

Examen professionnel de spécialiste en assurance-maladie

du 4 au 7 mai 2026

Avec réponses

Numéro de candidat(e):

Partie 1 de l'examen, point d'appréciation 1.1, Domaines de compétences opérationnelles A à D

Durée: 90 minutes

Outils: Annuaire de l'assurance-maladie et accidents suisse
Calculatrice de poche simple

Évaluation:

Points max.	Points obtenus	Note
-------------	----------------	------

Note du point d'appréciation 1.1	85		
----------------------------------	----	--	--

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.).

Dans les documents à rédiger (e-mails, courriers, etc.), aucune formule d'adresse ni de politesse (par ex. «Meilleures salutations») n'est à mentionner. Il convient toutefois d'indiquer un titre ou un objet pertinent. L'ampleur (volume) des textes attendus est purement indicative, n'a pas d'influence sur la notation et des divergences sont admissibles.

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!

Inscrivez votre numéro de candidat/e en haut à droite de chaque page supplémentaire.

Question 1 (5 points)

Obligation d'assurance et choix d'un autre modèle d'assurance

Vous travaillez au sein du service de conseil à la clientèle de NovaCura AG. Une cliente de 28 ans, de nationalité allemande, vient d'accepter un poste à temps plein (100%) à Bâle. Elle réside toujours à Lörrach, en Allemagne. Elle vous contacte pour vous demander si elle doit s'assurer en Suisse ou si elle peut rester assurée en Allemagne. En outre, elle est intéressée par les formules d'assurance avantageuses et a entendu parler des modèles Médecin de famille et HMO. Elle accorde de l'importance au montant des primes, mais souhaite en même temps bénéficier d'une bonne prise en charge médicale. La cliente vous demande de réaliser une évaluation approfondie de sa situation et de formuler une recommandation sur le type d'assurance à contracter.

Annexe:

Exemption de l'assurance-maladie suisse basée sur l'Accord sur la libre circulation des personnes

Exercice

a) Expliquez le principe de l'obligation d'assurance en indiquant les dispositions juridiques. Sur cette base, déterminez l'obligation d'assurance de la cliente et expliquez-la en vous fondant sur les dispositions légales pertinentes.

(Volume: env. 4 à 5 phrases)

b) Quelles options d'assurance s'offrent à la cliente?

Aidez la cliente à faire un choix adéquat en montrant un avantage et un inconvénient de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la LAMal et citez également la base légale. (Volume: env. 4 à 5 phrases)

Exactitude et précision techniques

La candidate ou le candidat doit évaluer correctement l'obligation d'assurance et présenter les possibilités qui s'offrent à la cliente de manière correcte d'un point de vue technique.

Orientation client

La recommandation doit tenir compte des besoins de la cliente. L'évaluation porte sur la présentation claire des avantages et des inconvénients des différentes options proposées et sur la pertinence de leur justification.

Proposition de solution

a) Toute personne domiciliée (ou exerçant une activité lucrative) en Suisse est soumise à l'obligation d'assurance-maladie. Elle doit souscrire une assurance-maladie obligatoire (LAMal) en Suisse (art. 3 LAMal et art. 1 OAMal / art. 95a LAMal) (1 point). L'Accord sur la libre circulation des personnes (ALCP) et son annexe II prévoient que les frontaliers domiciliés en Allemagne, en France, en Italie et en Autriche peuvent, sur demande, être exemptés de l'obligation d'assurance en Suisse afin de rester affiliés au système d'assurance-maladie de leur pays de résidence ou de s'y assurer (droit d'option) (1 point).

b) La cliente dispose du droit d'option et peut donc se libérer de l'obligation d'être assurée en Suisse. Elle a ainsi le choix d'être assurée en Suisse ou en Allemagne (1 point).

Avantages :

Liberté de choix de l'assureur (0,5 pt) / Art. 4 LAMal (0,5 pt)

Remarque : les formes particulières d'assurance ne sont pas ouvertes pour les assurés domiciliés dans un Etat membre de l'UE (selon art. 101a OAMal). Cela ne peut donc pas être un avantage.

Inconvénients :

Participations aux coûts (Franchise et quote-part) (0,5 pt) / Art. 64 LAMal (0,5 pt)

S'ils sont corrects et pertinents, les éventuels autres avantages et inconvénients cités seront acceptés comme équivalents.

0,5 point pour un avantage et 0,5 point pour un inconvénient, avec pour chacun 0,5 point pour l'indication correcte de l'article légal correspondant (2 points max.).

Question 2 (12,5 points)

Conseil concernant le changement d'assurance et l'option d'assurance indemnités journalières individuelle

Vous travaillez au sein du service du conseil à la clientèle de l'assurance-maladie NovaCura. Une cliente de 38 ans se présente au guichet pour un conseil. Elle souhaite changer d'assurance de base pour passer chez NovaCura. Elle souhaite également souscrire une assurance indemnités journalières individuelle.

Il y a quelques jours (en novembre 2025), son assureur actuel lui a communiqué les nouvelles primes d'assurance. Comme NovaCura propose des primes plus attractives, elle aimerait changer son assurance obligatoire des soins ordinaire dès que possible.

Exerçant depuis peu une activité indépendante, la cliente souhaite par ailleurs se prémunir contre toute perte de gain due à la maladie. À cet effet, elle pose des questions sur la couverture d'assurance, les différences de primes, les délais d'attente et les prestations éventuelles. Vous êtes chargé(e) de la conseiller et de réaliser une première évaluation des informations relatives à sa santé. Dans sa déclaration de santé, elle indique souffrir de migraines depuis plusieurs années et prendre occasionnellement des médicaments.

Exercice

a) Expliquez à la cliente les critères à remplir pour changer d'assureur, dans son cas, en ce qui concerne l'assurance de base. À cet effet, indiquez les bases légales pertinentes.

(Volume: env. 4 à 6 phrases)

b) Présentez à la cliente les deux options d'assurance indemnités journalières individuelle en mentionnant leurs particularités en matière de couverture d'assurance, de durée des prestations, de délai de congé et de réserves.

Décrivez en outre trois avantages et inconvénients de l'assurance de somme et de l'assurance de dommage.

Évoquez également l'influence de la déclaration de santé de la cliente sur la souscription d'une assurance indemnités journalières.

(Volume: env. $\frac{3}{4}$ d'une page A4)

Exactitude et précision techniques

La candidate ou le candidat explique les conditions requises pour changer d'assureur dans le cadre de l'assurance de base. Il est également attendu des candidates et candidats qu'elles ou ils présentent correctement les options relatives à l'assurance indemnités journalières selon la LAMal et la LCA et qu'elles ou ils classent la déclaration de santé de manière correcte d'un point de vue technique. La candidate ou le candidat doit présenter, en outre, les avantages et les inconvénients de l'assurance de somme et de l'assurance de dommage.

Proposition de solution

a) Lors de la communication des nouvelles primes, l'assuré(e) peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois (art. 7, al. 2 LAMal) (1 point). En l'espèce cas, ce serait le dernier jour ouvrable de novembre 2025 (0,5 point). L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. (art. 7, al. 5 LAMal). (1 point)

En dérogation à l'art. 7, l'assuré(e) en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant que ses arriérés de primes, de participations aux coûts, d'intérêts moratoires et de frais de poursuite ne sont pas payés intégralement. (art. 64a, al. 6 LAMal). (1 point)

b) Option 1: solution LAMal

L'assurance indemnités journalières facultative selon la LAMal couvre l'incapacité de travail en cas de maladie, d'accident (et de maternité) (0,5 point) (art. 67 à 77 LAMal). La couverture peut être limitée à la maladie et à la maternité (0,5 point). L'indemnité journalière est versée pour une ou plusieurs maladies pendant au moins 720 jours sur une période de 900 jours (0,5 point). Sauf convention contraire, le droit aux prestations prend effet le troisième jour de la maladie (délais de congé) (0,5 point). Un examen médical, lors duquel des réserves peuvent être émises (max. 5 ans) (0,5 point) est généralement réalisé lors de la souscription (0,5 point).

Option 2: solution LCA

Dans le cadre de l'assurance indemnités journalières selon la LCA, sont généralement assurées les maladies entraînant une incapacité de travail (0,5 point). Les accidents et les indemnités de maternité peuvent également être assurés, mais ne font pas directement partie de l'assurance indemnités journalières relevant de la LAMal (0,5 point). La durée des prestations (0,5 point) ainsi que le délai de congé (0,5 point) peuvent être déterminés individuellement. Un examen médical est effectué lors de la souscription. Contrairement à la solution LAMal, la LCA prévoit la liberté contractuelle (0,5 point). L'assurance peut donc également refuser la demande ou formuler des réserves et des restrictions illimitées (0,5 point).

Les bases légales ne sont pas exigées dans la consigne.

Avantages et inconvénients de l'assurance de dommage par rapport à l'assurance de somme:

Assurance de dommage

- Couvre, au maximum, la perte de salaire effective (pas de surindemnisation) (0,25 point)
- Exige la preuve de la perte de gain subie (0,25 point)
- Le pourcentage d'incapacité de travail est déterminant à cet égard (0,25 point)

Assurance de somme

- Paie le montant convenu en francs (0,25 point)
- N'exige aucune preuve de la perte de gain subie (0,25 point)
- Seul le pourcentage d'incapacité de travail est déterminant pour le versement des prestations (0,25 point)

Les autres avantages et inconvénients corrects cités par les candidates et candidats sont également acceptés et rapportent 0,25 point.

Le nombre maximal de points pour cette partie de l'exercice est de 1,5 point.

En raison de l'état de santé actuel de la cliente (traitement médicamenteux à la suite de migraines), au moins une réserve sera émise pour les deux options (0,5 point).

Dans la solution LAMal, cette réserve disparaîtra au bout de 5 ans au plus tard (0,5 point). Dans le cadre de l'assurance complémentaire, cependant, elle n'est pas limitée dans le temps (0,5 point).

En revanche, l'assurance complémentaire offre davantage de flexibilité en matière de droit aux prestations, ce qui conduit généralement à des solutions plus attractives. Mais la liberté contractuelle s'applique. L'assurance a donc toute latitude pour refuser la demande.

Question 3 (9 points)

Retard de paiement des primes et manquement à l'obligation de déclaration dans l'assurance complémentaire

Vous êtes spécialiste en assurance-maladie chez l'assureur-maladie NovaCura. Depuis trois mois, un client ne paie plus ses primes de l'assurance obligatoire des soins. Il a déjà reçu un rappel assorti d'un délai supplémentaire.

Parallèlement, dans le cadre de la souscription d'une nouvelle assurance complémentaire ambulatoire conformément à la LCA, il est apparu que le client avait omis de mentionner une maladie chronique antérieure dans son questionnaire de santé.

Le client vous contacte car il souhaite subir un traitement déjà programmé dans deux jours et ne sait pas si les frais seront pris en charge.

En outre, il s'inquiète des éventuelles répercussions de cette déclaration de santé incomplète.

Exercice

a) Expliquez au client les répercussions du retard de paiement des primes de l'assurance obligatoire des soins dans son cas concret, en vous appuyant sur les dispositions légales en vigueur. Pour ce faire, prenez position sur la situation actuelle ainsi que sur les répercussions possibles du non-paiement de la prime faisant l'objet d'un rappel, sans avoir connaissance dans quel canton l'assuré est domicilié.

(Volume: env. 3 à 5 phrases)

b) Expliquez au client les répercussions possibles d'une déclaration de santé incomplète dans le cadre de l'assurance-maladie complémentaire, en citant les bases légales pertinentes.

(Volume: env. 3 à 5 phrases)

Exactitude et précision techniques

L'évaluation porte sur la présentation correcte des répercussions juridiques du retard de paiement des primes ainsi que du manquement à l'obligation de déclaration. Il est essentiel d'appliquer correctement les mécanismes adéquats prévus par la loi (rappel, poursuite, suspension des prestations et résiliation du contrat) et de les expliquer de manière adaptée au cas d'espèce.

Proposition de solution

a) En cas de primes impayées, l'assureur doit adresser un rappel à la personne assurée, lui accorder un délai supplémentaire de 30 jours et l'informer des conséquences (art. 64a, al. 1 LAMal) (1 point). Cela a déjà été fait en l'espèce. Si le paiement n'est toujours pas effectué après ce rappel, une procédure de poursuite est engagée (art. 64a, al. 2 LAMal) (1 point) et le montant total de la créance (prime impayée et participation aux coûts) est communiqué à l'autorité cantonale (art. 64a, al. 3 LAMal) (1 point). Selon le canton, une liste des personnes qui ne s'acquittent pas de leur obligation de payer les primes malgré la poursuite peut être établie (art. 64a, al. 7 LAMal) (1 point). Sur notification du canton, les assureurs suspendent la prise en charge des coûts des prestations pour les personnes qui figurent sur la liste, à l'exception des traitements d'urgence (aucun droit aux prestations) (0,5 point).

En l'espèce, l'assuré doit subir le traitement prévu dans deux jours et n'a donc pas à redouter que les prestations ne soient pas prises en charge par l'AOS (0,5 point). pour autant que les primes soient payées même ultérieurement.

b) Si un fait important n'est pas mentionné dans le questionnaire de santé, il y a violation de l'obligation de déclaration, c'est-à-dire une réticence (art. 6, al. 1 LCA) (1 point). L'assureur peut résilier le contrat dans un délai de quatre semaines après la prise de connaissance de la violation (art. 6, al. 1 et 2 LCA) (1 point). Dans ce cas, l'obligation de prestation pour le traitement concerné est annulée. Les dommages déjà survenus, dans la mesure où leur survenance ou leur ampleur est influencée par un fait générateur de risque important non déclaré ou inexactement déclaré, peuvent être rejetés (art. 6, al. 3 LCA) (1 point).

Si des prestations ont été ou sont réclamées en rapport avec cette réticence, il n'existe aucun droit aux prestations, pour autant que NovaCura exerce son droit de résiliation conformément à l'art. 6, al. 1 et 2 LCA) (1 point).

Question 4 (8 points)

Résiliation et changement d'assurance-maladie en cas d'ajustement des primes

Vous travaillez au sein du service de conseil à la clientèle chez l'assureur-maladie CuraVita. Un client de 35 ans, exerçant une activité indépendante, vous contacte en novembre 2025 après avoir reçu l'avis de nouvelles primes pour l'année à venir. Comme les primes ont augmenté, il se renseigne sur ses possibilités de réduire sa prime. Il est en bonne santé et célibataire et n'a donc pas d'obligations particulières.

Outre l'assurance de base, il dispose d'une assurance complémentaire d'hospitalisation selon la LCA pour le risque d'accident auprès de CuraVita. Puisqu'il cesse son activité indépendante à la fin de l'année, il souhaite résilier l'assurance complémentaire.

Exercice

a) Indiquez au client les possibilités dont il dispose pour réduire sa prime d'assurance de base. Actuellement, il dispose d'une assurance-maladie ordinaire. Présentez-lui une recommandation avec les avantages et inconvénients de votre proposition.

Quelle influence la cessation de son activité indépendante pourrait-elle avoir sur la couverture de l'assurance de base? Quelle indication serait appropriée et sur quelles dispositions légales vous appuyez-vous?

(Volume: env. 9 à 12 phrases)

b) Dans quelle loi l'assurance-maladie complémentaire est-elle réglementée?

Expliquez la procédure de résiliation ordinaire de l'assurance complémentaire et nommez l'article correspondant.

(Volume: env. 2 à 4 phrases)

Exactitude et précision techniques

La réponse doit donner une image fidèle des différentes formes d'assurance. S'agissant de la cessation de l'activité indépendante, il convient de signaler la suspension de la couverture accidents. Il convient également de présenter les possibilités de résiliation de l'assurance complémentaire.

Orientation client

Présenter les possibilités d'action. Le client doit pouvoir identifier les options qui lui conviennent.

Proposition de solution

a) Une forme particulière d'assurance (art. 62 LAMal) permet de réaliser des économies sur les primes (1 point).

Recommandation :

Le client est en bonne santé et, à 35 ans, relativement jeune. Une franchise à option de CHF 2'500.00 est donc conseillée (art. 93 OAMal) (1 point).

Il est également possible de proposer l'assurance avec choix limité du fournisseur de prestations (art. 99 OAMal) (1 point).

Avantages et inconvénients :

Ces deux formes particulières d'assurance ont pour avantage principal l'économie de primes (0,5 point). L'inconvénient, en ce qui concerne la franchise à option, est la prise de risque plus élevée en cas de recours aux prestations (0,5 point). En ce qui concerne le choix restreint des prestataires, il convient de se conformer aux directives et il n'est donc pas possible, par exemple, se faire soigner directement par un médecin spécialiste (0,5 point).

D'autres recommandations fondées et leurs avantages/inconvénients peuvent être évaluées de la même manière si elles sont pertinentes.

En cas de cessation de l'activité indépendante, il convient de vérifier si la couverture accidents peut être suspendue (0,5 point). À cet effet, il convient d'attirer l'attention du client sur la suspension de la couverture accidents conformément à l'art. 8 LAMal (0,5 point). Si, conformément à l'art. 13 OLAA (0,5 point), il est employé au moins huit heures par semaine auprès du même employeur, il peut suspendre sa couverture accidents car il est assuré pour les accidents professionnels et non professionnels au titre de la LAA. À cet effet, le client doit toutefois déposer une demande attestant de cette couverture (0,5 point).

b) Les assurances complémentaires sont régies par la LCA (0,5 point).

Conformément à l'art. 35a LCA, les assurances-maladies complémentaires peuvent être résiliées ordinairement moyennant un préavis de trois mois pour la fin de l'année d'assurance (1 point).

Question 5 (12 points)**Manque de clarté en matière de facturation des prestations et de participation aux frais dans le cadre d'un traitement ambulatoire**

Vous êtes spécialiste en assurance-maladie chez CuraCare. Une personne assurée a suivi un traitement auprès de différents prestataires en raison de douleurs dorsales. Les factures vous ont été transmises, en partie, directement par les fournisseurs de prestations et, en partie, par l'intermédiaire de la personne assurée en vue d'un remboursement.

Après vérification des prestations, le décompte des prestations a été envoyé à la personne assurée. La personne assurée vous contacte car elle ne saisit pas le décompte et ne parvient pas à comprendre pourquoi certaines prestations n'ont pas été prises en charge ou ne l'ont été que partiellement.

CuraCare Krankenversicherung AG

Votre équipe de conseil personnelle

Équipe XY

+41 58 440 xx xx

kb8.zuerich@CuraCare.ch

Facture n° **L-2026-11987**

Monsieur/Madame

Exemple

Musterstrasse 10

8000 Zurich

20 février 2026

Décompte de prestations

myCuraCare App

Avec l'application myCuraCare,
scannez facilement vos factures :

www.myCuraCare.ch/info

Monsieur/Madame Exemple, n° d'assuré 12 345 678

Traitement du	Facture du		Votre montant
19.01.2026	Hôpital Sihl de Zurich	CHF 583.70	à votre charge CHF 583.70
	Radiologie		
20.01.2026	Orthopädie am See	CHF 378.50	à votre charge CHF 378.50
23.01.2026 – 16.02.2026	Hôpital Sihl de Zurich	CHF 439.00	à votre charge CHF 77.90
	Série de 9 séances de physiothérapie		
02.02.2026	AlternA	CHF 120.00	en votre faveur CHF 90.00
	Massages classiques		
10.02.2026	A. Wolf	CHF 95.50	en votre faveur CHF 0.00
	Homéopathie		
	Total		à votre charge CHF 950.10

Le montant de **CHF 950.10** doit être versé dans les 30 jours sur le compte suivant:
Zürcher Kantonalbank AG / CH12 3456 7890 9876 5432 1

Votre participation aux frais de l'assurance de base selon ce décompte de prestations

Assuré(e)	Année	Contribution hospitalière	Franchise	dont pris en charge	Quote-part	dont pris en charge
M./Mme Exemple	2026	0.00	1'000.00	1'000.00	700.00	40,10

Vous prenez en charge vos propres frais de santé jusqu'à ce que votre franchise annuelle individuelle soit atteinte. Une fois la franchise annuelle atteinte, vous participez aux frais encourus avec une quote-part de 10%. La quote-part annuelle maximale est fixée à CHF 700 pour les adultes et à CHF 350 pour les enfants. Vous trouverez de plus amples informations sur www.CuraCare.ch/kostenbeteiligung.

Décompte détaillé

Facture n° L-2026-11987

Monsieur/Madame Exemple, n° d'assuré 12 345 678

Facture de prestations n°	Paiement par CuraCare			
55 555 555 555	Hôpital Sihl de Zurich Facture externe n° 123456			CHF 583.70
Traitement du	Facture du	Montant facturé	Part de CuraCare	Votre part
19.01.2026	Hôpital Sihl de Zurich	CHF 583.70	CHF 0.00	CHF 583.70
	Total	CHF 583.70	CHF 0.00	CHF 583.70

Total à votre charge CHF	CHF 583.70
---------------------------------	-------------------

Traitement ambulatoire	Assurance de base	CHF 583.70	CHF 0.00	
	Franchise 2026			CHF 583.70
	Quote-part 10%			CHF 0.00

Monsieur/Madame Exemple, n° d'assuré 12 345 678

Facture de prestations n°	Paiement par CuraCare			
55 555 555 555	Orthopädie am See Facture externe n° 234567			CHF 378.50
Traitement du	Facture du	Montant facturé	Part de CuraCare	Votre part
19.01.2026 – 20.01.2026	Orthopädie am See	CHF 378.50	CHF 0.00	CHF 378.50
	Total	CHF 378.50	CHF 0.00	CHF 378.50

Total à votre charge CHF	CHF 378.50
---------------------------------	-------------------

Traitement ambulatoire	Assurance de base	CHF 378.50	CHF 0.00	
	Franchise 2026			CHF 378.50
	Quote-part 10%			CHF 0.00

Monsieur/Madame Exemple, n° d'assuré 12 345 678

Facture de prestations n°	Paiement par CuraCare			
11 122 233 344	Hôpital Sihl de Zurich Facture externe n° 345678			CHF 439.00
Traitement du	Facture du	Montant facturé	Part de CuraCare	Votre part
19.01.2026 – 20.01.2026	Hôpital Sihl de Zurich	CHF 439.00	CHF 361.10	CHF 77.90
	Total	CHF 439.00	CHF 361.10	CHF 77.90

Total à votre charge CHF	CHF 77.90
---------------------------------	------------------

Traitement ambulatoire	Assurance de base	CHF 439.00	CHF 361.10	
	Franchise 2026			CHF 37.80
	Quote-part 10%			CHF 40.10

Monsieur/Madame Exemple, n° d'assuré 12 345 678

Facture de prestations n° **Votre paiement à**

55 555 554 444	Alterna				CHF 120.00
	Facture externe n° 432109				
Traitement du	Facture du	Montant facturé	Part de CuraCare	Votre part	
02.02.2026	Alterna	CHF 120.00	CHF 90.00	CHF 30.00	
	Total	CHF 120.00	CHF 90.00	CHF 30.00	

Total en votre faveur CHF

CHF 90.00

Massages classiques Traitement ambulatoire	Assurance complémentaire 2018 75% max. CHF 100.00 Frais non couverts	CHF 90.00	CHF 30.00		
---	--	-----------	-----------	--	--

Monsieur/Madame Exemple, n° d'assuré 12 345 678

Facture de prestations n° **Votre paiement à**

65 465 465 465	A. Wolf				CHF 95.50
	Facture externe n° 654321				
Traitement du	Facture du	Montant facturé	Part de CuraCare	Votre part	
02.02.2026	A. Wolf	CHF 95.50	CHF 00.00	CHF 95.50	
	Total	CHF 95.50	CHF 00.00	CHF 95.50	

Total en votre faveur CHF

CHF 0.00

Homéopathie Traitement ambulatoire	Assurance complémentaire 2018 A. Wolf n'est pas un thérapeute reconnu Frais non couverts	CHF 95.50			
---------------------------------------	--	-----------	--	--	--

Copies de la facture

Vous n'avez pas reçu de copie de l'une de ces factures? Veuillez la demander directement à l'émetteur.

Exercice

a) La personne assurée estime que les séances de physiothérapie prescrites par un médecin devraient être entièrement prises en charge car elle dispose d'une assurance complémentaire ambulatoire qui couvre ce type de traitement à hauteur de CHF 60.00 par séance (max. 9 séances par année civile) sans franchise.

Expliquez à la personne assurée pourquoi ce traitement a été facturé via l'assurance de base, où les détails sont réglés et quelles conditions un(e) physiothérapeute doit remplir à cet égard. Indiquez à cet effet les dispositions légales en vigueur.

(Volume: env. 6 à 8 phrases).

b) Expliquez de manière adéquate à la personne assurée, à l'aide du décompte de prestations disponible, sa participation aux coûts (franchise et quote-part). Procédez de manière claire et compréhensible et indiquez les bases légales.

(Volume: env. 4 à 5 phrases).

c) La personne assurée vous demande pourquoi le traitement homéopathique a été refusé par l'assurance complémentaire et n'a pas été pris en charge par l'assurance de base. Expliquez à la personne assurée les conditions requises pour que l'homéopathie classique soit prise en charge par l'AOS, en faisant référence aux bases légales correspondantes.

(Volume: env. 3 à 4 phrases).

Exactitude et précision techniques

La candidate ou le candidat explique les conditions requises pour que les séances de physiothérapie soient prises en charge par l'assurance de base. Il en va de même pour l'homéopathie classique. De plus, elle ou il explique la participation aux coûts (franchise et quote-part). Les principes juridiques doivent être mentionnés à l'appui de ces explications.

Capacité de communication

L'explication de la participation aux coûts doit être formulée de manière claire, compréhensible et adaptée au destinataire. Les termes techniques tels que «franchise» ou «quote-part» doivent être expliqués de manière à la fois correcte et compréhensible pour la personne assurée.

Orientation client

La réponse doit tenir compte de la situation de la personne assurée et expliquer de manière transparente pourquoi des coûts sont engagés. La présentation doit instaurer la confiance et aider le client à comprendre le décompte.

Proposition de solution

a) Les assurances complémentaires viennent compléter l'assurance de base (0,5 point).

La personne assurée suit un traitement médical pour des douleurs au dos. Il ressort de la donnée que la physiothérapie a été prescrite par un médecin. On peut partir de l'idée, étant donné qu'il a un décompte de prestations, que le traitement de physiothérapie a été facturé selon les dispositions tarifaires correspondantes (art. 59c OAMal) (1 point).

Pour être prises en charge par l'assurance de base, les séances de physiothérapie doivent avoir été prescrites par un médecin (art. 25, al. 2, lettre b LAMal) (1 point).

Les prestations de physiothérapie prises en charge par l'AOS sont énumérées à l'art. 5 OPAS. Cet article régit précisément les conditions, les limitations et les prescriptions requises ou applicables (1 point).

La ou le physiothérapeute doit remplir les critères prévus à l'art. 47 OAMal (0,5 point).

- Autorisation cantonale (0,25 point)
- Deux ans d'activité pratique auprès d'un prestataire correspondant (0,25 point)
- Exercice indépendant de la profession pour son propre compte (0,25 point)
- Les exigences de qualité sont remplies (0,25 point)

b) La personne assurée a une franchise à option de CHF 1'000.00. Cela signifie qu'elle prend en charge l'ensemble des coûts de l'AOS jusqu'à ce que ce montant soit atteint (art. 64, al. 2, let. a LAMal / art. 62, al. 2, let. a LAMal / art. 93 OAMal) (2 points). Selon le décompte de prestations présenté, les factures de l'hôpital Sihl de Zurich (radiologie), de l'Orthopädie am See et d'une partie des séances de physiothérapie sont donc imputées à la franchise (0,5 point). Pour la physiothérapie, le solde de franchise de CHF 37.80 a été déduit de la facture de CHF 439.00 (0,5 point).

Sur ce montant restant (CHF 401.20), 10% (CHF 40.10) sont facturés à l'assuré à titre de quote-part (art. 64, al. 2, let. b LAMal) (1 point). La participation de 10% aux coûts dépassant la franchise (quote-part) est fixée par le Conseil fédéral et s'élève en 2026 à CHF 700.00 pour les adultes (art. 103, al. 2 OAMal) (1 point).

*Les autres explications pertinentes rapportent le même nombre de point.
5 points maximum pour cette partie de l'exercice.*

c) D'après le décompte des prestations, le thérapeute n'est pas reconnu par l'assurance complémentaire correspondante (0,5 point).

Les prestations de médecine complémentaire sont évaluées, aux fins de l'AOS, conformément à l'article 35a OAMal (0,5 point).

Pour que l'homéopathie classique (médecine complémentaire pratiquée par un médecin) soit prise en charge par l'assurance de base, le médecin doit disposer d'une formation complémentaire correspondant au programme de compétence en homéopathie (SVHA) de l'ISFM du 1er janvier 1999, révisé le 10 décembre 2020 (art. 4b let. d OPAS) (1 point).

Question 6 (15,5 points)

Postes tarifaires erronés dans le cadre d'un traitement ambulatoire

Vous travaillez comme spécialiste auprès de l'assurance-maladie NovaCura. Vous examinez une facture de sage-femme concernant une personne assurée qui n'a souscrit que l'assurance de base auprès de NovaCura. La facture vous a été transmise par la personne assurée, qui l'a déjà réglée. Vous devez évaluer la facture de manière techniquement correcte et engager les démarches nécessaires.

Justificatif de remboursement

Document	RID : 21183574703	20/04/2026	Page 1
Émetteur de la facture	N° GLN 7601003264999	07:10:38	
Prestataire	ZSR-Nr. H095601	Petra Müller-Meier	
Patiente	Nom	Exemple	
	Prénom	N°	
	Rue	Mühlestrasse 18	
	Code postal	8004	Madame
	Localité	Zurich	Exemple
	Date de naissance	17/06/1997	Musterstrasse 10
	Date du dossier	15/11/2025	8004 Zurich
	N° de dossier		
	N° AVS	756.1234.5678.91	
	N° VEKA	80756012345678912345	
	N° d'assuré(e)	123456	
	Canton	ZH	
	Type de remboursement	TG	
	Loi	LAMal	
	Traitement	17/12/2025– 16/03/2026	
	Type de traitement	Ambulatoire	
	Motif du traitement	Maternité	
	Rôle / lieu	Médecin / cabinet	
		Date de facturation	20/04/2026
		Numéro de facture.	4445208
Donneur d'ordre	N° GLN/ZSR 7601003264999 / H095601		
Diagnostic	Z35 (Suivi d'une grossesse normale)		
Liste EAN			

Remarque: Pas de grossesse à risque

Date	Tarif	Code faire	Code tari- rence	Code de réf- Si	St	Nombre	TP	AL/prix	f AL	TPW AL	TP TL	f TL	TPW TL	A V P M	Montant
17.12.2025	550	A10			1	1.00		150.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1 1 0 0	150.00
Forfait pour consultation chez la sage-femme															
15/02/2026	550	A20			1	1.00		51.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1 1 0 0	51.00
Examen de contrôle pendant la grossesse															
15/02/2026	999	999			1	1.00		12.40						1 1 0 0	12.40
Thermomètre															
15/02/2026	452	01.01.03.00			1	1.00		200.00						1 1 0 0	200.00
Tire-lait électrique simple, avec accessoires, achat															
16/03/2026	999	A30			2	1.00		43.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1 1 0 0	86.00
Suivi d'une grossesse à risque sans pathologie manifeste															
Montant total CHF 499.40 dont PLF CHF 462.65 Acompte CHF 0.00 Montant dû CHF 499.40															

Interprétations des structures tarifaires du 28 juin 2018 relative aux soins ambulatoires Prestations des sages-femmes

Fédération suisse des sages-femmes / Association Suisse des Maisons de Naissance IGGH-CH / curafutura / santésuisse

Version 1.1

Date: 29 avril 2022

N°	022021
Position tarifaire	A10
Titre	Décompte d'une contribution à un cours de préparation à l'accouchement ou d'un entretien de conseil

Explications relatives à la position tarifaire A10 et aux déplacements aller-retour chez une patiente/famille

Désignation de la prestation	Point s-tar-faire s	Description / Désignation de la prestation sur la facture	Description de la position tarifaire	Combinaisons autorisées pour le décompte	Règle d'application
A10 Forfait pour préparation à l'accouchement ou entretien de conseil auprès d'une sage-femme	CHF 150	Forfait pour cours de préparation à l'accouchement auprès d'une sage-femme ou pour un entretien de conseil en vue de l'accouchement	Cours de préparation à l'accouchement - Préparation à l'accouchement en cours individuels ou collectifs dispensés par la sage-femme ou l'organisation de sages-femmes Entretien de conseil - Entretien de conseil avec la sage-femme ou l'organisation de sages-femmes en vue de l'accouchement, de la planification et l'organisation de la période postnatale à la maison et de la préparation à l'allaitement.	-	Facturable: 1 fois par grossesse - La position peut être facturée à la charge de l'assurance-maladie soit pour un cours de préparation à l'accouchement soit pour un entretien de conseil.

Interprétation:

La contribution aux coûts selon l'art. 14 OPAS, respectivement la position tarifaire A10 est limitée à CHF 150. Les coûts supplémentaires ou ultérieurs en rapport avec la préparation à l'accouchement selon l'art. 14 OPAS ne peuvent pas être facturés à l'assurance. Ils peuvent en revanche être facturés à l'assurée qui doit en être préalablement informée.

Explications relatives des positions tarifaires A20 et A30

Désignation de la prestation	Point s-tar-faire s	Description / Désignation de la prestation sur la facture	Description de la position tarifaire	Combinaisons autorisées pour le décompte	Règle d'application
A20 Examen de contrôle lors de la grossesse	51	Examen de contrôle lors de la grossesse	Examen de contrôle pendant la grossesse Contrôles de grossesse en cas de grossesse normale	A40 Matériel à usage unique pendant la grossesse D10 Indemnité de déplacement D12 Indemnité de déplacement D14 Indemnité de déplacement D16 Indemnité de déplacement	Facturable: 1 fois par examen de contrôle pendant la grossesse - La sage-femme peut facturer 7 examens de contrôle au maximum par grossesse
A30 Suivi en cas de grossesse à risque sans manifestation pathologique	43	Suivi en cas de grossesse à risque «Soins administrés par une sage-femme par période de 30 minutes entamée»	Examens supplémentaires en cas de grossesse à risque	A40 Matériel à usage unique pendant la grossesse D10 Indemnité de déplacement D12 Indemnité de déplacement D14 Indemnité de déplacement D16 Indemnité de déplacement	Facturable: 1 fois par période de 30 minutes d'examen entamée - En cas de grossesse à risque sans manifestation pathologique, en collaboration avec le médecin, sans ordonnance médicale

Interprétation:

Une facturation des positions A20 et A30 le même jour est possible, si après un examen de contrôle pendant la grossesse, la patiente ressent des douleurs inattendues en cours de journée et si l'indication d'une grossesse à risque sans manifestation pathologique (conf. à la définition tarifaire) est satisfaite.

Exercice

a) Expliquez comment vous procédez à la vérification et à l'évaluation de la facture. Selon quel système de la manière de décompter est-elle fondamentalement prévue et comment la facturation devrait-elle être effectuée ?

Abordez en outre les étapes de vérification indispensables sur le plan juridique lors de la facturation (telles que les informations relatives au prestataire, les données relatives au traitement, etc.). Expliquez également votre approche concernant les positions tarifaires correspondantes (A10, A20 et A30) ainsi que les moyens auxiliaires (thermomètre et tire-lait) et justifiez-la en vous appuyant sur les dispositions légales applicables.

(Volume: env. ½ page A4)

b) Quelle(s) position(s) tarifaire(s) ne devrai(en)t pas être facturée(s) et pourquoi? Comment procédez-vous en lien avec la(les) position(s) tarifaire(s) à contester? Sur quelle base légale vous appuyez-vous?

(Volume: env. 6 à 8 phrases)

c) Rédigez un e-mail à l'intention du fournisseur de prestations pour contester la facture et motiver son rejet. Formulez votre réponse de manière adaptée au destinataire et compréhensible, en mentionnant les bases légales pertinentes.

(Volume: env. ½ page A4)

Exactitude et précision techniques

La candidate ou le candidat doit comprendre que les postes tarifaires doivent être vérifiés sur la base des dispositions contractuelles et légales et que les postes erronés ne doivent pas faire l'objet d'un remboursement. Elle ou il doit procéder à une vérification systématique et motiver correctement son rejet. L'application des principes juridiques doit être précise et adaptée au cas concret.

Capacité de communication

L'e-mail adressé au fournisseur de prestations doit être clairement structuré, compréhensible et rédigé de manière techniquement correcte. La contestation doit être motivée de manière compréhensible, sans complexité technique inutile. Une présentation claire des erreurs ainsi que des corrections attendues est déterminante à cet égard.

Orientation client

Même si le fournisseur de prestations est ici au centre de l'attention, une communication objective, respectueuse et axée sur les solutions est attendue. L'argumentation doit être transparente et aider son destinataire à effectuer les corrections de manière efficace.

Orientation vers la solution

La candidate ou le candidat présente des mesures concrètes (p. ex. refus, nouvelle demande de facture, non-déclenchement du paiement). Des solutions réalisables et conformes à la loi doivent être proposées.

Proposition de solution

a) En principe, les fournisseurs de prestations doivent établir la facture selon le système du «tiers garant» (art. 42, al. 1 LAMal) (1 point).

Le fournisseur de prestations doit envoyer au débiteur une facture détaillée et compréhensible et lui fournir toutes les informations dont il a besoin pour vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation (art. 42, al. 2 LAMal) (1 point).

Étape 1: Contrôle du fournisseur de prestations et des informations fournies par la personne assurée (0,5 point). La date de facturation et de traitement, le motif du traitement ainsi que d'autres remarques et informations importantes (prestations fournies, diagnostics et procédures, numéro d'identification de la carte d'assuré, numéro AVS) sont également analysés et contrôlés (voir Facturation - art. 59 OAMal / Facturation ambulatoire art. 59a^{bis} OAMal) (1 point).

Étape 2: Conformément à l'art. 44 LAMal, les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire) (1 point). La disposition sur la rémunération des moyens et des appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 25, let. b et art. 52 LAMal) est réservée (1 point).

La facture est contrôlée sur la base des principes tarifaires et des conventions tarifaires en vigueur. Chaque position tarifaire est alors contrôlée quant à son application correcte et sa plausibilité, sur la base des interprétations. Les positions en double ou non conformes au tarif sont identifiées (1 point).

Étape 3: Les autres postes non tarifaires tels que les analyses et les médicaments ainsi que les moyens et appareils (dans ce décompte: thermomètre et tire-lait) sont contrôlés et comparés à l'aide de la liste des moyens et appareils (LiMA) selon l'art. 52 LAMal (1 point).

*Les autres procédures ou explications pertinentes rapportent le même nombre de points.
7,5 points maximum pour cette partie de l'exercice.*

b) Conformément à la règle d'application (Interprétation de la convention tarifaire sur la structure des prestations individuelles), la position A30 «Suivi des grossesses à risque sans pathologie manifeste» ne peut être utilisée qu'en cas de grossesse à risque (1 point). Or, la demande de remboursement indique, à la rubrique «Remarques», qu'il ne s'agit pas d'une grossesse à risque (1 point). Puisque la facture contient une position tarifaire erronée, aucun paiement ne doit être déclenché.

La facture est intégralement rejetée et renvoyée au prestataire pour correction. Ce n'est qu'après l'envoi d'une facture modifiée qu'un nouveau contrôle est effectué. Cette procédure garantit que seules les prestations correctement tarifées sont remboursées.

Étape 1: La position tarifaire A30 «Suivi des grossesses à risque sans pathologie manifeste» fait l'objet d'une contestation auprès du fournisseur de prestations et une facture corrigée est exigée (art. 44 LAMal / art. 56, al. 1 LAMal) (1 point).

Étape 2: Communication envoyée à la personne assurée pour lui indiquer que la facture a fait l'objet d'une contestation et que le remboursement (décompte des prestations) n'est pas encore possible (1 point).

*D'autres procédures ou explications pertinentes rapportent le même nombre de points.
4 points maximum pour cette partie de l'exercice.*

c) Dans l'e-mail, la position tarifaire correspondante est rejetée. Le rejet est motivé et une facture corrigée est demandée (1 point). La motivation renvoie en outre aux principes juridiques et tarifaires sur lesquels elle se fonde (1 point).

2 points pour la structure de l'e-mail ainsi que pour une formulation claire et adaptée au destinataire.

Question 7 (7 points)

Coordination entre l'assurance-accidents et l'assurance-maladie en cas de sinistre présentant des ambiguïtés

Vous travaillez au sein du service des prestations de l'assureur-maladie NovaCura. Une personne assurée a fait une chute dans les escaliers et s'est blessée au dos. Cette personne exerce une activité lucrative et travaille plus de 8 heures par semaine pour le compte du même employeur. Compte tenu de douleurs dorsales préexistantes, l'assurance-accidents obligatoire LAA est amenée à déterminer si les troubles dorsaux actuels sont imputables à l'accident au sens de l'art. 4 LPGa. Dans ce contexte, la personne assurée fait appel à vous et demande que les frais de traitement soient pris en charge par l'assurance-maladie. Elle souhaite également savoir comment les prestations sont coordonnées entre les assurances et qui prendra les frais en charge en dernier ressort.

Exercice

a) Quel assureur est en principe tenu de verser les prestations en l'espèce et comment procéder en cas d'incertitude sur les compétences? Motivez votre réponse en vous appuyant sur les dispositions légales en vigueur.

(Volume: env. 3 à 5 phrases)

b) Expliquez à la personne assurée les principes et règles de coordination selon la LPGa en citant cet exemple et indiquez comment procéder au remboursement correct des prestations avancées.

(Volume: env. 4 à 6 phrases)

Exactitude et précision techniques

La solution doit faire correctement la distinction entre les compétences des différentes assurances concernées et appliquer correctement les règles de coordination. Il est notamment essentiel que l'ordre des obligations de prise en charge ainsi que la procédure à suivre en cas de doute sur la compétence soient présentés de manière correcte d'un point de vue technique.

Proposition de solution

a) En principe, c'est l'assurance-accidents obligatoire LAA qui est tenue de verser des prestations aux personnes exerçant une activité lucrative, pour autant qu'elles aient subi un accident au sens de l'art. 4 LPGa (0,5 point). Conformément à l'art. 64 LPGa, l'obligation de prestation de l'assurance-accidents prime celle de l'assurance-maladie (0,5 point). En cas de doute sur la compétence, l'assurance-maladie fournit les prestations à titre provisoire conformément à l'art. 70 LPGa (obligation d'avancer les prestations à titre provisoire) (1 point). Une fois les clarifications terminées, l'assureur compétent prend en charge les frais et au besoin l'assureur ayant avancé les prestations en réclame le remboursement (1 point).

b) Les assurances sociales coordonnent entre elles la fourniture des prestations afin d'éviter toute surindemnisation (art. 69 LPGa) (1 point). Le traitement médical est pris en charge par une seule assurance, l'ordre de priorité étant fixé par la loi (art. 64 LPGa) (1 point).

Les prestations anticipées sont fournies conformément aux dispositions en vigueur de l'assurance tenue de les verser (0,5 point). Dans ce cas, l'assurance-maladie perçoit donc la participation aux frais de traitement, pour autant que celle-ci n'ait pas déjà été intégralement versée (0,5 point). Si l'assurance-accidents (LAA) prend finalement en charge les traitements, les prestations anticipées sont remboursées dans le cadre de l'obligation de prestation (art. 71 LPGa). Les participations aux frais déjà perçues sont alors remboursées à la personne assurée, de sorte que celle-ci ne supporte aucun coût (1 point).

Cet exercice est évalué dans son ensemble. Si la solution contient des réponses concernant l'exercice b, celles-ci sont également prises en compte. Il en va de même dans le cas inverse.

Question 8 (10 points)

Vérification d'une décision de l'AI et éventuelle demande de remboursement de prestations

Vous travaillez comme spécialiste auprès de l'assurance-maladie NovaVita. Un assuré en formation (21 ans) a suivi un traitement médical dont les frais ont été pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire. Entre-temps, vous avez reçu un courrier de l'assurance-invalidité AI indiquant qu'une partie de ces frais de traitement pourrait être liée à une mesure de réadaptation. La lettre de l'AI ne vous permet pas à elle seule de délimiter les compétences entre les différentes assurances car des indications médicales précises font défaut. Vous avez pour mission de vérifier si les frais de traitement sont liés à des mesures de l'AI et si la restitution des prestations déjà versées doit éventuellement être réclamé.

Art. 12 LAI Droit à des mesures médicales dans un but de réadaptation

«1 L'assuré a droit, jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 20 ans, aux mesures médicales de réadaptation qui n'ont pas pour objet le traitement de l'affection comme telle, mais sont directement nécessaires à sa réadaptation pour lui permettre de fréquenter l'école obligatoire, de suivre une formation professionnelle initiale, d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir ses travaux habituels.

2 L'assuré qui accomplit une mesure d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18c au moment d'atteindre l'âge de 20 ans a droit à des mesures médicales de réadaptation visant directement la réadaptation à la vie professionnelle jusqu'à la fin de la mesure d'ordre professionnel, mais au plus tard jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 25 ans.

3 Les mesures médicales de réadaptation doivent être de nature à améliorer de façon durable et importante la capacité de l'assuré à fréquenter l'école, à suivre une formation, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels, ou être de nature à prévenir une diminution notable de cette capacité. Le droit à ces mesures n'existe que si le médecin traitant spécialisé a posé un pronostic favorable tenant compte de la gravité de l'infirmité.»

Exercice

a) Analysez le cas d'espèce:

Quelles informations relatives à la délimitation des compétences sont connues et lesquelles doivent encore être obtenues?

(Volume: env. 3 à 5 phrases)

b) Expliquez comment les informations pertinentes pour le contrôle peuvent être obtenues. Sur quelles bases légales vous appuyez-vous ?

(Volume: env. 4 à 6 phrases)

c) Rédigez une demande d'accès au dossier adressée à l'assurance-invalidité et justifiez juridiquement votre droit.

(Volume: env. ½ page A4)

Exactitude et précision techniques

Les candidates et candidats analysent correctement la situation et exposent quelles informations supplémentaires font encore défaut pour éclairer le dossier. Elles et ils expliquent en outre, à l'aide de cet exemple, la procédure à suivre pour une demande de dossier ainsi que les conditions juridiques qui justifient ce droit.

Capacité de communication

L'e-mail est clairement structuré, formulé de manière compréhensible et adapté au destinataire. Les points essentiels (référence et motif de la demande) sont présentés de manière logique afin de permettre à l'AI de comprendre les faits.

Orientation vers la solution

Les étapes proposées (analyse des informations disponibles, identification des informations manquantes et consultation du dossier) sont concrètes, pratiques et pertinentes. La candidate ou le candidat montre comment la situation peut faire l'objet de clarifications efficaces et d'un traitement correct.

Confidentialité

Dans sa demande adressée à l'AI, la candidate ou le candidat tient compte des dispositions de la LPGA relatives à la consultation du dossier.

Proposition de solution

a) Conformément à l'art. 12 LAI, l'assurance-invalidité prend en charge les mesures médicales de réadaptation jusqu'à l'âge de 20 ans révolus. L'assuré qui accomplit une mesure d'ordre professionnel au moment d'atteindre l'âge de 20 ans a droit à des mesures médicales de réadaptation visant directement la réadaptation à la vie professionnelle jusqu'à la fin de la mesure d'ordre professionnel, mais au plus tard jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de 25 ans (1 point).

Il manque des informations de nature médicale suffisamment détaillées. Ces informations doivent être obtenues auprès de l'AI. (1 point).

b) (En cas de question de délimitation entre les assurances sociales, il convient en premier lieu de clarifier les faits avant d'entreprendre d'éventuelles démarches supplémentaires.) Comme il manque des informations médicales utiles dans le cas présent, il est nécessaire de déposer une demande de consultation du dossier afin de permettre une appréciation de la compétence (1 point). (art. 47, al. 1 lettre b LPGA (1 point) / art. 8b, al. 3, lettre b OPGA) (1 point).

Dans la demande adressée à l'AI, il convient de se référer à l'art. 32 LPGA, car pour:

- a. fixer ou modifier des prestations, ou encore en réclamer la restitution;
- b. prévenir des versements indus;
- c. fixer et percevoir les cotisations;
- d. faire valoir une prétention récursoire contre le tiers responsable

les organes des assurances sociales se prêtent mutuellement assistance gratuitement (1 point).

c) La demande de consultation du dossier expose les raisons pour lesquelles la demande est nécessaire (1 point), en faisant référence aux bases légales (1 point).

2 points pour la structure de l'e-mail ainsi que pour une formulation claire et adaptée au destinataire.

Question 9 (6 points)

Refus de prise en charge des frais et indication des voies de recours

Vous travaillez comme spécialiste auprès de l'assurance-maladie NovaCura. Une personne assurée soumet une facture pour un traitement de médecine alternative, que vous refusez. La personne conteste cette décision et demande des informations sur les voies de recours.

Elle est assurée chez NovaCura tant dans le cadre de l'assurance de base obligatoire que dans celui de l'assurance-maladie complémentaire selon la LCA.

Vous avez examiné les documents et constaté que le traitement ne relevait ni des prestations obligatoires de l'assurance de base ni de celles de l'assurance complémentaire.

Exercice

a) Comment et dans quels textes le droit aux prestations des assurances-maladie complémentaires est-il réglementé sur le plan légal et contractuel?

(Volume: env. 4 à 6 phrases)

b) Écrivez un e-mail à l'assuré et exposez- de manière exhaustive (toutes les instances) lui la procédure juridique applicable qui s'applique en cas de refus de prestations de l'assurance-maladie complémentaire selon la LCA.

(Volume: env. ½ page A4)

Exactitude et précision techniques

La candidate ou le candidat explique les bases contractuelles de l'assurance complémentaire. En outre, elle ou il présente le déroulement correct de la procédure juridique pour l'assurance complémentaire selon la LCA de manière exhaustive et factuellement exacte.

Capacité de communication

Les réponses sont clairement structurées et formulées de manière compréhensible. Les termes techniques sont utilisés ou expliqués correctement et de manière adaptée au destinataire.

Orientation client

Les informations sont présentées de sorte que l'assuré puisse comprendre sa situation et connaître les prochaines étapes à mettre en œuvre.

Orientation vers la solution

Des possibilités d'action concrètes concernant la suite de la procédure juridique sont présentées. La présentation aide l'assuré à poursuivre la procédure de manière ciblée et correcte.

Proposition de solution

a) La loi sur le contrat d'assurance (LCA) s'applique aux assurances-maladie complémentaires (0,5 point). Dans la mesure où cette loi spéciale ne contient pas de dispositions spécifiques, les dispositions du Code des obligations (CO) s'appliquent à titre complémentaire (0,5 point).

En principe, la liberté contractuelle prévaut (0,5 point).

La conception concrète des prestations est régie par les conditions générales et particulières d'assurance (CGA/CPA) de la compagnie concernée (1 point).

Remarque:

Les assureurs sont libres de définir leurs assurances complémentaires et leurs prestations, à l'exception des dispositions impératives:

il s'agit notamment des articles mentionnés à l'art. 97 LCA, qui ne peuvent en aucun cas être modifiés, ainsi que de ceux visés à l'art. 98 LCA, qui ne peuvent être modifiés au détriment du preneur d'assurance ou de l'ayant droit.

b) L'e-mail décrit l'ensemble de la procédure judiciaire, depuis l'action intentée devant le tribunal civil cantonal (1re instance) (0,5 point) jusqu'au recours en matière civile devant le Tribunal fédéral (dernière instance) (0,5 point), en passant par l'appel devant la Cour suprême cantonale/le Tribunal cantonal (2e instance) (0,5 point).

2 points pour la structure de l'e-mail ainsi que pour une formulation claire et adaptée au destinataire.

Selon la législation cantonale, il est possible qu'il n'y ait qu'une seule instance prévue pour statuer sur les litiges découlant des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale (art. 7 CPC). Ainsi, dans cette partie de l'exercice, la note maximale (1,5 point) est également attribuée si la deuxième instance cantonale n'est pas mentionnée.