



Examen professionnel fédéral pour spécialiste en assurance-maladie, du 9 au 12 mai 2022

Avec réponses

Candidat(e): _____ N° _____

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

Durée: 90 minutes

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

Évaluation:

	Points maximum	Points obtenus	Note
Note du 2 ^e examen	59		

Signature de l'expert:

Observations:

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 (1 point)

Selon la LAMal, l'assureur prélève en principe des primes identiques auprès de ses assurés.

Mme V. et Mme B. sont deux sœurs jumelles qui sont assurées en 2022 auprès du même assureur-maladie pour l'AOS. Elles ont toutes deux choisi l'assurance ordinaire avec une franchise de 300 francs. Aucune n'a droit à une réduction individuelle de prime. Pourtant, leur prime mensuelle respective est différente.

Indiquez 2 raisons possibles.

Proposition de solution

Lieu de domicile différent **(0,5)**

Inclusion ou non du risque d'accident **(0,5)**

Question 2 (2 points)

Les assureurs-maladie ont l'obligation de constituer des provisions et des réserves techniques.

Expliquez en 2 à 3 phrases à quoi servent les provisions et les réserves.

Proposition de solution**Provisions techniques d'assurance:**

Les provisions techniques servent à financer les coûts des cas survenus, mais non encore liquidés dans l'AOS **(0,5)** et dans l'assurance facultative d'indemnité journalière **(0,5)**, ainsi qu'à constituer des provisions de vieillesse affectées aux indemnités journalières en cas d'échelonnement des primes selon l'âge d'adhésion **(0,5)**.

Réserves:

Elles sont destinées à garantir la solvabilité à long terme de l'assureur. **(0,5)**

Question 3 (3 points)

Cochez les cases «Vrai» ou «Faux» pour chacune des affirmations suivantes concernant «l'approbation des primes d'assurance-maladie».

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

Affirmation	Vrai	Faux
Les tarifs de primes de l'AOS et de l'assurance individuelle facultative d'indemnités journalières selon la LAMal sont soumis à l'approbation de la FINMA (autorité de surveillance).		X
Les tarifs de primes des assurances complémentaires d'hospitalisation sont soumis à l'approbation de l'OFSP (autorité de surveillance).		X
Les tarifs de primes de l'assurance collective d'indemnités journalières selon la LAMal sont soumis à l'approbation de l'OFSP (autorité de surveillance).		X
Le Conseil fédéral peut approuver un tarif de primes de l'AOS pour une durée inférieure à un an.		X
Avant l'approbation des tarifs de primes de l'AOS, les cantons peuvent obtenir des informations concernant les coûts prévus sur leur territoire et donner leur avis à l'autorité de surveillance.	X	
Avant l'approbation des tarifs de primes de l'AOS, l'autorité de surveillance doit consulter le Surveillant des prix, mais n'est pas tenue de suivre son avis.		X

0,5 point par réponse correcte.

Question 4 (2 points)

La charge des primes de l'AOS peut s'avérer trop lourde à supporter pour certains assurés. Néanmoins, comme l'assurance est obligatoire, les personnes ne peuvent pas simplement renoncer à être assurées. Les cantons disposent donc de compétences pour tenir compte de ce problème.

Quels sont les droits et devoirs des autorités cantonales envers un assuré qui ne paie pas ou ne peut pas payer ses primes pour l'AOS?

Propositions de réponse

- Octroi d'une réduction individuelle de primes **(1)** selon l'art. 65 LAMal
- Prise en charge de 85% des créances **(1)** selon l'art. 64a, al. 4 LAMal
- Etablissement d'une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes et pour qui une suspension du droit aux prestations est ordonnée **(1)** selon l'art. 64a, al. 7 LAMal

Maximum 2 points**Question 5 (2 points)**

Le 9 mai 2022, l'assureur-maladie de Monsieur V. constate que ce dernier n'a toujours pas payé la prime pour le mois d'avril 2022 pour son assurance d'indemnités journalières selon la LCA (facture échue le 1^{er} avril 2022), et ce en dépit d'un rappel envoyé le 25 avril 2022.

Indiquez en quelques mots-clés les conséquences sur les prestations et le contrat d'assurance si Monsieur V. ne paie pas cette prime même après expiration du délai figurant sur le courrier de rappel.

Propositions de réponse

L'obligation de fournir des prestations est suspendue dès l'expiration du délai de rappel (14 jours). **(1)**

Si l'assureur n'entame pas la procédure de poursuites dans les 2 mois après expiration du délai de rappel légal, il est réputé s'être départi du contrat.

Question 6 (6 points)

En octobre 2021, Mme K., sans activité lucrative, voit sur le site www.priminfo.ch que la prime AOS avec une franchise de 300 francs s'élève, chez l'assureur Y, à 392 francs par mois pour l'année 2022 (le risque d'accident n'étant pas couvert) pour un adulte.

Mme K. se présente au guichet de cet assureur et voudrait connaître le montant des primes pour les personnes indiquées dans le tableau ci-dessous. Celles-ci vivent toutes dans le même lieu de résidence.

Franchises à option:	L'assureur accorde les rabais maximaux admis selon les dispositions légales
Rabais pour les enfants:	76%
Rabais pour les jeunes:	30%
Rabais pour le modèle médecin de famille:	10%
Rabais pour le modèle télémédecine:	8%
Suspension du risque d'accident:	L'assureur accorde les rabais maximaux admis selon les dispositions légales

Calculez pour chaque membre de la famille sa prime mensuelle en 2022 auprès de l'assureur Y et détaillez vos calculs.

Personne assurée	Etendue de l'assurance	Prime en CHF
Madame K., 51 ans	Franchise à option CHF 2'500.-	
Sa fille, étudiante, 24 ans	Franchise à option CHF 2'000.- et modèle de télémédecine	
Son fils, 3 ^e année d'apprenti menuisier, 20 ans	Franchise CHF 300.-	
Sa fille, écolière, 13 ans	Modèle médecin de famille, franchise CHF 0.-	

Proposition de solution

Personne assurée	Etendue de l'assurance	Prime en CHF
Madame K., 51 ans	Franchise à option CHF 2'500.-	293.20 (1,5)
Sa fille, étudiante, 24 ans	Franchise à option CHF 2'000.- et modèle de télémédecine	172.40 (1,5)
Son fils, 3 ^e année d'apprenti menuisier, 20 ans	Franchise CHF 300.-	274.50 (1,5)
Sa fille, écolière, 13 ans	Modèle médecin de famille, franchise CHF 0.-	91.10 (1,5)

Accepter des différences d'arrondi.

Question 7 (2 points)

Les pouvoirs publics sont tenus de verser des subsides pour réduire les primes de l'assurance obligatoire des soins (AOS).

- a) Indiquez à qui la Confédération verse des subsides et à combien ceux-ci s'élèvent.
- b) Citez la condition pour bénéficier d'une réduction individuelle des primes dans l'AOS.

Proposition de solution

- a) Aux cantons **(0,5)**. Les subsides fédéraux correspondent à 7,5% des coûts bruts de l'assurance obligatoire des soins **(0,5)**.
- b) Une réduction individuelle de primes est accordée aux assurés AOS de condition économique modeste **(1)**.

Question 8 (3 points)

Il existe, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, une Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP).

- a) Qui en nomme les membres? Indiquez en outre la base légale correspondante.
- b) Citez 4 tâches dévolues à cette commission.

Proposition de solution

- a) Le Conseil fédéral **(0,5)**; art 33 al. 4 LAMal ou art. 37b al. 1 OAMal **(0,5)**.
- b) La commission
 - conseille le Conseil fédéral,
 - conseille le DFI pour la désignation des prestations,
 - conseille le DFI pour l'élaboration de dispositions d'application,
 - conseille le DFI pour l'évaluation des principes dans l'assurance-maladie,
 - prend en compte les aspects éthiques dans la désignation des prestations,
 - définit les principes dans le domaine des prestations, de la protection des données et de la préservation des intérêts des assurés,
 - etc. selon l'art. 37d al. 1 et 2 OAMal.

0,5 point pour chaque tâche correcte citée, maximum 2 points.

Question 9 (3 points)

La maîtrise des coûts de l'AOS était un objectif déclaré de la LAMal. De l'avis de beaucoup, cet objectif n'a pas été atteint de manière satisfaisante.

Expliquez, avec vos propres mots, quel effet modérateur on pourrait attendre de chacune des trois mesures suivantes inscrites dans la loi.

- a) Les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent d'une méthode pour contrôler le caractère économique des prestations.
- b) Le médecin-conseil examine si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies.
- c) Le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la facture les avantages qu'il perçoit.

Proposition de solution

- a) Effet préventif: les médecins savent que les coûts qu'ils génèrent sont évalués (coûts moyens par patient), et qu'ils peuvent être amenés, le cas échéant, à restituer des honoraires. **(1)**
- b) Effet dans des cas particuliers: éviter des prestations médicales ne respectant pas certaines conditions définies et permettre dans tous les cas à l'assureur de refuser les coûts si une prestation a malgré tout été fournie en dehors des conditions de prise en charge définies. **(1)**
- c) Conséquence: éviter que le fournisseur de prestations ne s'enrichisse de manière illégitime, ou ait un intérêt pécuniaire à prescrire ou à vendre une mesure médicale, un dispositif médical, un médicament etc. qui le pousserait à promouvoir ces produits et services. **(1)**

Autoriser d'autres exemples et réponses allant dans ce sens.

Question 10 (2 points)

Tous les fournisseurs de prestations ne sont pas autorisés à facturer à la charge de l'AOS.

Après trois ans d'études de physiothérapie dans une haute école spécialisée reconnue, l'étudiant Monsieur P. recevra son diplôme de «Bachelor of Science in Physiothérapie» à l'été 2022. Il sait que ce diplôme est reconnu dans toute la Suisse et souhaite ouvrir un jour son propre cabinet de physiothérapie.

Quelles conditions, outre le diplôme mentionné ci-dessus, devra-t-il remplir pour exercer à son compte comme physiothérapeute et facturer ses prestations à la charge de l'AOS (état 2021)?

Proposition de solution

- Autorisation du canton **(1)** dans lequel il exercera sur la base du droit cantonal en vigueur (art. 46, al. 2 OAMal).
- avoir exercé pendant deux ans une activité pratique **(1)** auprès d'un physiothérapeute ou d'une organisation de physiothérapeutes, dans un service hospitalier spécialisé en physiothérapie ou dans un cabinet spécialisé sous la direction d'un physiothérapeute qui remplit les conditions d'admission (art. 47 al. 1 let. b OAMal).

Question 11 (3 points)

Une association d'aide aux personnes âgées organise une conférence destinée aux médecins et au personnel soignant sur le thème de «l'aménagement du domicile des seniors».

Un ergothérapeute va notamment expliquer comment «conseiller les seniors pour aménager leur domicile afin qu'il reste adapté à tous les stades de vie et que la LAMal rembourse ces prestations».

Madame K., 83 ans, est assurée à l'AOS et aimerait savoir quelles prestations d'ergothérapie sont prises en charge par l'AOS. Elle s'adresse à vous pour obtenir des renseignements.

- a) Suffit-il d'être âgé pour avoir droit à ces prestations d'ergothérapie?
Si oui, indiquez à partir de quel âge.
- b) Précisez en outre quelles prestations d'ergothérapie sont prises en charge par l'AOS et, le cas échéant, quelles sont les conditions à remplir.

Proposition de solution

- a) Non **(0,5)**.
- b) L'AOS couvre les prestations fournies par l'ergothérapeute ou une organisation d'ergothérapie **(0,5)** sur prescription médicale **(0,5)**, dans la mesure où celles-ci
 - procurent à l'assuré l'autonomie dans les actes ordinaires de la vie **(0,5)** en cas d'affection somatique **(0,5)**,
 - font partie d'un traitement psychiatrique **(0,5)**.

Question 12 (3 points)

Les prestations suivantes peuvent-elles être prises en charge par l'AOS lorsqu'elles sont prescrites ou fournies par un médecin dûment qualifié?

Cochez la réponse correcte dans le tableau (une seule croix par ligne au maximum).

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

	Oui	Oui, sous certaines conditions	Non
Pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise	X		
Canne blanche pour non-voyants / malvoyants			X
Semelles orthopédiques		X	
Imagerie par résonance magnétique (IRM)	X		
Location d'un fauteuil roulant			X
Traitement de plaie par des asticots		X	

0,5 point par ligne correcte.

Question 13 (3 points)

L'assurance obligatoire des soins restreint la prise en charge des coûts pour certaines interventions électives (prévues).

Expliquez cette restriction et donnez un exemple d'une intervention élective visée par cette disposition.

Proposition de solution

Les interventions figurant dans la liste de l'annexe 1a OPAS ne sont en principe prises en charge par l'AOS que si elles sont réalisées de manière ambulatoire. **(1)** Des exceptions sont possibles selon les circonstances. **(1)**

N'importe quel exemple de l'annexe 1a OPAS. **(1)**

Question 14 (2 points)

L'assurance-maladie prend en charge les frais de prestations pour des traitements fournis à la personne assurée, entre autres en cas de maladie.

Citez 2 exemples d'exceptions à ce principe, c'est-à-dire où l'AOS prend en charge les prestations pour un traitement fourni à une autre personne que la personne assurée.

Proposition de solution

- Transplantation de rein isolée (prestations pour le donneur, y compris en cas de complications).
- Transplantation de foie d'un donneur vivant (prestations pour le donneur, y compris en cas de complications).
- Stérilisation du conjoint d'une femme pour laquelle une grossesse représente un danger vital au sens de l'annexe 1 OPAS, à charge de l'assurance de la femme.
- Soins du nouveau-né en bonne santé durant le séjour à l'hôpital avec sa mère.

1 point par réponse correcte (max. 2 points)

Question 15 (5 points)

Un apprenti suivant sa formation dans l'assurance-maladie doit préparer un résumé des diverses prestations prises en charge par l'AOS, qu'il devra présenter à d'autres apprentis. Il vous soumet son projet pour vérification.

Identifiez les erreurs qu'il a commises (en barrant les éléments erronés) et indiquez dans la colonne de droite, sur la même ligne, quelle correction l'apprenti doit faire pour fournir une réponse correcte. Des points seront déduits si vous identifiez comme erreur une affirmation correcte.

Les pharmaciens peuvent facturer, en plus des médicaments hors liste (0,5) et délivrés sur ordonnance médicale, certains actes comme remplacer un médicament original ou générique prescrit par un médecin par un générique plus avantageux.	LS (0,25) et LMT (0,25)
En cas de transport d'urgence en ambulance, si la vie de la personne est en danger (sauvetage), l'AOS couvre la totalité (0,5) des frais mais seulement jusqu'à CHF 5000 par année civile.	50% (0,5)
Les autotests de détection du Covid-19 ne sont pas pris en charge par l'AOS; ils ne sont pas mentionnés dans l'OPAS.	
L'opération pour enlever les dents de sagesse n'est normalement pas prise en charge par l'AOS. Pour une personne qui a un handicap mental grave, les frais d'anesthésie générale seront quand même couverts.	
Pour les verres de lunettes, les enfants ont droit à une participation de CHF 180 tous les trois ans (0,5).	Une fois par an (0,5)
En cas de cure de bains prescrite par un médecin, l'assurance verse une participation de CHF 100 (0,5) par jour pendant au maximum 21 jours consécutifs (0,5).	10 francs (0,5) Par année calendaire (0,5)

Déduire un quart de point pour chaque affirmation correcte comptée comme erreur.

Question 16 (2 points)

Cochez les cases «Vrai» ou «Faux» pour chacune des affirmations suivantes concernant les indemnités journalières en cas de maladie.

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

Affirmation	Vrai	Faux
Les assurances d'indemnités journalières doivent être proposées comme assurances de sommes selon la LCA, mais pas selon la LAMal.		X
La LCA prévoit qu'en cas de délai d'attente convenu de 30 jours, la durée maximale d'indemnisation est de 700 jours (730 jours moins le délai d'attente).		X
Le risque de maternité peut être exclu de la couverture d'assurance, tant pour la LAMal que la LCA.		X
Dès qu'une rente d'assurance-invalidité est versée, l'assureur d'indemnités journalières selon la LAMal doit réduire ses prestations.		X

0,5 point par réponse correcte.

Question 17 (4 points)

Lorsque l'assureur vérifie si les conditions du droit aux prestations de l'assurance d'indemnités journalières sont remplies dans un cas particulier, il peut arriver que la question de l'obligation de diminuer le dommage se présente.

Madame V. souffre d'une hernie discale qui l'oblige à rester allongée en permanence. Elle ne peut donc pas exercer son activité d'enseignante. Faute d'amélioration, son médecin lui propose une opération consistant à remplacer un disque de sa colonne vertébrale par une prothèse artificielle. Madame V. refuse cette intervention de peur de finir paralysée.

En tant qu'assureur de l'employeur de Madame V, cela fait maintenant 5 mois que vous payez des indemnités journalières selon la LAMal et vous recevez l'appréciation du médecin-conseil auquel vous avez soumis le cas. Celui-ci confirme l'incapacité de travail totale de Madame V. dans toute activité et signale que celle-ci va persister vraisemblablement indéfiniment, à moins que l'opération proposée par le médecin traitant puisse être réalisée.

Que pouvez-vous faire dans une telle situation en qualité d'assureur d'indemnités journalières selon la LAMal? Décrivez en 3 à 4 phrases comment l'assureur peut réagir au comportement de Madame V. et indiquez la base légale pertinente.

Proposition de solution

- Attirer l'attention de l'assurée sur son obligation de diminuer le dommage **(0,5)**.
- Envoyer à l'assurée une requête écrite **(1)** avec délai de réflexion **(1)**.
- En cas de réponse négative, il est possible de réduire **(0,5)** ou de refuser **(0,5)** les prestations.
- Art. 21 al. 4 LPGa **(0,5)**

D'autres réponses pertinentes peuvent être admises.

Question 18 (3 points)

L'employeur de Monsieur N. a conclu pour son personnel une assurance collective d'indemnités journalières selon la LAMal couvrant 100% du salaire en cas de maladie après un délai d'attente de 60 jours.

Monsieur N. (57 ans, célibataire sans charge de famille) touchait un salaire de CHF 120'000 par année avant d'être licencié dans les délais au 28 février 2022.

A partir du 1^{er} mars 2022, il s'est inscrit au chômage et a fait usage de son droit de passer dans l'assurance individuelle pour la même couverture que précédemment, en adaptant toutefois le délai d'attente à sa nouvelle situation de chômeur.

Victime d'une crise cardiaque le 19 mars 2022, il est depuis en incapacité complète de travailler.

Etablissez le décompte d'indemnités journalières pour la période du 19 mars au 30 avril 2022 (43 jours). Détaillez vos calculs.

Proposition de solution

Le montant de l'indemnité versée est limité aux prestations LACI.

$$10'000 / 21,7 \times 70 \% = 322,60 / 7 \times 5 = \text{CHF } 230,40 \text{ (1)}$$

19.3.2022 – 17.4.2022	30 jours x 0.00 (délai d'attente) (1)
18.4.2022 – 30.4.2022	13 jours x 230,40 = CHF 2'995,20 (1)

Question 19 (5 points)

Un jugement de première instance ne permet pas toujours de mettre un point final à un litige. Le droit suisse des assurances sociales prévoit une possibilité de recours ultime auprès du Tribunal fédéral.

Répondez aux questions suivantes relatives à l'assurance-maladie selon la LAMal:

- a) Quels jugements peuvent faire l'objet d'un recours auprès du Tribunal fédéral?
- b) Qui peut déposer un recours auprès du Tribunal fédéral?
- c) Citez 4 exigences formelles qu'un recours doit remplir au minimum.
- d) Si l'une de ces exigences n'est pas remplie, que fera le Tribunal fédéral?

Proposition de solution

- a) Jugements des tribunaux cantonaux des assurances **(0,5)**, jugements des tribunaux arbitraux cantonaux **(0,5)** (art. 62 LPGA, art. 91 LAMal).
- b) Les parties concernées par le jugement **(0,5)** et l'OFSP **(0,5)** (Art. 27 OAMal).
- c)
 - Le recours doit être déposé dans les 30 jours. **(0,5)**
 - Le recours doit contenir une demande en justice concrète **(0,5)**, c.-à-d. qu'elle doit préciser clairement le résultat escompté.
 - Le recours doit contenir une argumentation / une justification. **(0,5)**
 - Les moyens de preuve doivent être indiqués. **(0,5)**
 - Les actes doivent être signés par le requérant ou son représentant légal. **(0,5)**

Maximum 2 points

- d) Le Tribunal fédéral accorde un délai pour corriger le recours **(0,5)**, faute de quoi celui-ci sera déclaré irrecevable **(0,5)**.

Question 20 (3 points)

Monsieur T. travaille comme biologiste salarié dans un laboratoire de recherches et est atteint d'une maladie infectieuse qu'il est certain d'avoir contracté dans le cadre de son activité professionnelle. Son assureur-accidents est en train d'étudier le cas et lui a suggéré de s'adresser, en attendant, à son assureur-maladie.

Monsieur T. a conclu chez vous une assurance de base avec choix limité du fournisseur de soins (modèle du médecin de famille) et une franchise de CHF 2'500. Il a reçu des prestations ambulatoires (consultations par son médecin de famille, analyses et médicaments) dont le montant total est inférieur à la franchise annuelle convenue.

Expliquez à Monsieur T de quelle manière son assureur-maladie va pouvoir traiter le cas et ce dont il faut tenir compte. Développez chacun des trois points en 1 à 2 phrases.

Proposition de solution

- L'assureur-maladie ne doit rien entreprendre si Monsieur T. renonce à la prise en charge provisoire des coûts et attend la décision de son assureur-accidents. **(1)**
- L'assureur qui avance les prestations, sur demande ou spontanément, est tenu de le faire selon les dispositions valables pour l'assurance-maladie **(1)**.
- La participation aux coûts est applicable: en raison de la franchise, l'AOS n'a pour l'instant rien à rembourser.
- Si l'assureur LAA parvient finalement à la conclusion qu'il doit prendre les frais en charge, l'assureur-maladie fera valoir son droit au remboursement des frais qu'il aura déjà avancés **(1)** et restituera les franchises, quotes-parts, etc. à Monsieur T. **(1)**
- Si l'assureur LAA refuse la prise en charge des frais, il devra transmettre une copie de sa décision à l'assureur-maladie qui disposera des mêmes voies de droit que l'assuré **(1)**.

Maximum 3 points