

# Examen professionnel de spécialiste en assurance-maladie du 5 au 8 mai 2025

## Avec réponses

Candidat/e:

Épreuve 1, point d'appréciation 1.1, Domaines de compétences opérationnelles A - D

Durée 90 minutes

Moyens auxiliaires Annuaire de l'assurance-maladie et accidents suisse 2024  
Calculatrice de poche simple

Evaluation

	Points max.	Points obtenus	Note
Note du point d'appréciation 1.1	47		

Signature des experts:

Observations:

Sauf si cela est expressément demandé, les réponses se limitant à la mention d'une disposition légale (article) seront considérées comme insuffisantes.

Lorsque des articles de loi sont demandés, il faut citer l'article, l'alinéa et éventuellement d'autres précisions complémentaires (chiffres, lettres, etc.).

Les candidat(e)s devront obligatoirement se munir d'un stylo à bille ou à encre (non effaçable) de couleur 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 (3 points)**

L'assureur-maladie Z. a dû augmenter les primes de l'AOS au 1<sup>er</sup> juin 2024.

- a) Quand l'assureur-maladie Z. devait-il informer au plus tard les assurés selon la loi? Indiquez le mois et l'année et citez l'article de loi ou d'ordonnance correspondant.
- b) En cas d'augmentation de primes, tous les assurés ont-ils le droit de changer d'assureur? Justifiez votre réponse et citez l'article de loi ou d'ordonnance correspondant.

**Proposition de solution**

- a) Fin mars 2024 **(1)**. LAMal 7.2 **(0,5)**
- b) Non. **(0,5)** Selon l'art. 64a al. 6 LAMal **(0,5)** les assurés en retard de paiement ne peuvent pas changer d'assureur. **(0,5)**

***L'art. 105I OAMal est également une bonne réponse***

**Question 2 (3 points)**

Indiquez si les affirmations suivantes à propos de «l'obligation d'assurance et d'adhésion» sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

Toute mauvaise réponse donnera lieu à une déduction de points. L'évaluation minimale de la question est de 0 point.

**Proposition de solution**

Affirmations	Vrai	Faux
En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets le jour de l'affiliation	<b>X</b>	
Pour les agents de la Confédération en exercice ou retraités, l'assurance déploie ses effets dès la fin de l'assujettissement à l'assurance militaire, mais uniquement s'ils s'annoncent auprès d'un assureur AOS dans les 3 mois qui suivent la fin de leur assujettissement à l'assurance militaire	<b>X</b>	
Pour les requérants d'asile, l'assurance déploie ses effets dès la date d'attribution aux cantons par la Confédération		<b>X</b>
Tous les conjoints des frontaliers résidant dans un État non membre de l'UE, en Islande ou en Norvège peuvent s'assurer en Suisse auprès de l'AOS sur requête de leur part, dès lors qu'ils s'assurent dans les 3 mois suivant le début de validité du permis de frontalier		<b>X</b>
Le formulaire d'affiliation à l'AOS et à l'assurance facultative d'indemnités journalières ne doit contenir aucune information, indication ou lien vers une assurance complémentaire selon la LCA		<b>X</b>
Les assureurs AOS en Suisse ne sont pas tous tenus d'assurer des personnes en vertu des accords bilatéraux	<b>X</b>	

**0,5 point par réponse correcte, 0,5 point de déduction par réponse fausse.**

### Question 3 (4 points)

Monsieur P. vient vous voir au guichet parce qu'il souhaite résilier l'assurance complémentaire «Hôpital division commune» à la fin de l'année 2025. Cette assurance complémentaire d'hospitalisation couvre exclusivement la division commune dans tous les hôpitaux de Suisse. Il est d'avis qu'elle est superflue parce que, selon l'art. 41 al. 1bis LAMal, l'assuré a le libre choix entre les hôpitaux sans préjudice financier.

Dans quels cas Monsieur P. bénéficie-t-il de la prise en charge de la totalité des coûts sans assurance complémentaire lors d'un traitement stationnaire s'il est hospitalisé dans la division commune d'un établissement en dehors de son canton de résidence?

### Proposition de solution

- Si l'hôpital figure sur la liste du canton de résidence de Monsieur P. **(1)**
- Si l'hôpital a un mandat de prestation du canton où il est implanté pour le traitement nécessaire **(0,5)** et que le tarif ne dépasse pas celui de l'hôpital figurant sur la liste du canton de résidence **(0,5)**,
- En cas d'urgence **(1)** ou
- En cas d'hospitalisation pour des raisons médicales **(1)**.

#### Question 4 (6 points)

Un assuré a conclu chez vous, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2025, une assurance d'indemnités journalières selon la LAMal. Il a signé la demande d'adhésion à l'assurance le 20 novembre 2024 en indiquant être «en parfaite santé».

Le 25 février 2025, il vous téléphone pour vous informer qu'il est victime d'une grave poussée de diabète dont il souffre depuis des années et, par conséquent, qu'il va être en incapacité de travail pour une assez longue durée.

- a) Quelles sont les informations dont vous avez besoin de la part de l'assuré pour pouvoir examiner son droit à des prestations et à quelles vérifications procédez-vous?
- b) Quelles sont les conséquences potentielles de la maladie préexistante pour l'assuré sur sa couverture d'assurance et sur le droit actuel aux prestations de son assurance d'indemnités journalières?
- c) Informez le client par écrit (½ page A4 au maximum) sur un possible droit aux prestations en lien avec la pathologie préexistante. Notifiez également au client comment cette situation peut évoluer avec le temps en justifiant vos propos par des arguments clairs.

L'intitulé/objet, la structure et la formulation adaptée à l'interlocuteur sont notés.

Il n'est pas nécessaire de rédiger de phrase de salutation/formule de politesse ou d'indiquer les voies de recours dans la lettre (e-mail ou courrier).

#### Proposition de solution

- a) Informations: Attestation d'incapacité de travail **(0,5)** et confirmation de la perte de salaire **(0,5)**  
Vérification: Examen médical pour la violation de l'obligation de déclarer (réticence) **(1)**
- b) Conséquences: réserve d'assurance (5 ans) pour la couverture d'assurance **(0,5)**  
Aucune prestation pour le cas actuel **(0,5)**
- c) + 1,5 point pour l'information du client + 1,5 pour la communication **(3)**

#### **Information du client:**

*Pas de remontrances (excessives), communication clairement basée sur les faits (0,5)*

*Objet clair, pertinent (0,5)*

*Présentation claire et pertinente des conséquences (0,5)*

#### **Communication:**

*Mail structuré facilitant la lecture/compréhension (0,5)*

*Discours adapté à l'interlocuteur et compréhensible (termes techniques etc. bien expliqués, définis) et correct (sans grosses fautes de grammaire) (0,5)*

*Longueur appropriée de l'e-mail (ne pas dépasser env. ½ page A4 en écriture informatique) (0,5)*

**Question 5 (3 points)**

En fonction de quelles 3 conditions fondamentales vérifie-t-on la prise en charge des coûts d'une prestation obligatoire par l'AOS?

Citez-les et expliquez l'une d'elle en 2 à 3 phrases.

**Proposition de solution**

Les prestations doivent être efficaces **(0,5)**, appropriées (aussi admettre « adéquates ») **(0,5)** et économiques **(0,5)**.

**L'efficacité** signifie que le but recherché est globalement atteint. Cette preuve d'efficacité générale doit toutefois être démontrée par des méthodes scientifiques. **(1,5)**

ou

**L'adéquation** signifie que les prestations doivent être définies de manière à pouvoir escompter le succès thérapeutique recherché dans un cas individuel concret. Les prestations doivent par conséquent être fournies de manière adéquate, c'est-à-dire en tenant compte des circonstances qui prévalent dans le cas individuel (p. ex. diagnostic, état du patient, chances de succès, risques etc.). **(1,5)**

ou

**Le caractère économique** signifie que les prestations doivent s'inscrire dans un rapport coûts-bénéfices approprié. Cependant, le rapport entre les coûts et les bénéfices d'une mesure n'a de sens que par rapport à différentes méthodes de traitement entrant en ligne de compte, mais pas lorsqu'il s'agit de déterminer si les coûts d'une méthode adéquate en soi et reconnue scientifiquement peuvent encore être justifiés par rapport au bénéfice que l'on peut attendre du traitement. **(1,5)**

**3 points maximum au total**

### Question 6 (7 points)

Monsieur M. habite à Zoug et est atteint depuis 5 ans de diabète de type II. Il consulte chaque année son médecin de famille pour cette pathologie. En raison de son diabète, il a été hospitalisé en 2022 pendant 8 jours à l'hôpital cantonal de Lucerne et a été envoyé 3 semaines (21 jours) en réadaptation à la clinique lucernoise de Montana. La prise en charge des coûts pour les prestations extra-cantoniales avait été délivrée.

En 2024, Monsieur M. a dû être hospitalisé pour les mêmes raisons médicales à l'hôpital cantonal de Lucerne. Et un séjour en réadaptation de 3 semaines (21 jours) à la clinique lucernoise de Montana a de nouveau été nécessaire sur prescription médicale.

Vous avez connaissance des informations suivantes:

SwissDRG – Tarif du canton de Lucerne CHF 9'800,- – Pondération des coûts: 1,84

Tarif du canton de Zoug CHF 7'300,- – Pondération des coûts: 1,84

Clinique lucernoise de Montana: CHF 1'000,- par jour

Participation du canton 55 % / Participation de l'AOS 45 %

- À combien s'élève la facture AOS pour le séjour stationnaire à Lucerne en 2024?
- À combien s'élèvent les coûts totaux du séjour à l'hôpital cantonal de Lucerne en 2024?
- Quel montant est pris en charge par l'AOS pour le séjour à la clinique lucernoise de Montana en 2024? Rédigez 1 ou 2 phrases pour justifier votre réponse.
- Expliquez au client dans un bref e-mail (env. une demi-page A4 au maximum) quels coûts de la clinique lucernoise de Montana il devra prendre en charge et expliquez-lui ce résultat.

L'intitulé/objet, la structure et la formulation adaptée à l'interlocuteur sont notés.

Il n'est pas nécessaire de rédiger de phrase de salutation/formule de politesse ou d'indiquer les voies de recours dans la lettre (e-mail ou courrier).

### Proposition de solution

- $9'800 \times 45 \% = 4'410,- \times 1,84 = \text{CHF } 8'114,40$  (1)
- $9'800 \times 1,84 = \text{CHF } 18'032,-$  (1)
- CHF 0,00 (1) => Réadaptation non prise en charge par l'AOS conformément aux conditions visées par l'annexe 1 chiffre 11 de l'OPAS (page 396 de l'annuaire édition 2024) (1) => ne peut être effectué qu'en ambulatoire, au maximum une fois en 3 ans
- Information du client:**  
Empathie (p. ex. communiquer de manière crédible qu'il n'existe malheureusement pas de meilleure solution pour le client) (0,5)  
Objet clair, pertinent (0,5)  
Présentation claire et pertinente des coûts à la charge du client (0,5)  
**Communication:**  
Mail structuré facilitant la lecture/compréhension (0,5)  
Discours adapté à l'interlocuteur et compréhensible (termes techniques etc. bien expliqués, définis) et correct (0,5)  
Réponse exhaustive et pas trop longue (ne pas dépasser env. ½ page A4 en écriture informatique) (0,5)

**Question 7 (2 points)**

Monsieur U. est chômeur selon la LACI et a souscrit chez vous une assurance d'indemnités journalières selon la LAMal. Il est actuellement en incapacité de travail et a reçu votre premier décompte avec une indemnité journalière. Vous avez réduit l'indemnité journalière au montant de l'indemnité de chômage.

Monsieur U. conteste cette réduction.

Expliquez-lui les raisons de la réduction en lui indiquant les dispositions légales.

**Proposition de solution**

La LAMal est une assurance de dommages interdisant toute surindemnisation **(1)**. Selon l'art. 69 al. 2 LPGA **(1)** il y a surindemnisation dans la mesure où les prestations sociales légalement dues dépassent à la fois le gain dont l'assuré est présumé avoir été privé, les frais supplémentaires et les éventuelles diminutions de revenu subies par les proches.

### Question 8 (6 points)

Le couple Z. séjournait en France pour les vacances et Madame Z. a dû être conduite aux urgences d'un hôpital. Grâce à la carte européenne d'assurance-maladie, le couple Z. n'a pas eu à se préoccuper de la facture. À la sortie de l'hôpital, Madame Z. a dû payer 480 euros de sa poche malgré tout.

De retour en Suisse, Madame Z. a réclamé auprès de son assurance-maladie un remboursement de ces 480 euros. L'assurance-maladie a refusé ce remboursement au motif qu'une participation aux coûts dans l'UE n'est pas couverte par l'assurance.

- a) La réponse de l'assureur-maladie de Madame Z. est-elle correcte? Rédigez 2 à 3 phrases pour justifier votre réponse.
- b) En votre qualité de collaborateur de cette assureur-maladie, rédigez un courrier (e-mail ou lettre) au couple Z. avec le résultat de votre clarification et expliquez au couple Z. votre argumentation de ce refus.

L'intitulé/objet, la structure et la formulation adaptée à l'interlocuteur sont notés.

Il n'est pas nécessaire de rédiger de phrase de salutation/formule de politesse ou d'indiquer les voies de recours dans la lettre (e-mail ou courrier).

### Proposition de solution

- a) Oui. **(1)** La participation aux coûts dans les pays de l'UE repose sur les règles du pays dans lequel le traitement a eu lieu **(1)**. (Elle doit aussi généralement être payée sur place). La participation aux coûts dans les pays de l'UE ne peut pas être couverte par l'AOS suisse **(1)**.
- b) **Information du client:**  
Empathie (p. ex. regretter de ne pas être autorisé/e à faire d'exception, demander la compréhension du client, être tenu de respecter la disposition légale, etc.) **(0,5)**  
Objet clair, pertinent **(0,5)**  
Présentation claire et pertinente des coûts à la charge du client **(0,5)**  
**Communication:**  
Mail structuré facilitant la lecture/compréhension **(0,5)**  
Discours adapté à l'interlocuteur (termes techniques etc. bien expliqués, définis) et correct **(0,5)**  
Réponse exhaustive et pas trop longue (ne pas dépasser env. ½ page A4 en écriture informatique) **(0,5)**

**Question 9 (1 point)**

Monsieur A. annonce une affection du genou lors de la visite sanitaire d'entrée (VSE) du cours de répétition (premier jour). Il accomplit la totalité de son service sans que l'état de son genou n'empire. Quatre mois après le service, la pathologie s'aggrave et nécessite une intervention chirurgicale avec hospitalisation.

Évaluez si l'assurance militaire doit prendre ce cas en charge et justifiez votre réponse.

**Proposition de solution**

Non **(0,5)**. L'AM n'est pas tenue de prendre en charge les prestations parce qu'aucune aggravation n'est intervenue pendant le service **(0,5)**, en plus du fait que la pathologie existait déjà avant l'entrée en service.

**Question 10 (2 points)**

Indiquez si les affirmations suivantes à propos de «l'obligation d'avancer les prestations» sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

**Proposition de solution**

<b>Affirmations</b>	<b>Vrai</b>	<b>Faux</b>
L'assureur-maladie est tenu d'avancer les prestations sur requête de l'assuré	<b>X</b>	
L'assureur-maladie tenu d'avancer les prestations attire l'attention de l'assuré sur la règle de remboursement visée par l'art. 71 LPGA	<b>X</b>	
L'assureur-maladie ne doit avancer les prestations relevant de l'assurance-invalidité (AI) que si le cas est annoncé à l'AI	<b>X</b>	
Lorsque plusieurs assureurs-maladie ont droit ou sont tenus au remboursement, leurs parts se calculent en fonction des prestations qu'ils ont ou auraient dû allouer	<b>X</b>	

**0,5 point par réponse correcte**

**Question 11 (3 points)**

**Répondez aux questions suivantes sur l'obligation d'avancer les prestations dans l'assurance-maladie.**

a) Complétez la phrase suivante en indiquant les assurances concernées.

L'assurance-maladie est tenue, pour les prestations en nature et les indemnités journalières, de prendre provisoirement à sa charge le cas dont la prise en charge par

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

est contestée.

b) Rédigez 2 à 3 phrases pour expliquer ce que signifie l'obligation de prise en charge provisoire dans l'assurance sociale.

**Proposition de solution**

a) L'assurance-maladie est tenue, pour les prestations en nature et les indemnités journalières, de prendre provisoirement à sa charge le cas dont la prise en charge par

- l'assurance-maladie **(0,5)**
- l'assurance-accidents **(0,5)**
- l'assurance militaire **(0,5)**
- ou l'assurance-invalidité **(0,5)**

est contestée.

b) Lorsqu'un événement assuré donne droit à des prestations d'une assurance sociale mais qu'il y a un doute sur le débiteur des prestations, l'assuré peut demander la prise en charge provisoire de son cas. **(1)**

**Question 12 (3 points)**

Indiquez si les affirmations suivantes sur le thème «responsabilité et recours» sont vraies ou fausses en cochant la case correspondante.

**Proposition de solution**

Affirmations	Vrai	Faux
Pour qu'une personne puisse être tenue pour responsable, elle doit être capable de discernement, mais pas forcément être majeure	X	
En cas de responsabilité causale simple, la personne lésée n'est pas tenue de prouver la faute du tiers	X	
La subrogation légale signifie que, dès la survenance de l'événement dommageable, tous les droits de l'assuré et de ses survivants contre tout tiers responsable passent à l'assureur social concerné		X
Toute personne en mesure d'évaluer les conséquences de ses actes est réputée capable de discernement	X	
Le droit préférentiel signifie que les demandes de dommages-intérêts de l'assureur sont satisfaites avant celles de la personne lésée		X
Pour qu'un recours puisse être exercé, un motif de responsabilité à charge de l'auteur du dommage est nécessaire	X	

**0,5 point par réponse correcte**

**Question 13 (2 points)**

Monsieur T. a reçu de son assurance-maladie un décompte de prestations pour son séjour hospitalier. L'assurance-maladie est-elle tenue de notifier ce décompte de prestations d'assurance sous la forme d'une décision? Répondez à cette question par «oui» ou «non» et indiquez l'article de loi correspondant.

**Proposition de solution**

Non (1). Art. 80 LAMal (1)

Accepter également la réponse Oui (1), si l'intéressé l'exige, avec référence à l'art. 51 LPGa (1)

**Question 14 (2 points)**

L'assureur-maladie X. constate que le médecin Y. n'applique pas correctement le tarif et l'informe dans un courrier qu'il conteste sa pratique.

Le médecin exige alors de l'assureur de rendre une décision susceptible de recours.

L'assureur est-il tenu de rendre une décision?  
Rédigez 1-2 phrases pour justifier votre réponse.

**Proposition de solution**

Non (1)

Art. 89 LAMal (1) **ou** référence à un recours au tribunal arbitral