

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 février 2011

Présidence de Mme PASCHE, juge unique
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

T._____, à Lausanne, recourante

et

Y._____, à Carouge, intimée

Art. 29 LAMal, 13 OPAS

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1983, a été assurée auprès de Y._____ (ci-après: Y._____) jusqu'au 31 décembre 2008 pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

Sur requête d'Y._____ du 10 juin 2008, l'assurée l'a informée par courrier du 19 juin 2008 que la date prévue de son accouchement était le 6 décembre 2008.

Durant la grossesse, Y._____ a pris en charge, sans participation de l'assurée, les consultations suivantes :

- consultation du 24 avril 2008 auprès de la Dresse D._____, gynécologue et obstétrique FMH;
- consultation du 21 mai 2008 auprès de la Dresse D._____;
- consultation du 19 juin 2008 auprès de la Dresse D._____;
- consultation du 21 juillet 2008 auprès de la Dresse D._____;
- consultation du 26 août 2008 au Centre hospitalier E._____ (ci-après: E._____);
- consultation du 29 août 2008 auprès de la Dresse D._____;
- consultation du 30 septembre 2008 au E._____;
- consultation du 3 octobre 2008 auprès de la Dresse D._____;
- consultation du 3 novembre 2008 auprès de la Dresse D._____.

Le 24 novembre 2008, l'assurée s'est rendue pour une consultation au E._____.

Le 5 décembre 2008, l'assurée s'est rendue pour une nouvelle consultation au E._____.

Le 20 décembre 2008, Y._____ a envoyé à l'assurée une facture s'élevant à 456 fr. 95 (décompte de prestations 68381153) relative

au traitement prodigué le 24 novembre 2008 au E. _____, d'un montant de 454 fr. 70, ainsi qu'à des prestations délivrées le 23 novembre 2008 par la Pharmacie X. _____ pour un montant de 2 francs 25.

Le 23 janvier 2009, la Dresse D. _____ a fait parvenir le courrier suivant au médecin-conseil d'Y. _____ :

"Madame T. _____ me fait part que la consultation du E. _____ du 24.11.2008 ne lui est pas remboursée sous maternité.
Or il s'agit bien d'un contrôle de grossesse faisant partie du suivi de grossesse.
Il ne s'agit nullement d'un traitement préventif."

Le 24 janvier 2009, Y. _____ a adressé à l'assurée une facture d'un montant de 126 fr. 20 (décompte de prestations 68883709) portant sur le traitement ambulatoire prodigué le 5 décembre 2008 au E. _____ d'un montant de 90 fr. 75, sur des frais de "Laboratoires, analyses" s'élevant à 31 fr. 50, ainsi que sur des prestations délivrées par la Pharmacie X. _____ en date du 14 décembre 2008 pour un montant de 3 fr. 95.

Le 16 février 2009, Y. _____ a adressé un rappel à l'assurée, portant sur un montant de 466 fr. 95, savoir 456 fr. 95 relatifs au décompte de prestations de soins 68381153 impayé, ainsi que 10 fr. de frais de rappel.

Par courrier du 17 février 2009, Y. _____ a fait savoir à la Dresse D. _____ que selon l'art. 13 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, l'assurance prenait en charge, lors d'une grossesse normale, au maximum sept examens de contrôle, deux contrôles ultrasoniques, une amniocentèse pour les femmes de plus de 35 ans, ainsi qu'un contrôle post-partum, précisant que dans le cas de l'assurée, les sept examens de contrôle avaient déjà été remboursés, si bien qu'elle ne pouvait pas intervenir dans la prise en charge de la facture du 24 novembre 2008.

Le 20 février 2009, Y._____ a fait parvenir à l'assurée une copie de la lettre qu'elle avait adressée le 17 février 2009 à la Dresse D._____.

Dans un courrier du 21 février 2009 à Y._____, l'assurée a expliqué que la consultation du 24 novembre 2008, d'un coût de 454 fr. 70, avait été ordonnée et organisée par la Dresse D._____, comme cela ressortait du courrier de cette dernière du 23 janvier 2009, si bien qu'elle sollicitait qu'un nouveau décompte corrigé lui soit soumis. Par courrier du même jour à Y._____, l'assurée a également contesté le décompte de prestations 68883709 du 24 janvier 2009 relatif à la consultation du 5 décembre 2009 et portant sur un montant de 122 fr. 25, estimant qu'il n'y avait aucune raison juridiquement valable de mettre à sa charge les frais de cette consultation, qui avait été ordonnée par le E._____, qui concernait un examen urgent décidé par le corps médical de la maternité du E._____ et qui faisait partie du suivi obligatoire de grossesse; elle a demandé à Y._____ de réexaminer sa décision.

Le 16 mars 2009, Y._____ a adressé un dernier rappel à l'assurée qui ne s'était pas acquittée de la facture du 20 décembre 2008, ainsi qu'un premier rappel dès lors qu'elle ne s'était pas acquittée de la facture du 24 janvier 2009. Le 20 avril 2009, elle a adressé un dernier rappel à l'assurée, qui ne s'était toujours pas acquittée de la facture du 24 janvier 2009.

Sur réquisition de poursuite du 19 mai 2009, Y._____ a fait notifier à l'assurée en date du 30 mai 2009 un commandement de payer (poursuite n° 5059523) de l'Office des poursuites de l'arrondissement de Lausanne-Ouest portant sur le montant de 583 fr. 15 avec intérêt à 5 % l'an dès le 24 janvier 2009 indiquant comme cause de l'obligation "fact. 688883709 du 24.01.2009 de fr. 126.20 / Fact. 68381153 du 20.12.2008 de fr. 456.95" ainsi que sur le montant de 100 fr. à titre de frais de rappel et de dossier. L'assurée a formé opposition totale.

Par décision du 23 juin 2009, Y._____ a prononcé la mainlevée de l'opposition formée au commandement de payer n° 5059523, à concurrence de 583 fr. 15 au titre de participations et de 100 fr. pour les frais de rappel et de dossier.

Par lettre du 3 juillet 2009, l'assurée s'est opposée à la décision du 23 juin 2009 d'Y._____. Elle a exposé, concernant de la facture relative à la consultation du 24 novembre 2008, qu'il ne s'agissait pas d'un traitement préventif mais d'une consultation ordonnée et organisée par sa gynécologue et qui était obligatoire pour son admission au E._____ en vue de son accouchement. En ce qui concerne la facture relative à la consultation du 5 décembre 2008, elle a fait valoir qu'il s'agissait d'une consultation ordonnée par le E._____ et que des sérieux symptômes (perte d'eaux, jambes gonflées, etc.) l'avaient contrainte à se rendre en urgence à la maternité du E._____. Elle jugeait cette consultation obligatoire et indispensable, dans la mesure où elle se trouvait alors à cinq jours du terme de sa grossesse.

Par décision sur opposition du 31 juillet 2009, Y._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée à sa décision du 23 juin 2009 concernant les factures 68381153 du 20 décembre 2008 d'un montant de 456 fr. 95 et 68883709 du 24 janvier 2009 de 126 fr. 20, plus 100 fr. de frais de rappel et de dossier. Dans sa motivation, elle a renvoyé pour l'essentiel à ses correspondances des 17 et 20 février 2009 adressées à l'assurée et à la Dresse D._____ et qui expliquaient les raisons de la non-prise en charge des traitements des 24 novembre et 5 décembre 2008. Y._____ rappelait la teneur de l'art. 13 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et indiquait que dans le cas de l'assurée, les sept examens de contrôle avaient déjà été remboursés, de sorte qu'elle ne pouvait intervenir dans la prise en charge de la facture, l'assurée n'étant par ailleurs pas au bénéfice d'une assurance complémentaire.

Par courrier du 10 août 2009, Y._____, se référant aux décomptes de prestations 68381153 de 456 fr. 95 et 68883709 de 126 fr.

20, a fait savoir à l'assurée que des renseignements étaient nécessaires pour déterminer son droit aux prestations. Le même jour, elle a adressé une demande de renseignements au E._____, à la teneur suivante:

"Demande de renseignements médicaux
Mme T._____, née le 26/11/1983
Consultations de grossesse effectuées en 2008
[...]

Afin de déterminer le droit aux prestations de notre assurée, nous vous saurions gré de communiquer à notre médecin-conseil, le Dr R._____, les renseignements suivants :

- Indication(s) médicale(s)?
- S'agissait-il d'une grossesse à risque?

Le 19 août 2009, la Dresse I._____ du Département de gynécologie-obstétrique du E._____ a répondu à Y._____ "suivi grossesse" à la première question posée, en précisant qu'il ne s'agissait pas d'une grossesse à risque.

B. Par acte du 2 septembre 2009, T._____ a recouru contre la décision sur opposition du 31 juillet 2009 d'Y._____, en concluant avec suite de frais et dépens à son annulation. En substance, elle fait valoir qu'Y._____ ne peut se baser sur l'art. 13 OPAS dans sa teneur au 1^{er} janvier 2009 dans la mesure où la grossesse a eu lieu en 2008, qu'elle ne donne aucune preuve quant aux factures remboursées sous maternité, que dans sa lettre du 10 août 2009, Y._____ semble revenir sur sa détermination, que la facture du E._____ relative à la consultation du 24 novembre 2008 est qualifiée à tort de traitement préventif par Y._____ dès lors que cette consultation a été ordonnée par sa gynécologue et par le E._____ et était obligatoire à son admission dans cet établissement pour son accouchement et enfin que la consultation du 5 décembre 2008 a été ordonnée par le E._____ en raison de sérieux symptômes qui l'ont obligée à s'y rendre d'urgence.

Le 9 septembre 2009, l'assurée a complété son recours, produisant deux courriers des 31 août et 7 septembre 2009 du Département de gynécologie-obstétrique du E._____. Le courrier

adressé le 31 août 2009 par le Dr V._____ et la Dresse M._____ à Y._____ indique ce qui suit:

"Madame T._____ a consulté notre service pour le suivi de fin de grossesse le 24 novembre et 5 décembre 2008. Il s'agit de contrôle faisant partie du suivi de grossesse dans le cadre d'un premier rendez-vous à notre consultation puis une consultation interne. Je vous remercie de prendre en charge ces deux consultations."

Quant au courrier adressé à la recourante par C._____ du Service de facturation du Département de gynécologie-obstétrique du E._____, il indique ceci :

«Pour donner suite à votre demande, nous vous transmettons la justification médicale concernant vos consultations du 24 novembre et du 5 décembre 2009 [recte: 2008] qui a été adressée au médecin conseil de votre caisse-maladie.»

Dans sa réponse du 6 octobre 2009, Y._____ conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 31 juillet 2009.

Donnant suite à une requête du juge instructeur, Y._____ a produit le 7 février 2011 une copie de la réquisition de poursuite adressée le 19 mai 2009 à l'Office des poursuites de Lausanne-Ouest, une copie du dernier rappel adressé le 16 mars 2009 à l'assurée relatif aux décompte de prestations 68381153 du 20 décembre 2008 auquel s'ajoutaient des frais de rappel par 20 fr., ainsi qu'une copie du dernier rappel adressé le 20 avril 2009 à l'assurée portant sur le décompte de prestations 68883709 du 24 janvier 2009 auquel s'ajoutaient 20 fr. de frais de rappel.

E n d r o i t :

1. a) Selon l'art. 1 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sauf exception

expressément prévue par la loi. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal cantonal des assurances du canton du domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, la décision du 31 juillet 2009, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente. Déposé en temps utile, le recours est recevable en la forme.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer sur de telles affaires (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente contestation portant sur une valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., elle relève de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD)

2. Le litige porte sur le point de savoir si Y._____ peut réclamer à la recourante une participation aux coûts pour les prestations fournies les 24 novembre et 5 décembre 2008, et partant si c'est à juste titre qu'elle a levé l'opposition formée par l'assurée au commandement de payer qui lui avait été notifié dans le cadre de la poursuite n° 5059523 de l'Office des poursuites de l'arrondissement de Lausanne-Ouest et qui portait sur le recouvrement des factures 68381153 du 20 décembre 2008 d'un montant de 456 fr. 95 et 688883709 du 24 janvier 2009 d'un montant de 126 fr. 20, plus frais de dossier et de rappel par 100 francs.

3. a) Selon l'art. 1a al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie, d'accidents - dans la mesure où aucune

assurance-accidents n'en assume la prise en charge - et de maternité. La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier (art. 5 LPGA).

Selon l'art. 29 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité. Ces prestations, pour lesquels l'assureur ne peut exiger aucune participation (art. 64 al. 7 LAMal), comprennent selon l'al. 2 de l'art. 29 LAMal les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse (let. a), l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme (let. b), les conseils nécessaires en cas d'allaitement (let. c) et les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère (let. d). Le Conseil fédéral, lequel est chargé d'édicter les dispositions aux fins d'exécution de la loi, a délégué cette compétence, pour autant qu'elle concernait les prestations visées à l'art. 29 al. 2 let. a et c LAMal, au Département fédéral de l'intérieur (art. 33 let. d OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102]). Celui-ci a édicté le 20 septembre 1995, l'OPAS (ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie; RS 832.112.31). Les prestations spécifiques en cas de maternité sont réglées aux art. 13 à 16 OPAS (examens de contrôle, préparation à l'accouchement, conseils en cas d'allaitement).

L'art. 13 OPAS prévoit notamment que l'assurance prend en charge, lors d'une grossesse normale, sept examens.

b) En l'occurrence, Y._____ a pris en charge 9 consultations durant la grossesse de la recourante. Interpellée sur le point de savoir si celle-ci était à risque, la Dresse I._____ du Département de gynécologie et obstétrique du E._____ a répondu le 19 août 2008 que tel n'avait pas été le cas et que les consultations de grossesse de la recourante en 2008 avaient trait au suivi de grossesse. Les Drs V._____ et M._____ ont

confirmé dans leur courrier du 31 août 2009 à Y._____ que la recourante avait consulté le Service de gynécologie-obstétrique du E._____ pour le suivi de fin de grossesse les 24 novembre et 5 décembre 2005, précisant qu'il s'agissait de contrôles faisant partie du suivi de grossesse. La Dresse D._____ a elle aussi confirmé dans son courrier du 23 janvier 2009 à Y._____ que la consultation du 24 novembre 2008 faisait partie du suivi de grossesse.

Il est ainsi établi que la recourante ne présentait pas une grossesse à risque. Elle n'allègue au demeurant pas avoir présenté au cours de sa grossesse des troubles nécessitant un traitement médical urgent. Les médecins interrogés ont par ailleurs confirmé qu'il s'agissait de consultations de suivi de grossesse et non pas de traitements en vue d'éviter la naissance prématurée de l'enfant. Dans ces conditions, et dès lors que la recourante avait déjà bénéficié de la prise en charge de plus de sept examens, c'est à bon droit qu'Y._____ a refusé de prendre en charge les frais relatifs aux consultations des 24 novembre et 5 décembre 2008.

4. Subsiste l'examen de la quotité des montants réclamés à l'assurée et du bien-fondé de la mainlevée prononcée par Y._____.

Les montants litigieux sont les suivants:

- 456 fr. 95 pour la facture du 20 décembre 2008 (consultation du 24 novembre 2008)
- 126 fr. 20 pour la facture du 24 janvier 2009 (consultation du 5 décembre 2008)

La recourante ne conteste pour le surplus pas les montants de respectivement 2 fr. 25 et 3 fr. 95 mis à sa charge à raison des prestations délivrées les 23 novembre et 14 décembre 2008 par la Pharmacie X._____. S'agissant du montant des consultations des 24 novembre et 5 décembre 2008, on a vu qu'ils lui étaient imputables. Quant au

prélèvement de frais administratifs, notamment pour établir les rappels, il est prévu par les conditions d'assurance de l'intimée (art. 31 al. 3 des conditions de l'assurance obligatoire des soins "Minima").

Ainsi, la caisse a retenu à juste titre que la recourante est sa débitrice de la somme de 583 fr. 15 (correspondant aux factures des 20 décembre 2008 et 24 janvier 2009 126 fr. 20 + 456 fr. 95), avec intérêt à 5 % (intérêt moratoire au taux légal de 5 % selon l'art. 73 al. CO [loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse, Livre cinquième: Droit des obligations; RS 220]) l'an dès le 24 janvier 2009, plus 100 fr. de frais de rappel et de dossier.

Pour le surplus, Y._____ était fondée à prononcer la mainlevée de l'opposition (cf. ATF 131 V 147 consid. 6.2), ce qui est conforme à l'ordre légal et dont le principe n'est pas contesté par la recourante.

5. En définitive, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens à la recourante, au demeurant non assistée, succombant (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
le juge unique
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 31 juillet 2009 par Y._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- T._____, à Lausanne,
- Y._____, à Carouge,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :