



Examen professionnel pour le/la spécialiste en assurance-maladie, du 4 au 7 mai 2021

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 2020
Calculatrice de poche simple

Évaluation:

	Points max.	Points obtenus	Note
Note du 2^e examen	62		

Visa des experts:

Remarques:

Sauf lorsque cela est expressément demandé, les réponses se limitant à la simple 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 (3 points)

En vertu de l'art. 5f LSAMal, l'assurance-maladie sociale est, entre autres, tenue de garantir l'égalité de traitement entre tous les assurés. Pour les primes, cela signifie par exemple que les risques individuels, tels que l'état de santé, ne peuvent pas être pris en compte lors de leur fixation.

Expliquez en 1 à 2 phrases quelles sont les 3 exceptions à ce principe.

Proposition de solution

- Subdivision des primes en trois catégories d'âge **(0,5)**. Ecart de primes obligatoires pour les enfants, les jeunes adultes et les adultes **(0,5)**.
- Echelonnement des primes en fonction des différences cantonales en matière de coûts **(1)**.
- Si le canton est découpé en plusieurs régions de primes **(0,5)**, possibilité d'échelonner les primes en fonction de différences de coûts régionales **(0,5)**.

Question 2 (2 points)

Monsieur M. a souscrit une AOS avec une franchise annuelle à option d'un montant de CHF 2 500,-. Il bénéficie d'un rabais de 6,5% pour l'exclusion du risque d'accident et des rabais maximaux autorisés pour la franchise à option.

La prime mensuelle pour cette couverture s'élève à CHF 220,- par mois.

Sa petite amie, étudiante en médecine qui a le même âge que lui et avec laquelle il vit sous le même toit, voudrait elle aussi souscrire une AOS, mais avec la franchise de base de CHF 300,-.

Quel sera le montant de la prime mensuelle de sa petite amie?

Détaillez votre calcul.

Proposition de solution

$$220 / 93,5 \times 100 = 235,30 \text{ (0,5)} + \text{rabais FA } 128,35 \text{ (0,5)} = 363,65 \text{ (1)}$$

Question 3 (4 points)

Originaire de Neuchâtel, la famille B. vient vous voir pour un entretien-conseil personnalisé et vous fait part de son souhait d'optimiser ses primes. La prime mensuelle de départ de votre caisse d'assurance-maladie s'élève à CH 370,- pour les adultes avec couverture du risque d'accident (franchise de CHF 300,-).

Les rabais maximaux s'établissent comme suit:

Franchise à option	60%
Rabais suspension accident	6%
Rabais enfants	80%
Rabais jeunes adultes	23%
Rabais HMO	18%
Rabais système médecin de famille	9%

Calculez la prime mensuelle de chaque membre de la famille.

Proposition de solution

Personne assurée	Variante d'assurance	Prime CHF
Père, 46 ans Employé à 100%	<ul style="list-style-type: none"> Franchise de CHF 300,- 	347,80
Mère, 45 ans Sans activité lucrative	<ul style="list-style-type: none"> Franchise de CHF 300,- Assurance avec bonus, barème de primes 1 	264,55
Fille, 23 ans, étudiante	<ul style="list-style-type: none"> Franchise de CHF 300,- HMO 	233,60
Fils, 17 ans, en 1 ^{ère} année d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> Franchise de CHF 600,- Système du médecin de famille 	37,-

1 point par prime correcte (pas de points partiels)

Question 4 (2 points)

Pour chacune des affirmations ci-après concernant les réductions de primes, indiquez les bases légales (LAMal/OAMal) correspondantes.

N°	Affirmation	Bases juridiques
1	L'Institution commune assiste les cantons dans l'exécution de la réduction des primes prévue à l'art. 65a en faveur des assurés qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège.	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 18, al. 2 quater LAMal
2	L'assureur annonce aux autorités cantonales compétentes en matière de réduction des primes les personnes dont l'obligation d'assurance a été suspendue et les informe de la durée effective de la suspension.	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 10a, al. 7 OAMal
3	L'assureur mentionne la réduction des primes par personne assurée et par mois sur la facture des primes. Il ne doit pas faire figurer la réduction des primes dans le certificat d'assurance.	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 106c, al. 4 OAMal
4	La Confédération accorde une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège et qui touchent une rente suisse ainsi qu'aux membres de leur famille.	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 66a, al. 1 LAMal

0,5 point par réponse correcte

Question 5 (5 points)

Les assureurs-maladie selon la LAMal remettent une police d'assurance à leur assurés.

Enumérez, sous forme de mots-clés, tout ce qui doit figurer sur une police selon la LAMal et ce qui n'est expressément pas autorisé.

Proposition de solution

Doivent figurer sur la police:

Assureur, adresse

Name, adresse du destinataire de la police

Police valable à partir du (date)

Part du risque accident

Redistribution du produit de la taxe environnementale à la population (CHF 87 par an / CHF 7.25 par mois)

Promotion Santé Suisse (CHF 4.80 par an)

Personne assurée, n° de police, év. numéro de famille, date de naissance

Assurance de base selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)

Type d'assurance, p.ex. libre choix du médecin, franchise, catégorie d'âge, conditions d'assurance complémentaire à la LAMal, prime brute – nette

Différence LAMal/LCA

Ne doivent pas figurer sur la police:

Réductions de primes

0,5 point par citation correcte, au maximum 4,5 points pour les indications autorisées et 0,5 point pour l'indication non autorisée.

Question 6 (6 points)

L'art. 32 LAMal stipule que les prestations fournies au titre de l'AOS doivent satisfaire aux 3 critères que sont l'efficacité, l'adéquation et l'économicité.

- a) Expliquez chacun de ces 3 critères en 2 ou 3 phrases.
- b) Exposez pour chacun de ces critères une situation dans laquelle il n'est pas rempli.

Proposition de solution**a) Efficacité de la prestation**

- La mesure thérapeutique produit (généralement) l'effet attendu.
- On peut objectivement s'attendre à ce que le traitement produise l'effet escompté, autrement dit qu'il guérisse ou soulage au maximum la maladie somatique ou psychique qu'il est censé soigner. **(1)**

Adéquation de la prestation

- Dans chaque cas spécifique
- Ou sur la base des risques et de l'effet attendu **(0,5)**
- et
- Le traitement apparaît médicalement indiqué/justifié **(0,5)**

Économicité de la prestation

- Le rapport coût/efficacité est jugé approprié ou
- Si plusieurs méthodes thérapeutiques efficaces et adaptées peuvent être envisagées dans un cas spécifique pour le traitement d'une maladie, il conviendra de choisir la moins coûteuse. **(1)**

b) Exemples

- Tout exemple valable **(1)**: prescription d'une pommade antibiotique pour le traitement d'une malformation de la colonne vertébrale.
- Tout exemple valable **(1)**: amputation d'une jambe afin de soulager d'intenses douleurs suite à une entorse du genou.
- Tout exemple valable **(1)**: un patient alité est soigné à domicile pour un coût de CH 12 000,-- par mois, mais un séjour en EMS serait plus approprié.

Tout exemple valable (1)

Question 7 (3 points)

Vous recevez une facture d'ambulance pour des frais de transport d'un assuré. Le rapport de transport fait état des indications suivantes:

- Diagnostic: onychocryptose (ongle incarné)
- Motif du transport: patient en surpoids, âgé de 14 ans
- Personne ayant demandé l'ambulance: mère du patient
- Transport depuis / jusqu'à: domicile / hôpital cantonal

Remarque: souffrant d'un important surpoids, le patient n'était plus en mesure de se déplacer seul en raison d'intenses douleurs; la mère a appelé une ambulance suite à l'insistance de son fils. Comme elle n'a pas de permis de conduire, elle ne pouvait pas l'emmener elle-même aux urgences.

Lors de l'examen du cas dans votre système, vous voyez également la facture correspondant à la consultation aux urgences ambulatoires de l'hôpital cantonal. L'ongle incarné a été extrait par voie chirurgicale (incision cunéiforme à la pince Kocher). Un pansement a ensuite été posé et une pommade antibiotique (traitement prophylactique pour prévenir la survenue d'inflammations purulentes) a été remise au patient.

Comment évaluez-vous le cas s'agissant de la prise en charge des frais de transport par l'assureur-maladie?

S'agit-il ici d'une prestation obligatoire de l'AOS? Justifiez votre réponse en 3 ou 4 phrases.

Proposition de solution

Non, il ne s'agit pas d'une prestation obligatoire **(1)**, l'indication médicale n'est pas justifiée **(1)**
Raisons pour lesquelles l'indication médicale n'apparaît pas justifiée **(1 point max.)**

Raisons possibles:

- Le diagnostic et la situation ne relèvent pas d'une indication médicale (droit à un transport médicalisé) justifiant la prise en charge des frais de transport au titre de l'AOS.
- La mère aurait pu appeler un médecin et une visite à domicile aurait peut-être été possible
- Le patient aurait pu se rendre jusqu'à un cabinet médical en s'aidant d'une canne ou de béquilles
- La mère aurait également pu demander à un ami ou à un voisin d'emmener son fils aux urgences ou chez un médecin

Demander un rapport médical ou s'adresser au médecin-conseil = 0 point

Question 8 (3 points)

Les traitements ci-dessous sont-ils admis à la charge de l'AOS? Répondez par oui ou par non pour chacun des traitements énumérés.

Toute réponse erronée donnera lieu à une déduction de points. L'évaluation minimale pour cette question est de 0 point.

Traitements	Oui	Non
Massage médical par un masseur médical indépendant certifié CRS et RME		X
Thérapie en neuropsychologie comportementale par un psychologue titulaire d'un diplôme reconnu en psychologie et d'un titre de spécialisation en neuropsychologie délivré par la Fédération suisse des psychologues		X
6 séances de logopédie prescrites par un médecin et réalisées par une logopédiste diplômée indépendante	X	
Soins des pieds par une podologue diplômée, indépendante et pratiquant à son compte, intervenant à la journée dans un EMS		X
Cours collectif d'aquafit (gymnastique aquatique) pour futures mamans dispensé par une sage-femme indépendante titulaire d'un diplôme fédéral		X
Cure thermale à Loèche-les-Bains	X	

0,5 point par réponse correcte

Question 9 (2 points)

Madame G. souffrant d'un œdème lymphatique, son médecin lui prescrit 3 paires de collants médicaux de compression de classe II qu'elle s'est procurés en pharmacie. Une paire de bas coûte CHF 130,-.

Après avoir reçu son décompte de prestations, elle vient vous voir et vous demande pourquoi l'assurance-maladie ne lui a remboursé que CHF 219,- alors qu'elle a déjà épuisé sa franchise ainsi que sa quote-part pour l'année en cours.

Expliquez-lui pourquoi il en est ainsi et justifiez votre réponse en 1 ou 2 phrases.

Proposition de solution

Compte tenu de l'absence de protection tarifaire **(1)**, le montant de remboursement maximal de CHF 109,50 par paire de bas est couvert **(0,5)**, pour deux paires par an au maximum **(0,5)** (ch. 17 LiMA).

Question 10 (3 points)

Suite à un décès dans sa famille, Madame M. souffre d'une grave dépression. Afin de l'aider à sortir de cette crise, son médecin de famille lui conseille d'avoir recours à des prestations de psychothérapie. Il ne s'estime plus en mesure d'assurer une médication adaptée et suffisante pour répondre à son tableau clinique. Il est convaincu qu'une thérapie par la parole est également nécessaire afin d'améliorer sensiblement et rapidement son état avant qu'il ne se transforme en affection chronique.

Madame M. prend contact avec vous et vous demande si et dans quelle mesure les traitements de psychothérapie sont remboursés au titre de l'assurance obligatoire des soins. Elle aimerait également savoir ce qu'il en est de la prise en charge des médicaments (psychotropes) par l'AOS.

Expliquez en 3 ou 4 phrases dans quelles conditions l'AOS peut prendre en charge les coûts des traitements de psychothérapie et des médicaments psychotropes dans un tel contexte.

Proposition de solution

- Psychothérapie avec un psychiatre FMH **(0,5)**: prise en charge de 40 séances diagnostiques et thérapeutiques **(0,5)**
- Les médicaments (psychotropes) figurant sur la liste des spécialités **(0,5)** et prescrits par un psychiatre FMH sont remboursés par l'AOS **(0,5)**
- Les psychothérapies déléguées par un psychologue **(0,5)** (employé par un psychiatre FMH **(0,5)** et exerçant sous la responsabilité et dans les locaux de ce dernier) sont prises en charge par l'AOS

Question 11 (3 points)

Cochez les cases «Vrai» ou «Faux» pour chacune des affirmations suivantes concernant les conditions d'autorisation à facturer à l'assurance obligatoire des soins.

Toute réponse erronée donnera lieu à une déduction de points. L'évaluation minimale pour cette question est de 0 point.

Affirmation	Vrai	Faux
Les conseillers en diabétologie font partie des fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.		X
Les infirmiers sont admis à apporter des mesures de soutien aux personnes souffrant de maladies psychiques s'ils peuvent justifier d'une expérience professionnelle de deux ans dans la collaboration interdisciplinaire et la gestion des patients dans des réseaux.	X	
Les neuropsychologues sont admis à fournir des prestations de diagnostic à la charge de l'assurance obligatoire des soins sans qu'une prescription médicale soit nécessaire.		X
Les dentistes étrangers sont assimilés aux dentistes titulaires d'un diplôme fédéral s'ils peuvent justifier d'un diplôme reconnu conformément à l'art. 15 LPMéd ou d'une autorisation cantonale d'exercer conformément à l'art. 36, al. 3 LPMéd.	X	
Les centres de remise de moyens et d'appareils admis en vertu du droit cantonal et ayant conclu un contrat relatif à la remise de moyens et d'appareils avec un assureur-maladie sont autorisés à pratiquer à la charge de cet assureur.	X	
Les propriétés chimiques ou physiques des eaux thermales doivent être démontrées au moyen d'une expertise et réexaminées tous les quatre ans au moyen d'analyses de contrôle effectuées par l'autorité cantonale compétente.		X

0,5 point par réponse correcte

Question 12 (5 points)

Monsieur M. perçoit une rente AVS suisse et vit en Italie. Il est affilié auprès de votre caisse pour l'assurance obligatoire des soins. Vous recevez une facture pour un séjour hospitalier de Monsieur M. à l'hôpital cantonal des Grisons.

Vous avez connaissance des informations suivantes:

Diagnostic: DRG D60B - Néoplasme malin à l'oreille, au nez, à la bouche et dans la gorge, plus d'un jour d'hospitalisation

Coût relatif: 0,642

Mode d'admission: normal, annoncé = pas de traitement en urgence

Tarif de référence (baserate) du canton des Grisons: CHF 9 790,-

Part cantonale du canton des Grisons: 55% - Contribution de l'AOS: 45%

Tarif de référence du canton de Berne: CHF 9 575,-

Les prestations fournies ont été facturées intégralement comme suit par l'hôpital:

DRG D60B, baserate de CHF 9 575,- x 0,642 (coût relatif pour un séjour de 6 jours à l'hôpital)
= CHF 6 147,15

- a) Êtes-vous d'accord avec cette facturation? Justifiez votre réponse.
- b) Quelle sera la suite du traitement de la facture par l'assureur-maladie?

Proposition de solution

- a) Oui, la facturation est correcte **(0,5)**
Bénéficiaires de rentes résidant dans un État membre de l'UE: 100 % à la charge de l'assurance-maladie **(1)**
- b) Paiement de l'intégralité de la facture à l'hôpital **(0,5)**
Demande de remboursement de la contribution cantonale auprès de l'Institution commune LAMal **(1)**
55% de l'actuel baserate du canton de Berne (CHF 9 575,-) **(1)**, le canton de référence pour les bénéficiaires de rentes résidant dans un État membre de l'UE sans aucun point de rattachement **(1)** en Suisse est le canton de Berne

Question 13 (3 points)

Veillez indiquer si les prestations ci-après sont prises en charge dans le cadre de l'AOS en cochant les cases qui conviennent.

Toute réponse erronée donnera lieu à une déduction de points. La note minimale est de 0 point.

	Prise en charge des prestations Oui	Prise en charge des prestations sous certaines conditions	Prise en charge des prestations Non
Médicaments de la LS utilisés pour d'autres indications que celles autorisées dans l'information professionnelle ou prévues par la limitation		X	
Séances de physiothérapie prescrites par un chiropraticien (prescription pour 6 séances)	X		
Vaccination passive avec hépatites B-immunoglobulines pour les nouveau-nés de mères HbsAg-positives	X		
Revascularisation transmyocardique par laser			X
Traitement stationnaire pour une ménissectomie du genou, sans autre précision		X	
Appareil d'hydrothérapie avec embout buccal et tuba		X	

0,5 point par réponse correcte

Question 14 (5 points)

Parmi les affirmations suivantes concernant les assurances d'indemnités journalières, lesquelles sont exactes?

Toute réponse erronée donnera lieu à une déduction de points. L'évaluation minimale pour cette question est de 0 point.

Passage dans l'assurance individuelle

- Tant qu'un assuré n'a reçu aucune information concernant son droit de passage dans l'assurance individuelle, il reste assuré par son assurance collective.
- En vertu de la LAMal, le droit de passage dans l'assurance individuelle ne peut être accordé qu'aux chômeurs.
- Lors de son passage dans l'assurance individuelle, un assuré a la possibilité de conserver son âge d'entrée dans l'assurance collective
- Un contrôle des risques doit toujours être effectué lors d'un passage dans l'assurance individuelle, et ce même si les conditions sont restées inchangées.

Surassurance

- Les surassurances ne sont pas autorisées par la LAMal.
- Une surassurance peut s'avérer utile en cas de baisse temporaire de revenus.
- Les surassurances sont autorisées par la LCA.
- Un avantage des surassurances est que les primes sont moins élevées.

Surindemnisation

- D'une manière générale, les surindemnisations sont autorisées par la LAMal.
- En vertu de la LAMal, la limite de surindemnisation correspond à la perte de gain présumée subie par l'assuré.
- La limite de surindemnisation est réglementée juridiquement par la LCA.
- Une assurance de sommes peut parfois donner lieu à une surindemnisation.

Assurance de sommes

- L'assurance de sommes s'avère être la solution la plus adaptée et la plus avantageuse pour les chômeurs.
- Il est conseillé aux travailleurs indépendants de contracter une assurance de sommes au cours de leurs premières années d'activité.
- En cas de sinistre, un justificatif de revenus devra toujours être fourni.
- Dans le cas d'une assurance de sommes, l'assuré n'est pas tenu de justifier de sa perte de gain ni de sa maladie.

Délai d'attente

- Les chômeurs peuvent bénéficier d'une couverture d'assurance ininterrompue avec un délai d'attente de 30 jours.
- En cas de souscription d'une assurance d'indemnités journalières sans imputation du délai d'attente, la durée des prestations sera réduite à hauteur de ce même délai.
- Plus le délai d'attente est long, plus les primes seront avantageuses.
- Le délai d'attente doit toujours être plus long que la durée du maintien du salaire conformément au CO.

LAMal

- La LAMal stipule qu'un assuré peut adapter à tout moment son contrat d'indemnités journalières sans devoir se soumettre à un examen de santé.
- Les réserves applicables dans le cadre de la LAMal restent valables pour toute la durée de la police.
- La durée des réserves applicables dans le cadre de la LAMal est limitée à cinq ans.
- Les délais de résiliation des assurances d'indemnités journalières sont réglementés par la LAMal.

Question 15 (5 points)

Monsieur V. a commencé à travailler dans une boulangerie il y a 8 mois en tant que responsable du conditionnement. Son employeur n'a pas souscrit de contrat d'indemnités journalières pour ses employés et respecte ses obligations de maintien du salaire conformément au CO.

Monsieur V. a donc conclu une assurance d'indemnités journalières selon la LAMal de CHF 230,- par jour en adaptant le délai d'attente à la durée de l'obligation de maintien du salaire de son employeur. Il perçoit actuellement un salaire mensuel de CHF 5 600,- sur 13 mois. Les conditions générales d'assurance ne contiennent aucune indication spécifique quant aux incapacités de travail.

Suite à des calculs rénaux avec une infection grave, Monsieur V. doit subir une opération chirurgicale et se retrouve en incapacité de travail. Il transmet ses certificats d'incapacité de travail à son assurance d'indemnités journalières:

01.12.2020 – 31.01.2021	IT 100%
01.02.2021 – 20.02.2021	IT 80%
21.02.2021 – 31.03.2021	IT 60%
01.04.2021 – 30.04.2021	IT 40%
Dès le 01.05.2021: rétablissement complet.	

Établissez le calcul des indemnités journalières qui lui sont dues pour les incapacités de travail ci-dessus.

Proposition de solution

Période	Nombre de jours	Taux d'IT	Montant journalier CHF	Montant versé (en CHF)
01.12.20 – 21.12.20	21 jours	100%	202,20	0,- / délai d'attente (1)
22.12.20 – 31.01.21	41 jours	100%	202,20	8 290,20 (1)
01.02.21 – 20.02.21	20 jours	80%	161,75	3 235,- (1)
21.02.21 – 31.03.21	39 jours	60%	121,30	4 730,70 (1)
01.04.21 – 30.04.21	30 jours	40%		Aucune IJ car IT inférieure à 50% (1)

Le calcul est effectué sur la base de 360 jours, mais la division par 365 jours est également acceptée.

Question 16 (3 points)

Un assureur LAA refuse de prendre en charge des prestations et fait également part de sa décision à l'assureur-maladie. Or, ce dernier n'est pas d'accord et forme opposition dans les délais requis. Jusqu'au prononcé de la décision finale, l'assureur-maladie prendra en charge les prestations à titre provisoire.

Dans sa décision sur opposition, l'assureur LAA fait savoir qu'il accepte l'opposition et reconnaît son obligation de prise en charge à titre rétroactif. L'assureur-maladie réclame ensuite le remboursement de ses frais (avances de prestations) auprès de l'assureur LAA, ce que ce dernier refuse.

Pour se justifier, l'assureur LAA invoque l'art. 70, al. 1 LPGA stipulant que l'ayant droit peut demander une prise en charge provisoire de son cas lorsqu'un événement assuré lui donne droit à des prestations d'une assurance sociale, mais qu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations. Or, dans le cas présent, aucune demande de ce type n'a été adressée par l'ayant droit. Pour le remboursement de ses coûts, l'assureur-maladie devrait donc s'adresser directement à l'assuré.

La position de l'assureur LAA est-elle fondée? Justifiez votre réponse en 1 ou 2 phrases et indiquez l'article de loi ou d'ordonnance sur lequel vous vous appuyez.

Proposition de solution

Non (1)

Même sans demande de la part de l'ayant droit, l'assureur-maladie peut avancer spontanément les prestations assurées sous réserve de son plein droit à restitution. (1)
Art. 112, al. 1 OAMal (1)

Question 17 (2 points)

L'assureur-maladie X. a conclu une convention tarifaire pour la division commune avec l'hôpital régional Y. Cette convention est soumise au gouvernement cantonal pour approbation.

Or, le gouvernement cantonal refuse de donner son approbation au motif que certaines dispositions contractuelles contreviennent au principe d'économicité.

- a) Un tel refus est-il licite? Justifiez votre réponse en mentionnant l'article de loi correspondant.
- b) Les parties peuvent-elles faire appel d'une telle décision devant le Tribunal administratif fédéral? Justifiez votre réponse en mentionnant l'article de loi correspondant.

Proposition de solution a

Oui (0,5). Art. 46, al. 4 LAMal (0,5)

Proposition de solution b

Oui (0,5). Art. 53, al. 4 LAMal (0,5)

Question 18 (3 points)

Indiquez si les affirmations suivantes concernant la procédure en matière d'assurance sociale, respectivement le contentieux sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Toute mauvaise réponse donne lieu à une déduction de points. La note minimale est de 0 point.

Affirmation	vrai	faux
Si un assuré conteste la décision de son assureur-maladie, il peut demander qu'une décision soit rendue.	X	
Si l'assuré conteste la décision, une opposition doit être formée auprès de l'organe qui a rendu la décision dans un délai de 10 jours.		X
Suite à une opposition, l'assureur doit émettre une décision sur opposition.	X	
Un recours peut être formé pendant un délai de 30 jours auprès du tribunal cantonal des assurances suite à une décision sur opposition.	X	
Les décisions du tribunal cantonal des assurances sur des questions relevant des assurances sociales peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal fédéral à Lausanne.		X
Les décisions du tribunal cantonal des assurances peuvent faire l'objet d'un recours par l'assuré concerné, par la caisse-maladie, mais pas par l'OFSP.		X

0,5 point par réponse correcte