

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4029/2007

ATAS/223/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 27 février 2007

En la cause

Madame P_____, domiciliée à CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Benoît GUINAND

recourante

contre

CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET
ACCIDENTS, sise Bundesplatz 15, LUZERN

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nathalie BLOCH et Dominique
JECKELMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame P_____, est assurée auprès de la CONCORDIA (ci-après la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins, ainsi qu'en assurance complémentaire DIVERSA.
2. L'assurée a transmis à sa caisse une facture de 710 fr. 65 établie par les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) pour un traitement qui lui a été dispensé du 4 janvier au 26 janvier 2007.
3. Par courrier du 26 février 2007, la caisse a informé l'assurée que dans l'assurance complémentaire DIVERSA, elle remboursait des prestations pour certains travaux dentaires non couverts par l'assurance obligatoire des soins. Or, en l'espèce, il n'existe aucun droit à faire valoir de telles prestations, ni au sens de la LAMal, ni selon les conditions de l'assurance complémentaire DIVERSA, dès lors qu'une assurance Z pour les soins dentaires n'est pas en vigueur.
4. L'assurée, représentée par Me Benoît GUINAND, a contesté cette prise de position par courrier du 9 mars 2007. Elle relève que la LAMal et l'assurance complémentaire prévoient la couverture totale des frais d'arrachage des dents lorsqu'elle est rendue nécessaire par l'état de santé du patient. Or, en l'occurrence, les multiples opérations d'arrachages des dents étaient dues à une infection généralisée qui était sur le point d'attaquer la structure des mâchoires supérieure et inférieure. Elle a imparti à la caisse un délai de quinze jours pour procéder au remboursement des frais faisant l'objet de la facture des HUG.
5. Par courrier du 14 mars 2007, la caisse a confirmé sa décision, se référant au courrier du 25 mai 2005 du Dr A_____ des HUG et à l'attestation médicale du 24 mai 2005 du Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne à Carouge. La caisse estime que dans le cas de l'assurée, il ne s'agit pas d'une affection en relation avec une prestation obligatoire.
6. Par courrier du 18 avril 2007, l'assurée relève que les graves affections dentaires pour lesquelles elle a été traitée lors de son hospitalisation n'ont rien avoir avec les diagnostics des Drs C_____ et B_____. L'affection traitée concerne une atteinte constatée en décembre 2006 et un traitement qui a duré jusqu'en janvier 2007. Elle a par ailleurs sommé la caisse de rendre une décision avec l'indication des moyens de recours dans les dix jours dès réception de sa lettre.
7. Par courrier du 8 mai 2007, la caisse s'est adressée aux HUG afin de savoir si les soins dentaires ou une partie d'entre eux sont en rapport avec une maladie grave selon les articles 17 à 19 de l'Ordonnance sur des prestations de l'assurance obligatoire des soins ou selon l'article 25 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie.

Le 7 juin 2007, le secteur des débiteurs des HUG a répondu par la négative à cette question.

8. Le 19 juin 2007, la Concordia a confirmé que le traitement dentaire ne relevait pas d'une prestation obligatoire et qu'il ne lui était donc pas possible de prendre en charge les frais dudit traitement.
9. Par courrier du 23 juillet 2007, l'assurée a reproché à la caisse de n'avoir pas mandaté son médecin conseil pour examiner son dossier médical, ce qui constituait une violation de ses obligations. Elle a par ailleurs imparti à la caisse un délai au 15 août 2007 pour lui communiquer une décision motivée, munie des moyens de droit.
10. Répondant à un questionnaire en date du 16 août 2007, la Dresse D _____, cheffe du cabinet dentaire de Belle-Ideé, a déclaré qu'en tant que médecin dentiste et non de médecin traitant, elle ne pouvait pas donner de diagnostic, que les dents ont été extraites pour des problèmes de caries et d'abcès et que le traitement n'a pas été effectué sous anesthésie générale. Dans ses observations, la Dresse D _____ relevait que l'état de santé de la patiente était très précaire, qu'une alimentation normale était urgente d'où l'assainissement et la réhabilitation prothétique.
11. Par décision du 24 septembre 2007, munie des voies de droit, la caisse a refusé la prise en charge de la facture, aux motifs que selon les renseignements fournis par la Dresse E _____, plusieurs extractions dentaires ont dues être effectuées en raison de caries et d'abcès, qu'il s'agit d'un assainissement dentaire suivi de la réhabilitation prothétique adéquate et que les soins dentaires en question ne sont pas en rapport avec une maladie grave au sens de l'OPAS ou de la LAMal. Partant, les conditions mentionnées pour une prestation obligatoire ne sont pas remplies. Pour le surplus, s'agissant de l'assurance complémentaire, la caisse relève qu'il n'est pas possible de notifier une décision susceptible d'être frappée d'opposition, tout en attirant l'attention de l'assurée qu'à teneur des conditions d'assurances concernées, il n'existe pas de droit aux prestations.
12. L'assurée, représentée par son mandataire, a formé opposition auprès de sa caisse en date du 24 octobre 2007. Le même jour, elle interjette recours auprès du Tribunal de céans, précisant qu'une opposition au siège de la caisse avait été faite en parallèle au recours, en raison de l'ambiguïté résultant de l'échange de lettre entre la caisse et elle-même qui peut faire apparaître le dernier courrier de la Concordia du 24 septembre 2007 comme une simple décision de la Concordia et non comme une décision sur opposition, et également en raison du fait que la voie de recours mentionnée dans la décision du 24 septembre de la caisse est l'opposition. Sur le fond, elle reproche à la caisse d'avoir rendu sa décision sans avoir procédé à un examen médical, alors qu'il est nécessaire d'éclaircir la situation. Selon elle, les extractions dentaires ont eu lieu en raison de caries et d'abcès; or, l'abcès constitue une maladie au sens de l'OPAS qui doit être prise en charge par

l'assurance. Elle conclut préalablement à l'apport de certificat et de rapports d'examens médicaux établis par les médecins conseils de la caisse, principalement à l'annulation de la décision et à la condamnation de la caisse au paiement de la facture de 710 fr. 65. Subsidiairement, l'assurée demande au Tribunal d'ordonner à la caisse la prise d'une décision susceptible d'être frappée d'un recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, dans la mesure où le Tribunal de céans considérerait que celle rendue n'est pas une décision sur opposition.

13. Dans sa réponse du 16 novembre 2007, la caisse conclut à ce que le recours du 24 octobre 2007 soit déclaré irrecevable, dès lors qu'il n'est pas dirigé contre une décision sur opposition. Pour le cas où le Tribunal déciderait de juger l'affaire sur le fond, la caisse requiert la fixation d'un délai supplémentaire pour déposer sa motivation.
14. Ses écritures ont été communiquées à la recourante en date du 20 novembre 2007. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et c de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), ainsi que celles relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévues par la LAMal et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA)

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Conformément à l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les décisions indiquent les voies de droit et doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (art. 49 al. 2 LPGA).

A teneur de l'art. 52 al. 1 LPGA, 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.

3. En l'espèce, force est de constater que la décision du 24 septembre 2007 de l'intimée mentionne expressément qu'elle entrera en force de chose jugée si elle n'est pas attaquée par voie d'opposition dans les trente jours dès la notification auprès du siège principal à Lucerne.

Il n'y a là aucune ambiguïté et la recourante ne s'y est d'ailleurs pas trompée, puisqu'elle a précisément formé opposition auprès de l'intimée.

Le recours est par conséquent irrecevable.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours irrecevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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