

200.2022.210.CM

N° AVS
JEC/EGC

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

Jugement du 11 novembre 2022

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
M. Moeckli et A.-F. Boillat, juges
C. Jeanmonod, greffière

A. _____
représentée par B. _____
p.a. C. _____

recourante

contre

Avenir Assurance Maladie SA
Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 8 février 2022



En fait:

A.

Le 12 mai 2017, la caisse-maladie Avenir Assurance maladie SA a établi un certificat d'assurance attestant que la couverture de l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal, RS 832.10) de A._____, ressortissante suisse née en 1972, était étendue, avec effet au 1^{er} mai 2017, au risque accident. Par déclaration d'accident du 18 mai 2017, l'assurée a annoncé à l'assureur-maladie avoir subi un accident le 5 mai 2017 aux D._____. Par écrit du 30 juin 2021, l'assureur-maladie a indiqué résilier les contrats d'assurance de l'assurée au 9 octobre 2019. Par courrier du 19 juillet 2021, l'assurée par l'intermédiaire d'un avocat, a contesté la résiliation et a demandé la confirmation d'une demande de prise en charge d'une opération gynécologique, ainsi que d'un traitement dentaire en lien avec l'accident du 5 mai 2017. Par décision formelle du 14 septembre 2021, l'assureur-maladie a confirmé la résiliation et a refusé la prise en charge des suites du traitement de l'accident de l'assurée dispensées après le 9 octobre 2019.

B.

L'assurée, représentée par son époux, a formé opposition contre cette décision le 10 novembre 2021, concluant à la prise en charge d'une opération gynécologique et d'un traitement dentaire nécessaires suite à l'accident du 5 mai 2017. Celle-ci a été rejetée par décision sur opposition d'Avenir Assurance Maladie SA du 8 février 2022.

C.

Par écrit du 28 février 2022 et déposé à la Poste suisse le 7 mars 2022, l'intéressée, toujours représentée par son époux, a recouru contre la décision sur opposition du 8 février 2022 auprès du Tribunal cantonal du Valais. Sous suite des frais et dépens, elle a conclu implicitement à ce que la décision sur opposition du 8 février 2022 soit annulée, à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge tous les frais des traitements résiduels nécessaires ainsi qu'à verser une indemnité raisonnable, ce avec intérêts légaux. Par décision du 6 avril 2022, le Tribunal cantonal du Valais a déclaré irrecevable le recours et a prononcé la transmission d'office du dossier de la cause au Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Par ordonnance du 8 avril 2022, le juge instructeur a invité la recourante par l'intermédiaire de son représentant à désigner une adresse de notification en Suisse, ce qu'elle a fait dans le délai qui lui avait été imparti. Dans son mémoire de réponse du 9 juin 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours. Par ordonnance du 7 juillet 2022, le juge instructeur a informé les parties que la prise de position de la recourante du 29 juin 2022 était écartée du dossier, faute d'avoir été déposée dans les délais.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 8 février 2022 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales, confirme la résiliation des assurances de la recourante contractées auprès de l'intimée et rejette la demande de prise en charge des coûts d'un traitement dentaire et d'une opération gynécologique à réaliser faisant suite à l'accident du 5 mai 2017. Au vu de la motivation du recours et des conclusions, l'objet du litige, limité par l'objet de la contestation, porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et sur la prise en charge des coûts de l'opération gynécologique et du traitement dentaire demandés. La conclusion de la recourante tendant à l'octroi d'une indemnité raisonnable en raison de la

souffrance endurée pour faute de traitements sort par contre de l'objet de la contestation. De telles prétentions pécuniaires doivent d'abord être soumises à l'autorité compétente en matière de responsabilité selon l'art. 78 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) et l'art. 78a LAMal. Elle est par conséquent irrecevable.

1.2

1.2.1 Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2). Le domicile d'une personne est déterminé selon les art. 23 à 26 du code civil suisse du 10 décembre 1907 (RS 210, CC) (art. 13 al. 1 LPGA). L'intimée ne pouvant être qualifiée d'autre partie au sens de l'art. 58 al. 1 LPGA (voir ATF 144 V 313 c. 4, 135 V 153 c. 4.9 et 4.10; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_466/2011, 8C_565/2011, 8C_832/2011 du 10 mai 2012 c. 5), se pose la question du domicile de la recourante. Ce fait est doublement pertinent puisqu'il concerne également le droit matériel concernant l'affiliation de l'assurée (voir art. 3 al. 1 LAMal). Dans la mesure où aucune partie ne prétend que la recourante avait un domicile en Suisse au moment du dépôt du recours et ne conteste que le dernier domicile de celle-ci se trouvait dans le canton de Berne, il y a lieu d'admettre que ces faits sont avérés pour la question d'entrée en matière. Il conviendra toutefois de les examiner plus en détail lors de l'examen matériel (ATF 137 III 32 c. 2.3, 137 III 32 c. 2.3; SVR 2019 BVG n° 37 c. 4.3).

1.2.2 Même si le recours a été formé devant un tribunal incompétent, cette circonstance est sans conséquence sur l'observation du délai de recours, dès lors que le recours a été adressé en temps utile à ce tribunal (art. 60 LPGA en lien avec l'art. 39 al. 2 LPGA). Pour le surplus, interjeté dans les formes prescrites et par une partie disposant de la qualité pour

recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est, hormis la réserve décrite au c. 1.1 ci-dessus, recevable (art. 56 ss LPGA en lien avec l'art. 1 al. 1 LAMal et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). On précisera que du moment qu'Avenir Assurance Maladie SA a été autorisée en 2021 et 2022 à pratiquer dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 4 de la loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale [LSAMal, RS 832.12]; voir liste des assureurs-maladie admis en 2022 et celle en 2021; consultable sur le site <https://www.bag.admin.ch> sous "Assurances" > "Assurance-maladie" > "Assureurs et surveillance" > "Listes des assureurs et de réassureurs autorisés"), peu importe qu'elle fasse partie du Groupe Mutuel. Elle doit être considérée comme l'autorité ayant rendu la décision sur opposition. Le fait que la recourante ait indiqué Groupe Mutuel comme intimée est toutefois sans pertinence quant à sa recevabilité dudit recours, cet élément n'étant pas une condition de recevabilité (voir art. 61 let. b LPGA et art. 32 al. 2 LPJA en lien avec l'art. 67 LPJA).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 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.

Sur le plan formel, la recourante invoque un conflit d'intérêt entre le service juridique du Groupe Mutuel, qui a soi-disant rendu la décision sur opposition, et Groupe Mutuel. Par ce fait, elle conteste implicitement la compétence de l'intimée.

2.1 Comme relevé ci-dessus (c. 1.2.2), Groupe Mutuel ou l'un de ses services n'a pas rendu la décision sur opposition entreprise. Tant la

décision du 14 septembre 2021 que la décision sur opposition ont été rendues par Avenir Assurance Maladie SA. Ceci est conforme à la procédure fixée à l'art. 52 al. 1 LPGA applicable en l'espèce en vertu de l'art. 1 LAMal. Selon cette disposition, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Ainsi, contrairement à ce que semble penser la recourante, la procédure d'opposition se caractérise par le fait que la même autorité statue encore une fois dans la même affaire (TF C 279/03 du 30 septembre 2005, c. 2.2.2). Dès lors, son grief n'est pas fondé.

3.

3.1

3.1.1 L'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas notamment de maladie (art. 3 LPGA) ou d'accident (art. 4 LPGA), dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (art. 1a al. 2 let. a et b LAMal). Selon l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

3.1.2 L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 al. 1 LAMal). Les prestations prises en charge sont rattachées à la date ou à la période de traitement (art. 24 al. 2 LAMal). 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). En cas d'accident au sens de l'art. 1 al. 2 let. b LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 28 LAMal).

3.2

3.2.1 Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 c. 2.1, 130 V 138 c. 2.1).

3.2.2 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).

4.

4.1 Dans sa décision sur opposition, l'intimée a implicitement retenu que l'événement du 5 mai 2017 constituait un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Elle est toutefois d'avis que les coûts des prestations demandées ne peuvent pas être pris en charge en raison du fait que la recourante n'était plus affiliée à l'AOS depuis le jour du prononcé de la faillite de l'employeur de l'époux de la recourante, à savoir le 9 octobre 2019. Par ailleurs, elle réfute que la prise en charge des prestations demandées doit être accordée en vertu du principe de la protection de la bonne foi. Elle conteste notamment à ce sujet qu'une promesse ait été faite à la recourante.

4.2 La recourante est en substance d'avis que l'intimée doit prendre en charge les coûts du traitement et de l'opération demandés, car ceux-ci sont les conséquences directes de l'accident du 5 mai 2017. Selon elle, il ne s'agissait pas d'un cas de rechute. A ce sujet, elle explique n'avoir pas pu achever plus tôt les traitements pour des raisons médicales et pour cause de pandémie. Enfin, elle invoque la protection de sa bonne foi.

5.

En premier lieu, force est de constater que l'intimée ne conteste pas le fait que les conditions d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA soient remplies en regard de l'événement du 5 mai 2017. Par ailleurs, il n'est pas litigieux entre les parties que la recourante n'était pas assurée au moment de l'accident (ni par la suite) contre le risque accident auprès d'un autre assureur. Aucun indice concret dans le dossier ne laisse d'ailleurs supposer le contraire. La question litigieuse consiste tout d'abord à savoir si la recourante est encore affiliée auprès de l'intimée. Cette question revêt de l'importance du fait que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation. A l'extinction du rapport d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles qui sont éventuellement en cours (ATF 142 V 87 c. 4.1, 125 V 106 c. 3). Ainsi, tant les traitements pour les suites tardives ou les rechutes d'un accident ayant eu lieu durant l'affiliation à l'AOS, que ceux en cours ne sont plus pris en charge à la fin de la couverture d'assurance (dans ce sens GEBHARD EUGSTER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG*, 2^{ème} éd. 2018, art. 5 n. 10). L'argument de la recourante, selon lequel il ne s'agit en l'espèce pas d'un cas de rechute, est dès lors sans pertinence. Le traitement et l'opération demandés n'ayant pas encore été effectués au moment du prononcé de la décision sur opposition, il convient donc de déterminer, dans un premier temps, si le rapport d'assurance était rompu au moment du prononcé de celle-ci.

6.

6.1

6.1.1 Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal). Le domicile se détermine selon les arts. 23 à 26 CC (art. 1 al. 1 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal, RS 832.102]). En matière internationale, le domicile est cependant déterminé par l'art. 20 al. 1 let. a de la loi fédérale du 18 décembre 1987 sur le droit

international privé (LDIP, RS 291; VGE KV/2014/862 du 9 juillet 2015 c. 2.1; RAMA 2005 p. 360 c. 3). Selon l'art. 3 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui: exercent une activité en Suisse ou y séjournent habituellement (art. 13 al. 2 LPGA; let. a); sont occupées à l'étranger par une entreprise ayant un siège en Suisse (let. b). Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus à l'art. 3 al. 1 LAMal, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse. Le Conseil fédéral fixe le début de la couverture d'assurance pour les personnes désignées à l'art. 3 al. 3 LAMal (art. 5 al. 1 LAMal).

6.1.2 Aux termes de l'art. 4 al. 1 OAMal, demeurent soumis à l'assurance obligatoire suisse les travailleurs détachés à l'étranger, ainsi que les membres de leur famille au sens de l'art. 3 al. 2 OAMal, qui les accompagnent, lorsque le travailleur était assuré obligatoirement en Suisse immédiatement avant le détachement (let. a) et qu'il travaille pour le compte d'un employeur dont le domicile ou le siège est en Suisse (b.). Sont considérés comme membres de la famille les conjoints ainsi que les enfants de moins de 18 ans révolus et ceux de moins de 25 ans révolus qui fréquentent une école ou poursuivent des études ou un apprentissage (art. 3 al. 2 OAMal). Les membres de la famille ne sont pas soumis à l'assurance obligatoire suisse s'ils exercent à l'étranger une activité lucrative impliquant l'assujettissement à une assurance-maladie obligatoire (art. 4 al. 2 OAMal). L'assurance obligatoire est prolongée de deux ans. Sur requête, l'assureur la prolonge jusqu'à six ans en tout (art. 4 al. 3 OAMal). Pour les personnes considérées comme détachées au sens d'une convention internationale de sécurité sociale, la prolongation de l'assurance correspond à la durée de détachement autorisée par cette convention. La même règle s'applique aux autres personnes qui, en raison d'une telle convention, sont soumises à la législation suisse pendant un séjour temporaire à l'étranger (art. 4 al. 4 OAMal).

6.1.3 La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (art. 5 al. 3 LAMal). Avec la survenance de l'événement qui supprime l'obligation de s'assurer, l'assurance cesse de manière automatique. Une manifestation de volonté formatrice de la part

des parties n'est pas nécessaire (GEBHARD EUGSTER, *Krankenversicherung*, in: ULRICH MEYER [édit.] *Sécurité sociale*, tome XIV, 3^{ème} éd. 2016, n. 136). Eu égard au critère du domicile en Suisse, les personnes déplaçant leur domicile à l'étranger ne sont plus tenues en principe de s'assurer en Suisse dans la mesure où aucune convention internationale ne prévoit le maintien de l'obligation de s'assurer en Suisse (arrêt du Tribunal administratif fédéral [TAF] C-2512/2016 du 21 août 2019 c. 3 et la référence; voir TF 9C_272/2016 du 14 juin 2016 c. 2.1, 9C_212/2019 du 1^{er} avril 2019). Aux termes de l'art. 20 al. 2 LDIP (ainsi que l'art. 23 al. 2 CC), nul ne peut avoir en même temps plusieurs domiciles.

6.1.4 En vertu de l'art. 20 al. 1 let. a LDIP, qui se fonde sur les mêmes critères que l'art. 23 al. 1 CC, une personne physique a son domicile dans l'État où elle réside avec l'intention de s'y établir. La notion de domicile comporte deux éléments: l'un objectif, la présence physique dans un endroit donné; l'autre subjectif, l'intention d'y demeurer de façon durable. Ce dernier élément ne repose pas sur la seule volonté (interne) de l'intéressé, mais sur les circonstances objectives, reconnaissables pour les tiers, permettant d'en déduire une telle intention. À cet égard, les documents administratifs (permis de circulation ou de conduire, papiers d'identité, attestations de la police des étrangers, etc.) et ceux des autorités fiscales ou des assurances sociales, ou encore les renseignements contenus dans des décisions judiciaires ou des publications officielles, ne sont pas déterminants à eux seuls; ils constituent certes des indices sérieux de l'existence d'un domicile, mais sans l'emporter sur l'endroit où se focalise un maximum d'éléments touchant à la vie personnelle, sociale et professionnelle de l'intéressé (TF 5A_653/2020 du 2 février 2022 c. 2.2 et les références).

6.2

6.2.1 En l'occurrence, il ressort du dossier que la recourante et son mari ont annoncé le 7 décembre 2012 leur départ pour les D._____ à la Commune de F._____ (dos. de l'intimée 127 s). L'époux de la recourante certes a indiqué en substance dans un courriel du 25 octobre 2012 adressé à l'intimée (dos. de l'intimée 4) qu'ils conservaient un

domicile en Suisse en plus d'un autre aux D._____ et prévoient passer un tiers de leur temps en Suisse, un autre tiers à G._____ et enfin le reste du temps en voyage d'affaires. En outre, il a également mentionné un domicile en Suisse et un autre en I._____ dans son courriel du 9 avril 2021 envoyé à l'intimée (dos. de l'intimée 102). Il convient cependant de relever que l'adresse de correspondance indiquée sur les courriels de l'époux de la recourante relatifs à l'assurance-maladie de celle-ci ainsi que dans son mémoire de recours du 28 février 2022 se situe aux D._____. Par ailleurs, la mention de différents domiciles dans les courriels atteste tout au plus un logement dans ces pays, la recourante ne pouvant avoir plusieurs domiciles simultanément. A ce propos, la recourante ne s'est jamais prévalu pendant la procédure par-devant l'intimée ou les instances de recours d'avoir maintenu un domicile en Suisse, alors même qu'elle a été représentée par un avocat pendant un certain temps (dos. de l'intimée 131). Elle n'a ainsi pas contesté l'absence de domicile en Suisse retenue dans la décision du 14 septembre 2021, ainsi que dans la décision sur opposition du 8 février 2022. Au contraire, elle a acquiescé à la transmission de la cause au Tribunal de céans, sachant que cela impliquait qu'elle n'avait plus de domicile en Suisse au moment du dépôt du recours (voir c. 1.2.1 ci-dessus). Enfin, on relève que la recourante a indiqué avoir cessé d'exercer une activité lucrative en 2012 (voir déclaration d'accident du 18 mai 2017, dos. de l'intimée 32). Du moment que rien dans le dossier ne laisse supposer qu'elle a repris le travail par la suite, aucun élément professionnel ne peut donc être un indice pour la détermination du domicile.

6.2.2 Sur le vu de ce qui précède, on doit admettre que la recourante a transféré son domicile aux D._____ fin 2012. D'ailleurs, le lieu de l'accident du 5 mai 2017 et le lieu de la signature de la procuration du 19 juillet 2021 (dos. de l'intimée 131) plaident également en faveur de cette conclusion. Il en découle que dès fin 2012 la recourante ne pouvait plus être affiliée à l'AOS sur la base d'un domicile en Suisse.

6.2.3 En revanche, son affiliation pouvait être maintenue en 2012 sur la base de l'art. 4 OAMal. La recourante n'exerçant plus d'activité lucrative et son époux travaillant à l'étranger pour une société anonyme, dont le siège

se trouvait en Suisse (dos. de l'intimée 116), elle pouvait être considérée comme un membre de famille d'un travailleur détaché à l'étranger. Partant, la recourante pouvait être affiliée auprès de l'assurée du moment que son mari gardait son statut de travailleur détaché et que la durée de cette affiliation n'avait pas excédé 6 ans. En l'occurrence, au vu des échanges de courriels en janvier et mai 2017 entre l'époux de la recourante et l'intimée (dos. de l'intimée 15 s, 19 et 33) et l'absence de précision sur la durée de la relation de travail dans l'attestation du 31 janvier 2019 de l'employeur (dos. de l'intimée 41), la question se pose de savoir si la recourante n'a pas perdu son statut de membre de famille d'un travailleur détaché à l'étranger dès janvier 2017 (soit avant l'accident du 5 mai 2017), et ce malgré le certificat d'assurance 2017 émis par l'intimée le 12 mai 2017 (dos. de l'intimée 23). Cette question peut toutefois rester ouverte, du moment que le 9 octobre 2019 la faillite de l'employeur a été prononcée (Feuille officielle suisse du commerce [FOSC] du 16 octobre 2019 consultable sur le site internet <https://www.shab.ch>). Bien qu'aucune attestation de résiliation de contrat de travail n'a été versée au dossier, on peut retenir au degré de la vraisemblance prépondérante qu'avec l'ouverture de la faillite de l'employeur, l'époux de la recourante a cessé de travailler pour celle-ci et, par ce fait, a perdu son statut de travailleur détaché. La recourante n'invoque d'ailleurs à aucun moment que tel ne serait pas le cas, alors que l'intimée y a implicitement fait référence dans sa décision sur opposition. Il en résulte qu'au plus tard dès le 10 octobre 2019, la recourante n'était plus affiliée à l'AOS. Par surabondance, force est de constater que le délai de 6 ans était également déjà échu au moment du prononcé de la faillite.

6.4 Au vu de ce qui précède et faute de convention internationale applicable en l'espèce, on doit conclure que la recourante n'était plus affiliée auprès de l'intimée au plus tard dès octobre 2019 et, a fortiori, au moment du prononcé de la décision entreprise. Partant, la recourante n'avait pas un droit fondé sur la LAMal à la prise en charge des coûts du traitement et de l'opération demandés.

7.

Se pose cependant encore la question de savoir si la recourante disposait d'un droit à la prise en charge des coûts du traitement et de l'opération demandés en vertu du droit à la protection de la bonne foi au sens de l'art. 9 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 de la Confédération suisse (Cst., RS 101).

7.1

7.1.1 Le principe de la bonne foi (art. 9 Cst.) 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. Il y a abus de droit notamment lorsqu'une institution juridique est utilisée à l'encontre de son but pour réaliser des intérêts que cette institution ne veut pas protéger (ATF 130 I 26 c. 8.1, 127 II 49 c. 5a; TF H 157/04 du 14 décembre 2004 c. 3.3.1).

7.1.2 Le droit à la protection de la bonne foi protège la confiance légitime de l'administré(e) 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 (ATF 143 V 341 c. 5.2.1, 131 V 472 c. 5):

1. L'autorité est intervenue dans une situation concrète à l'égard d'une personne déterminée;
2. Elle a agi dans les limites de sa compétence; ou si la personne concernée pouvait légitimement considérer l'autorité comme compétente;
3. L'administré(e) n'a pas pu se rendre compte sans autre de l'inexactitude du renseignement obtenu;

4. L'administré(e), se fondant sur la véracité du renseignement, a pris des dispositions sur lesquelles il ou elle ne saurait revenir sans subir un préjudice;

5. La législation n'a pas subi de changement depuis le moment où le renseignement a été donné.

7.1.3 A ces mêmes conditions, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence simplement d'un comportement de l'administration, pour autant que celui-ci soit susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime. La précision que l'attente ou l'espérance doit être "légitime" est une autre façon de dire que l'administré doit avoir eu des raisons sérieuses d'interpréter comme il l'a fait le comportement de l'administration et d'en tirer les conséquences qu'il en a tirées. Tel n'est notamment pas le cas s'il apparaît, au vu des circonstances, qu'il devait raisonnablement avoir des doutes sur la signification du comportement en cause et se renseigner à ce sujet auprès de l'autorité (TF 2C_138/2015 du 6 août 2015 c. 5.1 et les références).

7.2

7.2.1 En l'occurrence, la recourante argue que l'intimée avait pris en charge jusque-là les coûts des traitements en lien avec l'accident du 5 mai 2017. Elle prétend que si le traitement et l'opération demandés, lesquels étaient prévus d'après ses dires au printemps 2020, n'avaient pas dû être reportés en raison de la pandémie, leur coût aurait été pris en charge par l'intimée. Il est vrai que l'intimée n'a jusqu'à l'entretien téléphonique du 18 juin 2021 (dos. de l'intimée 120), respectivement jusqu'au courrier du 30 juin 2021 (dos. de l'intimée 123), jamais mentionné dans ses correspondances portant notamment sur l'affiliation de la recourante (courriel du 20 février 2020 et courriel du 4 mars 2021; dos. de l'intimée 76 s et 79) la fin de l'affiliation en raison du prononcé de l'ouverture de la faillite ou de l'écoulement du délai de 6 ans. La question de savoir si ce comportement pouvait éveiller une attente chez la recourante peut toutefois rester indécise, du moment que la recourante a indiqué avoir reporté les traitements au printemps 2020 pour des motifs indépendants de sa couverture d'assurance. Par ailleurs, elle n'avance ni n'établit avoir pris des dispositions dommageables entre le prononcé de

l'ouverture de la faillite et l'entretien téléphonique du 18 juin 2021 et aucun indice concret au dossier ne laisse supposer le contraire. Cette condition de la protection de la bonne foi n'étant pas remplie, celle-ci ne peut pas être accordée pour ce motif.

7.2.3 En outre, la recourante fait valoir son droit à la protection de la bonne foi en invoquant un entretien téléphonique du 29 juin 2021 entre son époux et l'intimée. La question de la véracité de l'allégation de la recourante, selon laquelle un collaborateur de l'intimée avait confirmé lors de cet entretien téléphonique la prise en charge des coûts des traitements en lien avec l'accident de 2017, peut toutefois rester également ouverte. D'une part, dès réception du courrier du 30 juin 2021 confirmant la résiliation des contrats d'assurance avec effet rétroactif au 9 octobre 2019 (dos. de l'intimée 123) et de l'avis de remboursement daté du 5 juillet 2021 (dos. de l'intimée 124), la recourante devait se douter de l'inexactitude du soi-disant renseignement. Tel a d'ailleurs été le cas puisque la recourante, par l'intermédiaire de son époux, a appelé l'intimée le 8 ainsi que le 9 juillet 2021 (dos. de l'intimée 125 s) au sujet de la prise en charge des coûts des traitements devant encore être effectués en lien avec l'accident de 2017. Les collaborateurs de celle-ci n'ont à cette occasion pas confirmé le renseignement inexact (dos. de l'intimée 125 s). Par écriture du 19 juillet 2021, la recourante, par l'intermédiaire d'un avocat dûment mandaté, a demandé une nouvelle fois à l'intimée la confirmation de prise en charge du traitement et de l'opération demandés (dos. de l'intimée 129 s) et, par décision du 14 septembre 2021, l'intimé a indiqué son refus de la prise en charge. Ces différentes interpellations démontrent que la recourante n'a pas été convaincue par les prétendus propos tenus par l'intimée lors de l'entretien téléphonique du 29 juin 2021, ou, à tout le moins, qu'elle a douté de ceux-ci dès le 8 juillet 2021. Elle ne peut ainsi pas prétendre avoir tenu pour exact ledit renseignement à partir de cette date. D'autre part, force est de constater que la recourante n'allègue nullement et n'établit nullement avoir pris, sur la base dudit renseignement, entre le 29 juin et le 8 juillet 2021, des dispositions sur lesquelles elle ne saurait revenir sans subir un préjudice. Les conditions de la protection de la bonne foi n'étant pas remplies, il est ainsi superflu de se prononcer sur l'admissibilité de l'offre de preuve faite par la recourante, à savoir la

production de l'enregistrement de l'entretien téléphonique du 29 juin 2021 (appréciation anticipée des preuves, pour la notion voir ATF 144 V 361 c. 6.5).

8.

8.1 Il résulte de ce qui précède que le recours interjeté contre la décision sur opposition du 8 février 2022 doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable.

8.2 En application de l'art. 1 al. 1 LAMal en relation avec l'art. 61 let. ^{fbis} LPGA (raisonnement *a contrario*; voir aussi FF 2018 p. 1628), la procédure n'est pas soumise à des frais.

8.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante qui succombe (art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimée (ATF 128 V 124 c. 5b).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
3. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens ou d'indemnité de partie.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le président:

La greffière :

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).