

Nom: BERCHER

Prénom: Sévane

Félicitations

Professeur / Professeure H. P-Y GREBER

Epreuve: Sécurité sociale

Date: 16.01.15

$$6.- + 6.- = 6.-$$

Question théorique: 6.-Affirmation 1:

La LPP, loi sur la prévoyance professionnelle est une loi relative aux pensions auxquelles un assuré peut prétendre. Elle concerne plus précisément le 2^{ème} étage de protection, soit un régime complémentaire. Cette loi consiste en les normes minimales qui doivent être adoptées dans une loi fédérale (113 Cot).

Par conséquent, les règles qu'elle contient sont certes d'une importance capitale, mais il n'en reste pas moins que les caisses de pensions peuvent adopter d'autres règles, tout en restant dans les normes minima prescrites. Les CP se doivent d'ailleurs d'édicter leurs propres règlements. (6 LPP pour les normes minima et 49 LPP pour l'autonomie des CP).

Dans le domaine des prestations, les CP ont un choix à faire entre la primauté des prestations ou la primauté des cotisations.

Les cotisations (au contraire des bonifications dont le taux est fixé par la loi (16 LPP), le taux est fixé par la CP dans son règlement.

Les normes minima de la LPP posent simplement des limites sur ces dernières.

Ces dernières seront examinées dans la question suivante.

Pour résumer, la LPP fixe des règles, certes

importantes, concernant les cotisations, mais ce ne sont que des normes minimales et la CP se doit d'adopter un règlement dans lequel elle fixe le taux de cotisation.

Affirmation 2 :

La LPP fixe le taux de cotisation.

Cette affirmation est incorrecte, car, comme nous l'avons vu à la question précédente, la LPP ne fait que fixer des normes qui encadrent la fixation du taux de cotisation et les personnes qui en sont débitrices : examinons ces articles :

L'article clé est l'art. 66 LPP. Dans son al. 1, il réitère d'abord l'obligation des CP de fixer les cotisations dans leur règlement.

Il pose ensuite, pour les salariés obligatoirement assurés, le principe de parité, soit que le paiement de la cotisation soit réparti de moitié entre l'employeur et l'employé.

^{L'article} précise ensuite que la part du salarié doit être versée par l'employeur, la déduisant du salaire de son employé.

L'OPP 2 précise encore un peu à son article 1 al. 2 let b les limites.

Relevons encore que les cotisations, calculées au taux décidé par la CP (%) sont calculées sur le salaire coordonné (assuré entre une somme plancher et une somme plafond, les parties non comprises pouvant être assurées facultati-

veulent.

Ceci sert en fait à ce que les cotisations soient fixées de sorte à ce que la CP puisse verser les prestations le moment venu (65 II LPP)

Précisons que je parle ici pour la prévoyance obligatoire envers les salariés répondant aux conditions.

Notons encore que la CP va assurer dès le 17^{ème} anniversaire le salarié contre l'éventualité survivant et invalide et dès son 24^{ème} anniversaire contre l'éventualité vieillesse. De mémoire, cette dernière étant la plus lourde à assurer (elle représente 80%, il me semble), le taux de cotisation peut varier selon l'âge.

Affirmation 3 :

Droit à une rente invalidité LPP sans prétendre simultanément à une rente AI ?

Les deux lois restent liées car la LPP renvoie à la LAI (renvoyant à la LP6A pour les définitions) en ce qui concerne la notion d'invalidité.

La partie concernant l'invalidité est aux art. 23 ss. LPP. La LPP se calque sur la LAI, autant pour le début que pour la fin de la prestation.

Cependant, en cas d'invalidité, dans la LAI la rente est une sorte d'ultima ratio, après que toutes les mesures prévues sont restées vaines (détECTION précoce, mesures de réinsertion etc.)

Cependant, une personne assurée n'a pas les person-

✓ assujetties à la LPP le sont obligatoirement au régime AVS / AI (5 I LPP). Par conséquent, une personne sera automatiquement assurée aux deux.

[Quid d'un indépendant ? S'il remplit les critères de l'assujettissement à l'AVS / AI et qu'il a souscrit à la LPP facultative ?] ?

✓ La prévoyance surobligatoire peut élargir le critère de l'éventualité invalidité (en la contournant p.ex. à une invalidité sans tenir compte du critère déterminant par l'AVS / AI de la LPGA qui est l'incapacité de gain.

✓ La notion, plus large, pourrait alors ouvrir le droit à une rente ^(invalidité) LPP alors que le droit à une rente (invalidité) AI ne serait pas ouvert.

Question pratique : 6.

✓ Une caisse maladie (assureur LAMal) voudrait savoir si ses propositions pour son règlement sont conformes à la loi.

✓ Il convient préalablement de se demander si une caisse maladie LAMal peut adopter un règlement ? Les caisses LAMal peuvent être soit des caisses-maladies reconnues par le DF de l'intérieur ou des institutions privées, mais les deux appliquent le droit

Nom: BERCHERPrénom: SéverineProfesseur / Professeure H. P-Y. GREBEREpreuve: sécurité socialeDate: 16.04.15

✓ le droit public, plus précisément le LAHAI, l'OAHA, contenant des normes de droit public. Elles peuvent cependant dans ces limites s'organiser comme elles le souhaitent et, à ces fins, édicter un règlement. (Contrairement à l'AVS p. ex.)

Règle 1: paiement des factures de soins

✓ Il existe une solution légale (42 I et II LAHA) et une solution figurant dans la loi et pouvant être prévue contractuellement.

A préciser que le "tiers" est la cause maladie.

a) solution légale :

✓ - tiers hospitalisation (ambulatoire, pharmacie etc.) système du tiers garant. L'assuré paie lui-même et envoie ensuite la facture à l'assureur. Attention au fait que l'assuré doit payer jusqu'à concurrence de sa franchise (légale ou contractuelle) puis une quote-part (64 LAHA et 163 ss OAHA)

✓ - En hôpital (lors d'une hospitalisation), le système du tiers payant est appliqué. L'assureur paie directement (42 II phrase 2 LAHA). Ceci est relativement nouveau puisque ça date de 2009.

b) la seule dérogation possible pour l'assureur est la solution contractuelle proposée par la loi (42 II phrase 1 LAMal)

Elle consiste à appliquer le système du tiers payant en ambulatoire, soit l'assureur CAMal qui est le débiteur de la facture. Le tiers-payant est une forme de reprise de dette contractuelle. La règle proposée par la caisse est illégale donc.

Elle ne peut que se rabattre sur une des solutions prévues par l'art. 42 LAMal.

Règle 2 :

Si un fournisseur de soins ne respecte pas les tarifs applicables, l'assuré devra payer une partie de ses factures.

Relevons tout d'abord que, de toute façon, avec le système de la franchise et de la quote-part, l'assuré paie une partie de ses factures.

Un médecin est un fournisseur de soins (35 LAMal, 38 CAMal) 35 II let a LAMal.

Entre les caisses et les prestataires de services, il y a ce que l'on appelle une convention tarifaire (TARMED, système de points par acte par le système ^{en ambulatoire} suisse). (46 I LAMal) le patient, assuré réside donc en dehors de cette convention et de ce processus.

Les tarifs fixés doivent être respectés de manière obligatoire par les fournisseurs de soins (44 I phrase 1 LF.Mal)

✓ Cet article montre bien que la responsabilité de l'assuré ne sera jamais en cause puisqu'il incombe au médecin de respecter les tarifs prescrits.

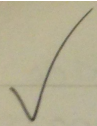
✓ Cependant il y a un cas, mais le patient assuré DOIT en être averti, celui de la récusation (44 II LAMal). Après une procédure d'annulation, le médecin peut ne pas appliquer les règles prévues mais nous ne sommes plus dans le domaine de l'assurance sociale ici, une ass. privée pourra prendre en charge ou le patient payera lui.

✓ La caisse qui nous consulte doit préciser que ce n'est pas dans son champ que ce cas se présente.
Si c'est une assurance sociale, elle devrait même biffer cette règle, contraire à l'assurance sociale de base appliquant le droit public !

✓ Règle 3 :
L'indemnité journalière fait partie de l'assurance facultative. (67 ss LAMal et 107-109 OAMal)
La loi ne pose pas beaucoup de dispositions si ce n'est le principe d'égalité de traitement ! (*)
En effet, les règles par le début du droit sont dispositives et la plupart du temps décidées contractuellement.

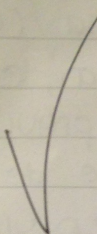
✓ Cependant, si la condition d'assurance est remplie et que la personne assurée est

(*) 13 II LAMal + 109 OAMal



invalidé à 50% au min, elle doit percevoir les indemnités.

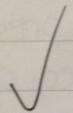
Mais savons cependant qu'une caisse peut émettre des réserves quant à certaines maladies lors de l'affiliation facultative.



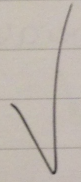
Le tout est réglé par l'art. 69 LAMal.

(La réserve doit faire l'objet d'une décision et est donc sujette à opposition (49 LRAM)).

L'assureur a donc la possibilité de poser des questions et, sous réserve des dispositions sur la protection de la sphère privée, peut tout à fait les poser par le biais d'un questionnaire.



Le point du questionnaire est valide.



Quant à la somme prévue, rien dans la loi ne s'y oppose et elle respecte l'égalité de traitement (à situation égale (avec/sans activité lucrative), traitement égal.)

Ce point doit donc également être valide.
