

200.2018.526.CM

NIG/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du juge unique du 22 juillet 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge
G. Niederer, greffier

A. _____

recourant

contre

Assura-Basis SA

Case postale 7, 1052 Le Mont-sur-Lausanne

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 13 juin 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1977, assuré au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) auprès d'Assura-Basis SA, a été opéré en urgence le 12 mai 2017 en raison d'une hernie discale. Après un séjour en réhabilitation et sur prescription médicale, l'assuré, par l'intermédiaire d'un cabinet de physiothérapie, a conclu un contrat de location pour un appareil de neurostimulation "Compex 3" auprès d'une entreprise spécialisée, pour la période courant du 18 août au 10 novembre 2017. Les factures émises par le fournisseur pour la location de ce matériel, par Fr. 768.- au total, ont été prises en charge par Assura-Basis SA à hauteur de Fr. 111.80. Par décision du 26 janvier 2018, Assura-Basis SA a confirmé l'ampleur de la prise en charge.

B.

L'opposition formée par l'assuré le 23 février 2018, complétée avec le concours d'une assurance de protection juridique le 27 avril 2018, dans le délai imparti par Assura-Basis SA pour combler l'absence de motivation, a été rejetée dans une décision sur opposition du 13 juin 2018.

C.

Le 12 juillet 2018, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant à l'annulation de la décision sur opposition du 13 juin 2018, sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 30 août 2018, l'intimée a en substance conclu au rejet du recours. Faisant suite à une ordonnance du TA du 5 septembre 2018, l'intimée a encore produit plusieurs correspondances échangées avec le recourant, ainsi que des notes téléphoniques. Par écrit du 15 octobre 2018 (auquel était jointe une pièce justificative [PJ] supplémentaire), de même que du

20 octobre 2018, le recourant a répondu aux questions qui lui ont été soumises par le TA par ordonnances des 25 septembre et 18 octobre 2018. Dans sa duplique du 5 novembre 2018, l'intimée a implicitement maintenu ses conclusions. Les parties ont encore produit leurs observations finales le 16 novembre 2018 (s'agissant du recourant) et le 27 novembre 2018 (s'agissant de l'intimée). Par envoi du 22 mars 2019, le recourant a été renseigné sur l'avancement de la procédure.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 13 juin 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme une décision du 26 janvier 2018, par laquelle l'intimée a refusé de prendre en charge plus qu'un montant de Fr. 111.80 pour la location d'un appareil d'électrostimulation. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et, implicitement, la prise en charge des coûts dans leur intégralité. Sont particulièrement critiqués par le recourant le fait que l'intimée a refusé une telle prise en charge alors qu'elle la lui aurait garantie au préalable, lors d'un entretien téléphonique et le long délai de réaction de l'intimée avant le refus.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes minimales prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 La valeur litigieuse étant manifestement inférieure à Fr. 20'000.-, le jugement de la cause incombe au juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 54 al. 1 let. c et 57 al. 1 de la loi cantonale du

11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 L'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). Ces prestations, qui doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 phr. 1 LAMal) comprennent notamment les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin (art. 25 al. 2 let. b LAMal). Selon l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut notamment désigner en détail les prestations fournies par un médecin, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. L'art. 33 al. 5 LAMal précise en particulier que le Conseil fédéral peut déléguer au département ou à l'office les compétences énumérées à l'art. 33 al. 1 LAMal. En application de cette norme, le Conseil fédéral a, entre autres, édicté l'art. 33 let. e de l'ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102) qui attribue au Département fédéral de l'intérieur (DFI) la compétence de désigner les moyens et appareils, au sens de l'art. 52 al. 1 let. a ch. 3 LAMal, qui doivent être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, de même que de fixer des montants maximaux pour leur remboursement. L'art. 52 al. 1 let. a ch. 3 LAMal prévoit, dans le même sens, que le département édicte des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

2.2 En faisant usage de la compétence qui lui a été attribuée par le Conseil fédéral, le DFI a promulgué la liste des moyens et appareils (LiMA). Cette liste de prestations est dite positive et a pour caractéristique d'être à la fois exhaustive et contraignante, parce que les assureurs-maladie ne peuvent, en vertu de l'art. 34 al. 1 LAMal, prendre en charge que les

prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal. Le système légal exclut dès lors la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une prestation sous forme de moyens ou d'appareils qui n'est pas mentionnée dans la LiMA (ATF 139 V 509 c. 4.1, 136 V 84 c. 2.2 et les références citées). Les moyens et appareils admis sont répertoriés dans la LiMA par nature et par groupe de produits (art. 20a al. 1 de l'ordonnance du DFI du 26 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [OPAS, RS 832.112.31]). L'admission sur la liste peut être assortie d'une condition limitative. Celle-ci peut notamment se rapporter à la quantité, à la durée d'utilisation, à l'indication médicale ou à l'âge de l'assuré (art. 22 OPAS). Les moyens et appareils ne sont remboursés que jusqu'à concurrence du montant fixé d'un moyen ou d'un appareil de la même catégorie qui figure sur la liste (art. 24 al. 1 OPAS; ATF 139 V 509 c. 4.2). Lorsqu'un produit est facturé par un centre de remise pour un montant supérieur à celui qui figure sur la liste, la différence est à la charge de l'assuré (art. 24 al. 2 OPAS).

2.3 Selon le ch. 09.02.01.00.2 de la LiMA, la location d'appareil de neurostimulation transcutanée électrique (TENS) est prise en charge à raison d'un montant de Fr. 1.30 par jour.

3.

3.1 Dans la décision sur opposition contestée et ses déterminations subséquentes, l'intimée n'a en substance pas remis en cause son obligation de prendre en charge un appareil de neurostimulation de type TENS mais elle a relevé que le recourant avait loué un électro-stimulateur de type Compex 3. L'intimée a toutefois expliqué que le premier de ces appareils était meilleur marché, si bien qu'elle avait seulement indemnisé la location à hauteur du tarif prévu par la LiMA pour un appareil TENS, soit Fr. 1.30 par jour, la différence étant à la charge du recourant. A cet égard, l'intimée a souligné que le site internet du fournisseur de cet appareil indiquait que le prix de la location du TENS était de Fr. 1.30 par jour alors que celui du Compex 3 était de Fr. 10.- par jour. Il a en outre indiqué qu'on pouvait également lire, sur ce site, que le TENS était intégralement

remboursé par les assurances et que le Compex 3 nécessitait, pour les cas de maladie, une demande préalable du patient auprès de son assurance. L'intimée a aussi avancé que des informations similaires figuraient sur d'autres sites internet. L'intimée a encore mentionné qu'au moment de l'entretien téléphonique que le recourant prétend avoir eu avec ses services, sans facture détaillée ou plus amples explications, elle ne pouvait pas connaître sur quel appareil portait exactement la location. Au sujet de cet entretien téléphonique, l'intimée a par ailleurs informé que celui-ci n'avait pas été enregistré et qu'il lui était par conséquent impossible d'en produire un extrait. L'intimée a encore affirmé qu'il incombait à la médecin du recourant et au fournisseur de renseigner le recourant quant au fait que le Compex 3 n'était pas entièrement pris en charge par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, à l'inverse du TENS. L'intimée a aussi évoqué que le fait que la médecin du recourant lui ait prescrit un appareil de type Compex ne permettait pas de s'écarter des limitations prévues par la LiMA. Finalement, l'intimée a précisé que TENS désignait un stimulateur électrique transcutané, que Compex était une marque produisant des appareils de stimulation dont certains intègrent le système de traitement TENS mais qui sont développés pour la préparation physique, non à des fins médicales, de sorte qu'ils sont plus coûteux et que Compex 3 était un modèle vendu sous la marque du même nom.

3.2 Dans son recours et ses écrits ultérieurs, le recourant a en résumé expliqué que l'appareil d'électrostimulation lui avait été prescrit par sa médecin et qu'il l'avait commandé auprès d'un fournisseur par le biais de son cabinet de physiothérapie. Le recourant a précisé que, lors de la remise de l'appareil, le fournisseur l'avait prié d'informer son assurance-maladie, si bien qu'il s'était exécuté en contactant l'intimée par téléphone et en lui expliquant la situation. Le recourant a relevé que, durant cet échange, il n'avait pas parlé du TENS mais du Compex 3, précisant ne pas avoir choisi spécifiquement cet appareil destiné aux professionnels mais qu'il s'agissait du type d'appareil qu'on lui avait prescrit. Il a ajouté que lors de cet appel, l'intimée ne l'avait pas rendu attentif à un éventuel problème de prise en charge, qu'il avait au contraire confirmé celle-ci et qu'il lui avait demandé de lui envoyer l'ordonnance avec la première facture de location. Le recourant a mentionné qu'il avait dès lors transmis l'ordonnance relative

à cet appareil, de même que la première facture de location, avec la demande de remboursement du 22 septembre 2017. Il a déclaré qu'en recevant le premier décompte de prestations du 7 novembre 2017, il avait alors compris qu'il y avait un problème, de sorte qu'il avait immédiatement résilié le contrat de location et passé commande d'un appareil correspondant à ses besoins. Il a aussi indiqué qu'il avait ensuite contesté les factures de location. Le recourant a fait valoir qu'il était de bonne foi et a réfuté avoir été correctement renseigné. Il a en outre reproché à l'intimée de ne pas lui avoir fourni une copie de l'appel passé (qui aurait été enregistré par l'intimée) et de ne pas avoir fait figurer cet enregistrement au dossier. Le recourant a expliqué que s'il avait été dûment renseigné, il aurait annulé la location et commandé un appareil sur le champ, le délai de traitement de ses demandes de remboursement l'ayant laissé dans l'ignorance malgré ses appels et demandes d'explications pendant trois mois. Le 20 octobre 2018, le recourant a précisé que TENS était un programme de neurostimulation antalgique, que Compex désignait une marque d'appareils offrant un large éventail de programmes et que Compex 3 était l'appareil utilisé par des professionnels pour traiter des patients (qu'il avait testé en milieu thérapeutique et qu'on lui avait prescrit).

4.

4.1 En l'espèce, il ressort du dossier que le recourant a été hospitalisé du 8 au 11 août 2017 auprès du département de réhabilitation d'une clinique, en raison d'un syndrome radiculaire S1 à droite après une hernie discale L5/S1 opérée le 12 mai 2017 (voir dossier [dos.] de l'intimée, p. 4/3) et qu'à sa sortie, une médecin-assistante de cette clinique lui a prescrit un appareil de type Compex, par ordonnance du 11 août 2017 (en l'occurrence en les termes suivants: "<Compex> Gerät für die Therapie zu Hause", voir dos. de l'intimée, p. 2).

4.2 Le recourant a ensuite conclu un contrat de location auprès d'un fournisseur le 17 août 2017 portant sur un "set stimulateur Compex 3" pour une période courant du 18 août au 10 novembre 2017. Sous une rubrique "Programme(s) souhaité(s)", ce contrat comportait la mention "Denerviert".

Le prix de location a été fixé à Fr. 10.- par jour (du 1^{er} au 42^{ème} jour, puis à Fr. 8.- jusqu'au 84^{ème} jour). Ce document prévoyait en outre que, pour les cas de maladie notamment, les factures seraient acquittées directement par le recourant et que ce dernier restait débiteur auprès du fournisseur en cas de refus de prise en charge par l'assureur. Le contrat mentionnait encore en particulier qu'en cas de maladie, le preneur devait se renseigner auprès de sa caisse-maladie pour le remboursement des frais (voir PJ non numérotée, produite par le recourant par envoi du 15 octobre 2018).

4.3 Le 19 septembre 2017, le fournisseur auprès duquel l'appareil litigieux a été loué a adressé une facture de Fr. 300.- au recourant pour la location du stimulateur Compex 3 du 18 août au 16 septembre 2017 (dos. de l'intimée, p. 3.1). Il a établi une deuxième facture, le 27 septembre 2017, pour la location de l'appareil du 17 au 25 septembre 2017, d'un montant de Fr. 90.- (dos. de l'intimée, p. 3.2), de même que le 6 novembre 2017, pour la période courant du 26 septembre au 1^{er} novembre 2017 (en tenant compte d'une déduction de 7 jours) et ce à hauteur de Fr. 246.- (dos. de l'intimée, p. 3.3). Enfin, une dernière facture, d'un montant de Fr. 132.-, a été envoyée au recourant le 21 novembre 2017 pour la location de l'appareil entre le 2 et le 18 novembre 2017 (dos. de l'intimée, p. 3.4).

4.4 Après avoir recueilli un rapport de la médecin ayant délivré l'ordonnance pour le stimulateur (voir dos. de l'intimée, p. 4), l'intimée a établi trois décomptes de prestations relatifs à la location du Compex 3. Selon un décompte du 7 novembre 2017, l'intimée a reconnu un montant de Fr. 39.- sur celui facturé de Fr. 300.-, pour la période de location courant du 18 août au 16 septembre 2017 (dos. de l'intimée, p. 5.1). D'après un décompte du 21 novembre 2017, l'intimée a reconnu Fr. 11.70 sur la somme de Fr. 90.- facturée pour la location du 17 au 25 septembre 2017 (dos. de l'intimée, p. 5.2). Enfin, dans son décompte du 3 janvier 2018, elle a indiqué prendre en charge Fr. 39.- sur la location du 26 septembre au 1^{er} novembre 2017, de Fr. 246.- et Fr. 22.10 sur la location du 2 au 18 novembre 2017, de Fr. 132.- (dos. de l'intimée, p. 5.3). Ces documents contenaient par ailleurs la note (n° 753) suivante: "[...] la location d'appareils et de moyens auxiliaires [est] remboursée à hauteur des tarifs fixés dans la [LiMA]".

4.5 Le 22 septembre 2017, le recourant a adressé un courrier à l'intimée, dans lequel il s'est plaint que cette dernière n'avait pas remboursé quatre factures. Dans son écrit et en se référant au Compex 3, le recourant a notamment indiqué qu'il joignait à son envoi une copie de l'ordonnance, comme cela avait été demandé par un collaborateur de l'intimée avec lequel il s'était entretenu téléphoniquement le même jour. L'intimée a répondu le 20 octobre 2017 en indiquant en particulier que le dossier du recourant nécessitait des investigations complémentaires et que la facture du 19 septembre 2017 allait être traitée (dos. de l'intimée, p. 6/2).

4.6 Le 13 novembre 2017, le recourant a écrit une nouvelle fois à l'intimée et déclaré en particulier qu'il contestait le décompte de prestations du 7 novembre 2017. Il a ajouté qu'il avait contacté l'intimée à plusieurs reprises par téléphone et reçu des informations qui s'étaient avérées fausses, expliquant qu'il avait téléphoné à l'intimée pour connaître la marche à suivre concernant la location du Compex et qu'on lui avait répondu que "c'était en ordre" et "qu'il fallait simplement envoyer une copie de l'ordonnance avec la facture". Le recourant a encore mentionné qu'il avait pris note de l'information n° 753 figurant sur les décomptes et il a déclaré que personne ne l'avait rendu attentif à son contenu. Il a encore reproché à l'intimée une "grosse erreur de communication, voire une faute grave". L'intimée a répondu à ce courrier le 24 novembre 2017, notamment en confirmant l'exactitude du décompte du 7 novembre 2017.

4.7 Dans un écrit du 29 novembre 2017, le recourant a demandé des explications au sujet des conditions de prise en charge du "[C]ompex" ainsi que sur la raison pour laquelle il n'a pas été informé plus tôt à ce propos. Il a expliqué qu'à réception de l'appareil, sur recommandation du fournisseur et alors qu'on lui avait assuré que le programme TENS était entièrement pris en charge (ce qui figurait d'après lui aussi sur le site internet de ce fournisseur), il avait contacté l'intimée par téléphone et qu'on lui avait alors répondu: "oui c'est pris en charge et il faudra envoyer avec la première facture de location une copie de l'ordonnance". Le recourant a confirmé avoir agi en ce sens. Il a répété que l'intimée l'avait mal informé et qu'elle avait commis une faute grave dont il n'avait pas à supporter les conséquences.

4.8 L'intimée a répondu au recourant le 29 décembre 2017 en lui adressant notamment un exemplaire de la LiMA et en lui expliquant que les conditions de prise en charge prévues par cette dernière étaient remplies à son égard, si bien que les prestations avaient été servies. L'intimée a dès lors conclu que les renseignements qui avaient été communiqués au recourant par téléphone étaient exacts. L'intimée a précisé que les frais laissés à sa charge correspondaient à la différence entre le prix maximal à supporter par l'assurance obligatoire des soins et celui facturé par le fournisseur pour l'appareil Compex. L'intimée a finalement indiqué que, s'il n'avait pas reçu cette information de la part du fournisseur, le recourant devait s'approcher de celui-ci pour obtenir réparation.

4.9 Le 30 décembre 2017, le recourant a adressé un envoi à l'intimée dans lequel il a encore une fois déclaré avoir appelé l'intimée lorsqu'il a reçu l'appareil litigieux. Il a précisé avoir agi par précaution et répété qu'on lui avait alors confirmé la prise en charge et demandé d'adresser une copie de l'ordonnance avec la première facture, affirmant par ailleurs l'avoir fait. Il a ajouté que personne ne l'avait rendu attentif à la limite de remboursement de Fr. 1.30 par jour et avancé qu'il aurait immédiatement acheté l'appareil, sans passer par une location abusive, si on l'avait correctement informé. A noter que le recourant a joint une capture d'écran du site internet du fournisseur à son envoi, sur laquelle était mise en évidence la phrase: "le programme TENS est pris en charge à 100% par les caisses".

4.10 Après le prononcé du 26 janvier 2018, le recourant s'est adressé une nouvelle fois à l'intimée. Il a alors mentionné que rien ne lui permettait de savoir que Fr. 656.20 seraient laissés à sa charge. Il a déclaré que tout le monde lui avait au contraire indiqué que l'appareil serait entièrement pris en charge, y compris l'intimée, qu'il avait contactée au préalable pour connaître la marche à suivre. Il a dès lors répété avoir mal été renseigné. Le 13 février 2018, l'intimée a notamment répondu au recourant qu'il avait été correctement informé par téléphone, s'agissant des conditions de prise en charge par les assureurs d'un appareil de neurostimulation pour le traitement des douleurs de type TENS. Il a ajouté qu'en l'absence d'une facture détaillée, ses services ignoraient que le recourant avait loué un électro-stimulateur Compex 3.

5.

En l'occurrence, le recourant ne conteste pas en soi l'application du tarif prévu par le ch. 09.02.01.00.2 de la LiMA pour la location de l'appareil litigieux (voir c. 2.3). Il soutient uniquement que la garantie de prise en charge qu'un collaborateur de l'intimée lui aurait communiquée par téléphone justifie que cette dernière s'écarte de ce tarif et lui accorde une prise en charge intégrale. A cet effet, le recourant invoque sa bonne foi.

5.1 Le principe de la bonne foi (art. 9 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101]) comprend, d'une part, le droit du citoyen ou de la citoyenne à être protégé, à certaines conditions, dans la confiance légitimement placée dans des promesses des autorités ou tout autre comportement de celles-ci de nature à faire naître une telle confiance, pour autant que ces actes visent une situation concrète concernant le citoyen ou la citoyenne en cause. D'autre part, ce principe interdit aussi bien aux autorités qu'aux personnes privées de se comporter de façon contradictoire ou abusive dans leurs rapports de droit public (ATF 130 I 26 c. 8.1, 127 II 49 c. 5a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des cours de droit social du Tribunal fédéral] H 157/04 du 14 décembre 2004 c. 3.3.1). Selon la pratique, il n'y a pas que les renseignements erronés qui peuvent obliger l'administration à consentir à un administré un avantage contraire à la loi. Le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué avec succès en présence, simplement, d'assurances ou d'un comportement de l'administration susceptibles d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 111 Ib 116 c. 4).

5.2 Le droit à la protection de la bonne foi protège la confiance légitime de l'administré dans le comportement des autorités et signifie en particulier que les renseignements erronés d'une autorité lient cette dernière si les conditions suivantes sont réunies: l'autorité est intervenue dans une situation concrète à l'égard d'une personne déterminée (1), elle a agi dans les limites de sa compétence ou la personne concernée pouvait légitimement considérer l'autorité comme compétente (2), l'administré n'a pas pu se rendre compte sans autre de l'inexactitude du renseignement obtenu (3), l'administré, se fondant sur la véracité du renseignement, a pris

des dispositions sur lesquelles il ou elle ne saurait revenir sans subir un préjudice (4) et la législation n'a pas subi de changement depuis le moment où le renseignement a été donné (5; ATF 143 V 341 c. 5.2.1, 131 V 472 c. 5).

5.3 Une personne assurée ne peut être traitée d'une manière divergente de la loi en raison d'un droit à la protection de sa bonne foi, que si les conditions posées à l'exercice de ce dernier sont clairement et manifestement remplies. Concernant les assurances ou les renseignements fournis oralement, en particulier par téléphone, la jurisprudence a considéré que s'ils ne peuvent être prouvés et sont simplement allégués, ils ne suffisent pas à fonder un droit découlant du principe de la protection de la bonne foi. A cet égard, la pratique a notamment retenu qu'un renseignement téléphonique non étayé par écrit ne peut d'emblée être pris en considération à titre de moyen de preuve (ATF 143 V 341 c. 5.3.1).

5.4 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6).

6.

6.1 En l'espèce, il n'est nullement contesté que ni l'existence, ni la date, ni le contenu du prétendu entretien téléphonique, au cours duquel un collaborateur de l'intimée aurait garanti la prise en charge litigieuse, ne sont établis au dossier. Le recourant ne prétend notamment pas avoir adressé par écrit un compte-rendu de la conversation à l'intimée. Il reproche cependant à cette dernière de ne pas avoir enregistré ou conservé l'enregistrement de l'entretien, à l'encontre de l'avertissement qui précède ce genre de communications téléphoniques. Quoi qu'il en soit, à supposer

que l'appel téléphonique ait eu lieu et sans égard à son contenu, il convient d'admettre que l'intimée a en tous les cas agi dans le cadre de ses compétences, dans un cas concret et à l'égard d'une personne déterminée. De plus, il sied de constater que la loi n'a pas changé depuis le mois d'août 2017, de même que la LiMA, en ce qui concerne le ch. 09.02.01.00.2. Par ailleurs, il faut reconnaître qu'en concluant un contrat de location pour un Compex 3 à un tarif plus onéreux que celui pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, le recourant a, en soi, pris des dispositions sur lesquelles il ne peut revenir sans subir de préjudice. En effet, le recourant a conclu un contrat de location pour cet appareil le 17 août 2017 et il a reçu le premier décompte de prestations, établi par l'intimée le 7 novembre 2017, au lendemain de cette échéance (voir dos. de l'intimée, p. 6/4). Il a ensuite acheté un Compex Sport Elite le 16 novembre 2017 (voir la facture versée en procédure par écrit du recourant du 15 octobre 2018). Entre-temps, celui-ci s'est vu facturer un montant total de Fr. 768.-, sur lequel seuls Fr. 111.80 ont été pris en charge par l'intimée.

6.2 S'agissant de cette condition, se pose toutefois la question de savoir si l'intimée a bien garanti au recourant que le Compex 3 était pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, comme le recourant le prétend. Autrement dit, il convient de déterminer si les dispositions prises par le recourant sont effectivement dues au comportement de l'intimée.

6.2.1 A ce propos, il convient d'abord de souligner qu'alors que le recourant déclare, dans son recours, avoir contacté "rapidement" l'intimée suite à un conseil en ce sens donné par le fournisseur au moment de la remise de l'appareil (voir aussi l'envoi du recourant du 30 décembre 2017) et qu'il précise avoir été prié, lors de cet appel, d'adresser l'ordonnance avec la première facture, aucun relevé téléphonique au dossier de l'intimée ne permet d'établir la date de cet entretien. Néanmoins, l'écrit du recourant du 22 septembre 2017, auquel était précisément jointe l'ordonnance relative au Compex 3 et dans lequel le recourant a souligné s'être entretenu le même jour avec un collaborateur de l'intimée, qui l'aurait prié de lui transmettre ce document, tend à démontrer que cette conversation a eu lieu le 22 septembre 2017 seulement. Cela semble d'autant plus juste que, dans ce même envoi, le recourant n'a pas mentionné avoir déjà été

informé auparavant de la nécessité d'envoyer l'ordonnance mais d'avoir attendu d'être en possession de la facture et que, dans son recours, il a expressément indiqué avoir remis l'ordonnance avec la première facture, le 22 septembre 2017 (voir aussi PJ 3 du recours). Par conséquent, dans la mesure où la conclusion du contrat et la remise de l'appareil sont intervenues le 17/18 août 2017, il s'ensuit que le recourant a signé le contrat avant d'avoir obtenu le renseignement litigieux par téléphone. Par ailleurs, en tant que le contrat a été conclu pour une durée déterminée jusqu'au 10 novembre 2017, on ne saurait en tous les cas admettre que c'est en raison d'un comportement de l'intimée (retard dans la décision) que le recourant s'est engagé à acquitter des loyers jusqu'à cette date en partant du principe qu'ils seraient intégralement pris en charge par l'intimée.

6.2.2 Il y a aussi lieu de constater que, dans son écrit du 13 novembre 2017, le recourant affirme avoir appelé l'intimée pour connaître la marche à suivre "concernant la location du Compex". Or, dans sa lettre du 29 novembre 2017, il mentionne uniquement le programme TENS: "[à] réception de l'appareil, sur recommandation [du fournisseur] (alors qu'on m'a assuré que le programme TENS était pris en charge à 100% [c'est même mentionné sur leur site internet]), j'ai contacté [l'intimée] par téléphone. Votre réponse: <oui c'est pris en charge [...]>". Il n'est pas non plus inintéressant de souligner que sur la capture d'écran que le recourant a produite à l'appui de son envoi du 30 décembre 2017, il a mis en évidence la phrase: "[...] le programme TENS est pris en charge à 100% par les caisses", alors que la page internet en question se rapportait au Compex 3 (voir dos. de l'intimée, p. 6/17; à noter que cette mention a depuis été supprimée sur le site internet du fournisseur). Le 15 octobre 2018, il a encore écrit: "[...] je ne comprends pas l'obsession qui est faite sur le TENS", de même que: "[...] ce type d'appareil m'a [...] été prescrit". Cela étant, même si le recourant a expliqué au TA, le 20 octobre 2018, que par TENS, il entendait un "programme de neurostimulation antalgique" (voir aussi son courrier du 15 octobre 2018), il apparaît plutôt en réalité qu'il ne faisait pas de distinction entre l'appareil Compex 3 et le programme TENS, avant la survenance du présent litige. L'acronyme TENS désigne toutefois une "neurostimulation électrique transcutanée" ("transcutaneous electrical

nerve stimulation", voir www.electrostimulateur.ch → Par utilisation → Electrostimulateur TENS Antidouleurs et réadaptation) et non l'appareil incorporant (entres autres) ce type de programme. Par conséquent, dans ces circonstances, l'affirmation du recourant, selon laquelle l'intimée lui aurait expressément garanti la prise en charge de l'appareil Compex 3, ne s'impose pas à un degré de vraisemblance prépondérante (voir c. 5.4), au contraire de la version défendue par l'intimée, d'après qui son collaborateur a seulement garanti la prise en charge d'un appareil de neurostimulation pour le traitement des douleurs de type TENS (voir dos. de l'intimée, p. 9).

6.3 En tout état de cause, bien que, comme évoqué, la page relative au Compex mentionnait à l'époque que le TENS était entièrement pris en charge par les caisses, il convient aussi de relever que la rubrique "Location" du site internet du fournisseur contient tant une sous-rubrique "Compex" qu'une sous-rubrique "TENS" et que la page concernant ce programme précise que le tarif pour celui-ci est de Fr. 1.30 par jour (tandis que le tarif indiqué pour le Compex 3 est de Fr. 10.- par jour). Cela étant, dans la mesure où le recourant a conclu un contrat de location prévoyant un tarif journalier de Fr. 10.- et que ce contrat ne fait par ailleurs aucune mention du TENS, force est d'admettre que même s'il fallait retenir que l'intimée a garanti sa prise en charge pour le Compex 3, le recourant aurait dû s'interroger sur la différence de prix et se rendre compte de l'inexactitude d'un tel renseignement. Cela est d'autant plus juste que tant le site internet du fournisseur que le contrat de location mettaient en garde sur le fait que le consentement de l'assurance-maladie devait être demandé au préalable pour les cas de maladie (voir c. 4.2 in fine).

6.4 Il résulte dès lors de tout ce qui précède que le contenu des renseignements que le recourant prétend avoir obtenus par téléphone de la part de l'intimée au moment de la location de l'appareil n'est pas établi, en particulier pas à un degré de vraisemblance prépondérante, si bien que le recourant ne remplit pas les conditions qui lui permettraient de prétendre à des prestations au titre de la protection découlant du principe de la bonne foi (voir c. 5.3). Il apparaît aussi que même dans l'hypothèse inverse (si l'on admettait que le prétendu entretien téléphonique avait expressément garanti la prise en charge d'une location du Compex 3), les conditions

posées à l'exercice de ce principe ne seraient pas toutes remplies non plus, compte tenu notamment des éléments qui rendent plus vraisemblable un appel ayant eu lieu le 22 septembre 2017 et non aux environs du 17 août 2017 et aussi de la teneur du contrat de location ainsi que du site internet du fournisseur qu'il a consulté. C'est donc à bon droit que l'intimée a refusé de prendre en charge un montant supérieur à celui prévu par la LiMA (voir c. 2.2 in fine).

7.

En conclusion, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté. Il n'est pas perçu de frais de procédure, celle-ci étant gratuite, ni alloué de dépens (également sous la forme d'une indemnité de partie) au recourant qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. a et g LPGA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La juge:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).