

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 mai 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Pasche
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

HOIRIE N._____, recourante, à savoir **T.N._____**, **B.N._____** et **D.N._____**, agissant par Me Jean-Marie Agier, avocat au Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

P._____ [...], à [...], intimée.

Art. 95a LAMal.

E n f a i t :

A. Le 3 mars 2004, L.N._____, né le [...] 1947, a demandé son affiliation à P._____ [...] (ci-après : P._____) pour l'assurance obligatoire de soins, avec effet au 28 février 2004. Le domicile légal indiqué était [...] (province de S._____), en Italie. La proposition d'assurance comportait en outre une note manuscrite mentionnant ce qui suit : « *P.S. : rentier AVS Suisse en Italie, ayant cotisé à la Fédération X._____ P._____ pendant 37 ans* ».

Par lettre du 5 mars 2004, P._____ a confirmé « *l'acceptation de votre assurance obligatoire des soins selon la LAMal au 1^{er} mars 2004* ».

P._____ a établi des certificats d'assurance obligatoire des soins pour les années 2005 à 2009.

L'art. 11 de l'avenant 2005 aux Conditions d'assurance 2000 prévoyait qu'étaient assujettis à l'assurance obligatoire des soins :

- "a) les personnes domiciliées en Suisse
- b) les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de séjour
- c) les personnes qui ont l'obligation de s'assurer et qui n'ont pas de domicile en Suisse
- d) les frontaliers au sens de l'article 3 OAMal
- e) les requérants d'asile
- f) les travailleurs détachés au sens de l'article 4 OAMal
- g) les personnes occupées par un service public et qui séjournent à l'étranger au sens de l'article 5 OAMal
- h) les personnes au bénéfice d'une rente suisse qui résident dans un pays de l'UE ou de l'AELE"

Sur un document intitulé coupon-réponse, signé le 6 février 2009 par B.N._____, fille de L.N._____, il était mentionné « *domicile légal [...] : % B.N._____, [...], [...] V._____* ». Sous la rubrique « *bénéficiaire d'une rente suisse* », il était répondu par la négative.

Par décision du 30 novembre 2009, confirmée sur opposition le 20 janvier 2010, P. _____ a résilié l'assurance obligatoire des soins de L.N. _____ avec effet au 31 mai 2009. Cette décision est entrée en force, suite au retrait du recours interjeté par le prénommé.

Par lettre du 29 juillet 2010, le conseil de L.N. _____ a remis à P. _____ une liste de factures qu'il mentionnait ne pas avoir été payées et concerner des soins prodigués avant le 31 mai 2009, dont une facture du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier C. _____) d'un montant de 30'106 fr. 45.

Le 24 août 2010, P. _____ a répondu que L.N. _____ étant rentier de la Communauté européenne, seules les prestations dispensées dans son pays de domicile, à savoir l'Italie, étaient couvertes par l'assurance obligatoire des soins sur présentation du formulaire idoine. A ce titre, les traitements et prescriptions dispensés volontairement en Suisse ne pouvaient plus être remboursés par l'assurance, hormis dans les situations relevant d'une urgence médicale. Tel n'étant pas le cas des différentes factures produites par le requérant, P. _____ a dès lors refusé la prise en charge de ces factures.

Par décision du 22 septembre 2010, P. _____ a maintenu son refus de prise en charge des factures précitées, notamment pour les motifs suivants :

"Les accords bilatéraux conclus entre la Suisse et les pays de la Communauté européenne (CE) ont des répercussions sur l'assujettissement à l'assurance-maladie suisse et le remboursement des prestations. Les dispositions européennes relatives à notre assuré et à son dossier sont définies dans les articles 27 et 28 du Règlement (CEE). Les traitements et prestations effectués volontairement en Suisse ne sont aucunement prises en charge par l'assurance obligatoire des soins.

En tant que rentier de la Communauté Européenne, seules les prestations dispensées dans le pays du domicile de M. L.N. _____, ici en l'occurrence l'Italie, sont couvertes par l'assurance obligatoire des soins sur présentation du formulaire E121. A ce titre les traitements et prescriptions dispensés volontairement en Suisse ne peuvent plus être remboursés par nos soins, hormis les cas relevant d'une urgence médicale.

Selon les renseignements en notre possession, les différentes factures antérieures au 1^{er} juin 2009 ne relèvent pas d'un cas d'urgence."

L'intéressé ayant formé opposition à l'encontre de cette décision, P._____ a confirmé son premier prononcé par décision sur opposition du 16 février 2011 reprenant les mêmes motifs que ceux évoqués précédemment, L.N._____ n'étant pas domicilié en Suisse.

B. Par acte de son mandataire Me Jean-Marie Agier, L.N._____ a recouru le 17 mars 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à la prise en charge des factures en cause par P._____. Il soutient en substance que l'intimée ayant payé toutes les factures depuis 2004 sans restriction, elle ne pouvait sans violer le principe de la bonne foi refuser de payer les factures restantes pour la période allant jusqu'au 31 mai 2009.

Le recourant a produit un lot de pièces.

Dans sa réponse du 2 mai 2011, P._____ a conclu au rejet du recours. Elle relève pour l'essentiel que dès lors que le recourant avait initialement fait valoir être titulaire d'une rente suisse, il pouvait bénéficier des conditions d'affiliation à l'assurance suisse, mais que dans la mesure où le courrier du 6 février 2009 avait ultérieurement démontré que tel n'était pas le cas, l'intéressé avait donc bénéficié abusivement de cette affiliation. L'intimée allègue en outre que même à supposer que l'affiliation fût justifiée, le recourant ne bénéficiait pas d'un libre droit à des prestations médicales dans le pays de son choix, une affiliation « *type UE* » ne couvrant que les soins administrés dans le pays de domicile de la personne assurée.

Par réplique du 29 septembre 2011, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a en outre requis l'audition de sa fille D.N._____ et de la personne employée par Fédération [...] (Fédération X._____-) P._____ qui, à l'époque, avait selon lui dicté à sa fille la mention « P.-S. :

rentier AVS suisse en Italie, ayant cotisé à la Fédération X. _____ - P. _____ pendant 37 ans ».

Dans sa duplique du 24 octobre 2011, l'intimée a maintenu ses conclusions et allégué notamment que la proposition d'assurance avait été remplie le 3 mars 2004 puis envoyée à P. _____, de sorte que la proposition n'avait pas été signée à un guichet et qu'aucun agent n'avait conseillé le preneur d'assurance.

C. Une audience d'instruction a eu lieu le 8 mars 2012 au cours de laquelle D.N. _____ a été entendue comme témoin. Il résulte de son témoignage notamment ce qui suit :

"C'est ma soeur qui s'est occupée des relations entre mon père et P. _____, mais en 2004 c'est moi qui me suis occupée de sa réaffiliation à cette assurance. Mon père était domicilié en Suisse depuis 1964, il a quitté la Suisse en 2000 pour se domicilier en Italie. En 2004, j'ai appris que mon père avait été hospitalisé en Italie et je me suis rendue auprès de lui; à cette époque j'habitais moi-même en Italie du Nord. Mon père ignorait pour quels motifs il avait été hospitalisé. Dès lors qu'il se trouvait à l'Hôpital de [...] qui était beaucoup plus éloigné de son domicile qu'un autre hôpital qui n'était qu'à quelques kilomètres, j'ai tout de suite pensé que c'était grave, j'ai vu mon père très amaigri, avec un goitre d'une grosseur importante et l'état d'hygiène de l'hôpital m'a inquiétée; le médecin de cet hôpital m'a expliqué que mon père était atteint d'un cancer mais qu'il ne pouvait pas le soigner parce qu'il était trop âgé et que si je ne faisais rien, il risquait de décéder rapidement. J'ai pris contact avec mon compagnon dont la mère était assistante médicale auprès du Dr K. _____ en Suisse; il m'a appris que des personnes étrangères qui avaient travaillé pendant longtemps en Suisse puis étaient retournées vivre dans leur pays d'origine avaient la possibilité en vertu d'accords internationaux de venir en Suisse se faire soigner et que la dernière assurance auprès de laquelle ils étaient affiliés devait les réassurer. J'ai dès lors organisé le retour de mon père en Suisse, qui est venu vivre chez ma soeur à V. _____. J'ai tout de suite téléphoné à la P. _____ en leur expliquant le cas de mon père et elle m'a envoyé une proposition d'assurance.

Vous me montrez la pièce n° 3 du bordereau produit par l'intimée, à savoir la proposition d'assurance, je note que sous la rubrique "n° de police [...]", ce n'est pas mon écriture; tout le reste de la première page est de mon écriture. A la page 3 sous "signature du preneur d'assurance" c'est la signature de mon père, ensuite le post scriptum "rentier AVS suisse en Italie ayant cotisé à la Fédération X. _____ P. _____ pendant 37 ans", c'est mon écriture.

Lorsque j'ai reçu la proposition d'assurance, elle était vierge et m'a parue banale, alors que le cas de mon père était particulier. Dans la famille c'était plutôt moi qui m'occupais des papiers, mais ce n'était pas le cas lorsque mon père est parti pour l'Italie. Comme je voulais

être certaine que les choses soient claires et que l'hospitalisation de mon père et son traitement soient pris en charge par P._____, j'ai retéléphoné à cette assurance, où j'ai eu le même monsieur que j'avais eu précédemment, qui m'a rassurée et m'a dit si cela pouvait me rassurer davantage de mentionner en post scriptum que mon père était rentier AVS suisse en Italie tel qu'indiqué dans la pièce n° 3 que vous m'avez montrée.

J'ai appris récemment par la Caisse AVS de Genève pour les étrangers que mon père avait demandé en 2000 le transfert de sa rente à la Caisse de pension italienne, ce qui n'est plus possible depuis 2002, les personnes ayant demandé ce transfert s'étant fait flouer par l'Etat italien. Une procédure judiciaire est en cours. En revanche en 2004 j'ignorais ce fait, et il me paraissait logique que mon père qui avait travaillé depuis l'âge de 16 ans en Suisse pendant 37 ans recevait une rente AVS anticipée suisse.

Mon père a été hospitalisé au Centre hospitalier C._____, la P._____ a pris en charge les frais d'hospitalisation, pour moi il n'y avait aucun problème. Je ne sais pas quand les problèmes avec P._____ ont commencé parce que c'est ma soeur qui s'est occupée par la suite des relations de mon père avec la P._____. Je sais que ça a commencé par le refus de prise en charge de certaines factures, notamment des factures de pharmacies et d'hôpitaux qui étaient retournées à ma soeur par P._____. Je me rappelle que c'était ambigu, parce que parfois P._____ payait et parfois non.

Je ne sais plus exactement quand mon père est retourné en Italie; actuellement il s'y trouve. Le cancer a à nouveau progressé et il est en soins palliatifs à domicile. Je ne me rappelle pas exactement quand mon père est retourné en Italie pour ne plus revenir en Suisse, je pense que ce pourrait être environ depuis un an et demi. Je sais qu'actuellement il y a une assurance-maladie de l'Etat italien (la [...]) qui paie les frais en tout ou en partie."

D. Le recourant est décédé le 12 mars 2012. Ses héritiers T.N._____, B.N._____ et D.N._____ ont donné procuration à Me Jean-Marie Agier pour continuer la procédure.

E. Le 5 avril 2012, l'hoirie de feu L.N._____ a produit 8 pièces et 28 factures.

Le 21 septembre 2012, l'intimée a produit un récapitulatif des prestations couvertes pour les années 2004 à 2009.

Les parties se sont déterminées sur ces productions.

Dans son écriture du 7 janvier 2013, l'hoirie recourante a précisé ses conclusions en ce sens que P._____ doit paiement des 28 factures étant relevé qu'en ce qui concerne les factures de la G._____

Apotheke, le prix du médicament R._____ sera déduit et que les factures du Centre hospitalier C._____ seront acquittées au tarif conventionnel.

Par acte du 23 janvier 2013, P._____ a confirmé ses conclusions en rejet du recours.

Les parties ont maintenu leurs conclusions respectives dans leurs écritures ultérieures.

E n d r o i t :

1. **a)** 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 (art. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée ; il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Il y a lieu d'examiner si l'intimée doit payer le montant des 28 factures, dans la mesure précisée par la recourante.

3. En ce qui concerne le domicile de feu L.N._____, il est établi que l'intéressé a quitté la Suisse en 2000 pour prendre résidence en Italie. Le 6 février 2009, B.N._____ a mentionné que son père était domicilié chez elle. Quant à D.N._____, elle a déclaré lors de l'audience du 8 mars 2012 que son père avait quitté la Suisse en 2000 pour se domicilier en Italie, qu'elle lui avait rendu visite lors d'une hospitalisation en 2004, que dans ce contexte, après s'être adressée à son compagnon, elle avait appris que des personnes qui étaient retournées vivre dans leur pays d'origine avaient la possibilité en vertu d'accords internationaux de venir en Suisse se faire soigner et qu'elle avait dès lors organisé le retour en Suisse de son père, lequel était venu s'installer chez sa sœur ; elle a ajouté qu'elle ne savait plus exactement quand son père était retourné en Italie. Cela étant, il n'en demeure pas moins que lorsque feu L.N._____ a demandé son affiliation auprès de P._____ en mars 2004, il a indiqué que son domicile légal était G._____. Or, s'il était revenu vivre en Suisse, on ne voit pas pourquoi il aurait déclaré vivre en Italie. Il n'y a en outre aucune pièce au dossier attestant que l'intéressé aurait quitté l'Italie pour prendre à nouveau domicile en Suisse. Au contraire, la seule pièce émanant d'une autorité administrative est le document d'identité établi par l'autorité italienne le 27 mai 2002 - joint en copie à la demande d'affiliation du 3 mars 2004 - attestant d'un domicile à G._____. Il y a dès lors lieu d'admettre que pour la période en cause, feu L.N._____ a épisodiquement séjourné chez sa famille en Suisse sans toutefois s'établir à nouveau dans ce pays.

De toute manière, même s'il avait été domicilié en Suisse, dès lors qu'il était titulaire d'une rente de vieillesse italienne, l'intéressé ne pouvait être assuré LAMal en application de la législation communautaire - soit l'Accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes [ALCP] ; RS 0.142.112.681) et le Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté

(Règlement n° 1408/71) - en vigueur à l'époque (cf. Kati Fréhelin, L'accord sur la libre circulation des personnes avec l'UE et ses effets à l'égard de la sécurité sociale en Suisse, in : Journée fribourgeoise de droit social 2000, pp. 41 ss.).

4. Au pied de la proposition d'assurance, la fille de feu L.N._____ a mentionné que son père recevait une rente AVS suisse.

a) Selon l'art. 95a al. 1 let. a LAMal, dans sa teneur en 2009, est également applicable aux personnes visées à l'art. 2 du règlement n° 1408/71 en ce qui concerne les prestations prévues à l'art. 4 dudit règlement tant qu'elles sont comprises dans le champ d'application matériel de la présente loi, l'Accord du 21 juin 1999 entre, d'une part, la Confédération suisse et, d'autre part, la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes (accord sur la libre circulation des personnes) dans la version du protocole du 26 octobre 2004 relatif à l'extension de l'accord sur la libre circulation des personnes aux nouveaux Etats membres de la CE, son annexe II et les règlements n°s 1408/71 et 574/72215 dans leur version adaptée.

L'art. 3 LAMal prévoit que 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 (al. 1), le Conseil fédéral pouvant étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse (al. 3).

Le Conseil fédéral a fait usage de cette compétence à l'art. 1 al. 2 let. d OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102) en vigueur en 2009, selon lequel sont tenues de s'assurer les personnes qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'Accord du 21 juin 1999 entre, d'une part, la Confédération suisse et, d'autre part, la Communauté européenne et ses Etats membres, sur la libre circulation

des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes) et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a de la loi.

Tel est le cas des personnes recevant leur rente principale de Suisse ainsi que les membres de leur famille. L'art. 4a let. b LAMal prévoit en effet que sont assurées par le même assureur les personnes tenues de s'assurer parce qu'elles touchent une rente suisse et les membres de leur famille tenus de s'assurer qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège.

La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (art. 53 LAMal).

Selon l'art. 37 OAMal, qui concerne la prise en charge des coûts pour les personnes résidant à l'étranger, l'assureur prend en charge les forfaits selon l'art. 49 al. 1 de la loi, qui sont facturés pour le traitement hospitalier en Suisse des personnes suivantes :

- a. frontaliers et membres de leur famille assurés en Suisse ;
- b. assurés qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège et qui, lors d'un séjour en Suisse, ont droit à l'entraide internationale en matière de prestations sur la base de l'art. 95a de la loi ;
- c. assurés qui résident en Allemagne, en Autriche, en Belgique, en France, en Hongrie ou aux Pays-Bas et qui peuvent choisir de suivre un traitement dans l'Etat de résidence ou en Suisse en vertu de l'art. 95a de la loi.

Ainsi seuls les frontaliers et les personnes assurées en Suisse qui résidaient dans ces six pays avaient la possibilité de choisir de suivre un traitement dans leur pays de résidence ou en Suisse. Tel n'était pas le cas de l'Italie, ceci jusqu'au 1^{er} avril 2012.

Il résulte en effet du « *Commentaire et contenu des modifications : ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal)* » édité le 2 novembre 2011 par l'Office fédéral de la santé publique (cf. site internet www.bag.admin.ch > Thèmes > Assurance-maladie > Révisions de l'assurance-maladie > Révisions terminées > Recueil des teneurs et commentaires), que seuls les frontaliers et les personnes assurées en Suisse résidant dans certains pays de l'UE avaient alors la possibilité de choisir de suivre un traitement dans leur pays de résidence et en Suisse mais que, compte tenu des inscriptions demandées par la Suisse, toutes les personnes assurées en Suisse et domiciliées dans un Etat de l'Union européenne (UE) ou de l'Association européenne de libre échange (AELE) (frontaliers et membres de leur famille, rentiers et membres de leur famille, membres de la famille de détenteurs de permis de séjour, bénéficiaires d'une prestation de l'assurance-chômage suisse et membres de leur famille) auraient désormais le droit de choisir leur lieu de traitement, soit au choix, suivre un traitement dans leur pays de domicile ou en Suisse.

L'art. 37 OAMal en vigueur dès le 1^{er} avril 2012 a dès lors la teneur suivante :

"Art. 37 Prise en charge des coûts pour les personnes résidant à l'étranger

L'assureur prend en charge les forfaits selon l'art. 49, al. 1, de la loi qui sont facturés pour le traitement des personnes suivantes dans un hôpital répertorié en Suisse:

- a. assurés qui résident dans un Etat membre de l'union européenne, en Islande ou en Norvège et qui sont assurés en Suisse;
- b. assurés qui résident dans un Etat membre de l'union européenne, en Islande, au Liechtenstein ou en Norvège et qui, lors d'un séjour en Suisse, ont droit à l'entraide internationale en matière de prestations sur la base de l'art. 95a de la loi"

b) Avant la modification intervenue au 1^{er} avril 2012, les bénéficiaires d'une rente principale suisse résidant en Italie n'avaient ainsi pas de droit d'option quant au pays où suivre un traitement. Le traitement

ne pouvait être pris en charge par l'assureur-maladie que lorsque l'assuré était en séjour en Suisse et qu'un traitement s'imposait d'urgence, comme le soutient l'intimée.

En l'occurrence, aucune condition d'urgence n'est établie. Il résulte au contraire des déclarations de la fille de feu L.N. _____ que celui-ci est venu en Suisse pour se faire soigner. Il n'est pas établi non plus qu'aucun traitement de la pathologie dont était atteint l'intéressé n'existât en Italie.

Ainsi, même en considérant l'affiliation valable, le paiement des factures en cause par l'intimée n'est pas dû.

c) La partie recourante soutient toutefois que l'intimée ayant payé la plupart des factures depuis 2004, elle violerait le principe de la bonne foi en refusant de payer les factures en cause.

Le principe général de la bonne foi fait l'objet de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). Ce principe a trouvé partiellement une concrétisation à l'art. 27 LPGA qui règle les devoirs de renseignements et conseils. Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi. En outre, les parties doivent pouvoir se faire réciproquement confiance. Cela concerne leurs déclarations et leurs comportements. Les parties doivent notamment éviter un comportement contradictoire. Elles doivent pouvoir se fier aux attentes créées par le comportement de l'autre partie. Ne peut toutefois prétendre être traité conformément aux règles de la bonne foi que celui qui n'a pas lui-même violé ce principe de manière significative (cf. Gustavo Scartazzini / Marc Hürzeler, *Bundessozial-versicherungsrecht*, 4^e éd., Bâle 2012, p. 74 ; cf. Pierre-Yves Greber, in Pierre-Yves

Greber / Bettina Kahil-Wolff / Ghislaine Frésard-Fellay / Romolo Molo, Droit suisse de la sécurité sociale, Vol I., Berne 2010, p. 38)

En l'espèce, on ignore si l'intimée a accepté la prise en charge de frais médicaux alors que la condition de l'urgence n'était pas réalisée. Même si tel était le cas, cela ne serait d'aucun secours aux recourants dès lors que l'affiliation a eu lieu sur la base d'un renseignement erroné donné dans la proposition d'assurance, savoir que feu L.N. _____ recevait une rente de la part de la Suisse alors que tel n'était pas le cas.

Les recourants n'établissent pas que ce renseignement erroné aurait été donné à l'instigation d'une personne au service de l'intimée. En effet, auditionnée à l'audience du 8 mars 2012, la fille de feu L.N. _____ a expliqué à cette occasion qu'elle avait cru par erreur que son père recevait une rente suisse.

Dès lors que l'intimée a été induite en erreur par un faux renseignement, sur la base duquel elle a procédé à l'affiliation, les recourants ne sauraient invoquer le principe de la bonne foi.

d) En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de payer les factures en cause.

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de procéder à une instruction complémentaire. Les réquisitions de l'intimée en ce sens, à savoir notamment si feu L.N. _____ était affilié auprès d'autres assurances, sont rejetées.

5. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). N'obtenant pas gain de cause, la partie

recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD par renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 16 février 2011 par P._____ [...] est confirmée.

- III. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Marie Agier (pour la recourante),
- P._____ [...],
- Office fédéral de la santé publique,

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 :