REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1292/2005 **ATAS/171/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 21 février 2006

En la cause

Madame P_____, , mais comparant par Me Mauro POGGIA, avocat, en l'étude duquel elle élit domicile — recourante

contre

PHILOS, CAISSE MALADIE - ACCIDENT, SECTION FRV, 13, rue du Casino, 1820 Montreux — intimée

Siégeant : Mme Isabelle DUBOIS, Présidente
Mmes Karine STECK et Doris WANGELER, Juges

ATTENDU EN FAIT

Que Madame P_____ (ci-après la recourante), souffre d'un diabète insulinodépendant depuis 1978 qui a nécessité un traitement classique pour diabétique jusqu'en 1993;

Que suite à l'aggravation de son diabète et aux complications y relatives, la recourante a suivi plusieurs interventions chirurgicales ainsi que des dialyses, et est au bénéfice des prestations de l'assurance-invalidité depuis 1998;

Que la recourante a été assurée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de SUPRA jusqu'au 31 décembre 2002, et auprès de PHILOS CAISSE MALADIE-ACCIDENT SECTION FRV (ci-après la caisse) depuis le 1er janvier 2003;

Que par pli du 9 décembre 2004, la recourante a demandé à la caisse la prise en charge de deux factures relatives à des traitements dentaires, soit une facture du Dr A_____ du 3 mars 2003, d'un montant initial de 346 fr. 75 mais dont le poste "hygiéniste dentaire - 45 min." de 135 fr. a été déduit, soit un solde réclamé de 211 fr. 75, et un devis du même médecin du 5 avril 2004 en 1'494 fr. 30;

Que par décision du 28 décembre 2004, la caisse a refusé la prise en charge de ces factures, au motif qu'elles ne concernaient pas des lésions dentaires provoquées par un accident ou par certaines maladies graves, au sens des art. 17 et ss de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (ci-après OPAS);

Que suite à l'opposition de la recourante, la caisse a confirmé sa décision en date du 23 mars 2005, pour les même motifs;

Que dans son recours du 25 avril 2005, la recourante conclut à l'annulation de la décision litigieuse, avec suite de dépens et préalablement à l'audition du Dr A_____, médecin dentiste;

Que dans sa réponse du 17 mai 2005, la caisse conclut au rejet du recours;

Que le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties, ainsi que l'audition du Dr A_____ en qualité de témoin, en date du 21 juin 2005;

Qu'il en est ressorti, en substance, que la recourante devait subir une double greffe rein/pancréas, qu'elle était actuellement sur une liste d'attente en tête de liste, que préalablement à cette opération l'assainissement dentaire s'imposait, et qu'en l'occurrence la première molaire supérieure droite étant atteinte, elle avait dû être extraite;

Qu'au vu de ces éléments, il a été convenu à l'issue de l'audience que la caisse soumettrait les procès-verbaux à son médecin-dentiste conseil pour nouvel avis;

Qu'ensuite de l'audience la recourante a produit plusieurs attestations médicales certifiant les faits susmentionnés;

Que par pli du 7 septembre 2005, la caisse a transmis le nouvel avis de son médecin-dentiste conseil, selon lequel la double greffe rein/pancréas crocheté et la nécessité d'éradiquer tout foyer infectieux conduisait à ce que la caisse rembourse la recherche des foyers (examens et radiographies) ainsi que l'extraction de la dent infectée et son remplacement à venir, seuls les frais d'hygiéniste dentaire restant à charge de l'assurée;

Que par pli du 14 décembre 2005, la recourante a allégué que les frais d'hygiéniste n'étaient pas à sa charge, car il s'agissait d'une prestation nécessaire pour éviter les foyers infectieux;

Que par pli du 16 janvier 2006 la caisse a persisté dans sa position, rappelant que les frais d'hygiéniste dentaire de 135 fr. avaient été déduits de la note d'honoraire de la main même de la recourante;

Qu'après transmission de cette écriture à la recourante, la cause a été gardée à juger le 19 janvier 2006.

CONSIDERANT EN DROIT

Que la Tribunal de céans est compétent en raison de la matière (cf. art. 56 V al. 1 let a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire - LOJ);

Que par ailleurs le recours, interjeté dans la forme et le délai prévu par la loi est recevable (art. 56 à 60 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales - LPGA);

Que le Tribunal constate que l'objet du litige consistait, dès l'origine, en la prise en charge, d'une part de la facture du médecin dentiste du 3 mars 2003, de 346 fr. 75 sous déduction de 135 fr. de frais d'hygiéniste dentaire, d'autre part d'un devis du 5 avril 2004 en 1'494 fr. 30;

Qu'ainsi les frais de l'hygiéniste dentaire ne faisaient pas partie de l'objet du litige, la recourante les ayant elle-même déduits de la facture depuis sa demande initiale de prise en charge auprès de la caisse;

Que l'instruction par le Tribunal de céans a permis de clarifier les faits et de constater que les montants réclamés devaient être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, ce que le médecin-dentiste conseil de la caisse et celle-ci ont reconnu et admis, le cas tombant sous le coup de l'art. 19 let. b OPAS;

Que la recourante a obtenu gain de cause, de sorte qu'elle a droit à des dépens;

Que la juridiction de céans fixe les dépens en fonction du nombre et de la complexité des écritures et du nombre d'audiences;

Qu'en l'espèce ils seront fixés à 1'750 fr.

******

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Donne acte à la caisse de son engagement à prendre en charge les frais de recherche des foyers (examens et radiographies) ainsi que d'extraction de la dent infectée et de son remplacement à venir, confirmé par pli du 7 septembre 2005.

3. En conséquence annule la décision sur opposition du 23 mars 2005 et la décision du 28 décembre 2004.

4. Condamne PHILOS au paiement d'une indemnité à titre de dépens en faveur de la recourante de 1'750 fr.

5. Déboute les parties de toutes autres conclusions.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Titre Greffier	La Présidente :
RIES	Isabelle DUBOIS

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le