de l'assureur-maladie A. prend en charge les coûts occasionnés par un séjour hospitalier dans la division privée d'un hôpital répertorié sur une liste cantonale.

L'Hôpital Beau-Rivage ne figure sur aucune liste cantonale d'hôpitaux. L'assureur-maladie S. a toutefois conclu une convention avec lui pour la division commune (AOS).

Répondez aux questions suivantes:

- a) Quelle est la part maximale légale des coûts prise en charge par l'assureur-maladie S.? Justifiez votre affirmation en 1 ou 2 phrases.
- b) Madame M. peut-elle partir du principe que la totalité des coûts du séjour hospitalier sera couverte, étant donné qu'elle dispose d'une assurance complémentaire selon la LCA auprès d'un autre assureur? Justifiez votre affirmation en 1 ou 2 phrases.
- c) Quels coûts Madame M. doit-elle s'attendre à devoir payer elle-même (pas de montant)?

Proposition de solution

- a) Bien que l'hôpital ne soit pas un **hôpital répertorié**, les coûts du séjour hospitalier sont pris en charge par l'assureur-maladie S. à hauteur de 45% **(0,5)** au maximum, car l'assureur-maladie S. a conclu avec l'hôpital une convention selon l'art. 49a, al. 4, LAMal (**hôpital conventionné 0,5**).
- b) Non; **(0,5)**. Chez l'assureur-maladie A., les frais supplémentaires pour la division privée ne sont couverts que dans un hôpital répertorié sur une liste cantonale **(0,5)**.
- c) Franchise annuelle **(0,5)**, contribution aux frais de séjour hospitalier **(0,5)**, quote-part **(0,5)**, différence de coûts entre la division commune et la division privée **(0,5)**

D'autres énumérations concernant la division privée, telles que les honoraires de médecin et/ou d'anesthésie, peuvent être acceptées.

Pour la question c): 2 points maximum

Question 20 (3 points)

Indiquez si les affirmations suivantes à propos du choix du fournisseur de prestations sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Toute réponse erronée est sanctionnée par une déduction de points. La note minimale de la question est de 0 point.

Affirmations	Vrai	Faux
Dans le cas des frontaliers résidant dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège, ainsi que des membres de leur famille, les assureurs et les cantons prennent en charge conjointement, en cas de traitement stationnaire dans un hôpital répertorié, la rémunération jusqu'à concurrence du tarif applicable dans l'hôpital répertorié du canton de référence Berne.		x
La personne assurée peut choisir librement parmi les hôpitaux répertoriés pour le traitement stationnaire.	x	
Si, pour des raisons médicales, la personne assurée est soignée de manière stationnaire dans un hôpital non répertorié sur la liste des hôpitaux du canton de résidence, l'assureur et le canton de résidence prennent en charge les coûts au prorata (assureur-maladie 45%, canton au moins 55%).	x	
Une femme enceinte peut également accoucher dans une maison de naissance ne figurant pas sur une liste d'hôpitaux, dans la mesure où son assurance-maladie a conclu avec cette maison de naissance une convention pour les traitements stationnaires conformément à l'art. 49a, al. 4, LAMal.	x	
Pour les traitements ambulatoires, les assurés peuvent choisir librement parmi les fournisseurs de prestations autorisés. L'assureur prend en charge les coûts selon le tarif applicable dans le canton de résidence de la personne assurée.		x
Pour les personnes assurées résidant en dehors du canton où se situe l'hôpital répertorié, l'obligation d'admission ne s'applique que sur la base de mandats de prestations ainsi qu'en cas d'urgence.	x	

0,5 point par réponse correcte

Question 21 (2 points)

En vertu de l'art. 22, al. 1, LPGA, le droit aux prestations est incessible; il ne peut être donné en gage. Toute cession ou mise en gage est nulle. En dérogation à cette disposition, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations dans la LAMal.

Expliquez en 2 ou 3 phrases de quoi il s'agit et quelles conditions doivent être remplies. Indiquez également l'article de loi.

Proposition de solution

Le fournisseur de prestations peut demander à la personne assurée de signer une cession **(0,5)**. Par sa signature, l'assuré confirme que l'assurance-maladie peut verser directement au fournisseur de prestations les prestations auxquelles il a droit **(0,5)**, après déduction de la participation aux coûts **(0,5)**.

Art. 42, al. 1, LAMal **(0,5)**.

Accepter également les mentions telles que paiement net, tiers soldant

Question 22 (2 points)

L'AOS ne prend en charge les coûts en lien avec des soins dentaires que si ceux-ci relèvent des art. 17 à 19a OPAS et en cas de lésions du système de la mastication causées par un accident.

Y a-t-il une dérogation/exception à ce principe? Si oui, veuillez la citer et indiquez aussi l'article de loi ou d'ordonnance.

Proposition de solution

Oui **(0,5)**

L'assurance prend en charge les coûts d'une anesthésie générale lors de soins dentaires non visés aux art. 17 à 19a, s'ils ne peuvent être fournis sans anesthésie générale en raison d'un handicap mental ou physique grave **(1)**.

Art. 19b OPAS **(0,5)**.

Question 23 (6 points)

Madame R. a 73 ans et vit en Espagne depuis 10 ans. Elle touche une rente AVS suisse et est assurée en Suisse selon l'AOS. Elle a dû se faire implanter une prothèse de la hanche et a choisi pour ce faire l'hôpital cantonal des Grisons parce que sa fille vit dans ce canton.

Vous disposez des informations suivantes:

- AOS avec franchise annuelle de CHF 300.-
- Durée du séjour à l'hôpital cantonal des Grisons du 5 février 2021 au 25 février 2021
- Diagnostic: révision ou remplacement de l'articulation de la hanche avec diagnostic complexe, coût relatif 2,846
- Prix de base de l'hôpital cantonal des Grisons (division commune): CHF 9 790.-
- Prix de base du canton de Berne: CHF 9 600.-
- Clé de répartition pour la rémunération des prestations entre assureur-maladie/canton: BE et GR 45% / 55%

Établissez le décompte en tenant compte de la participation aux coûts. Indiquez quels coûts sont à la charge de l'assurance-maladie, du canton et de Madame R. Celle-ci n'a pas encore envoyé de factures pour l'année 2021.

Réponse

Facture de l'hôpital: prix de base Berne CHF 9 600.- x 2,846 (coût relatif) = CHF 27 321,60 **(1)**

Part de l'assurance-maladie: CHF 27 321,60 x 45 % = CHF 12 294,70 **(1)**

Part du canton: CHF 15 026,90 **(1)**

Part / participation aux coûts de Madame R.: CHF 1 315.- **(1)**

Facture de l'assurance-maladie: CHF 12 294,70

./. CHF 300.- pour la franchise **(0,5)**

./. CHF 315.- pour la contribution aux frais de séjour hospitalier (21 x 15.-) **(1)**

./. CHF 700.- pour la quote-part **(0,5)**

(Prestation nette de l'assurance-maladie: CHF 10 979,70)