

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mars 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Métral et Mme Magnin, juge suppléant
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

S. _____, à Sullens, recourante,

et

A. _____ **assurance maladie et accident**, à Pully, intimée.

**Art. 42 al. 2 et 3, 64 al. 1 et 64a al. 1 et 2 LAMal; 59 al. 5, 103 al. 2
et 105b al. 1 et 2 OAMal**

E n f a i t :

A. Madame S._____ (ci-après: l'assurée), née le 3 avril 1941, est affiliée depuis 2004 auprès d'A._____ assurance maladie et accident (ci-après: A._____) pour l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, RS 832.10). Elle est au bénéfice de la catégorie d'assurance « [...], médecin de famille », assurance obligatoire des soins, risque accident inclus, avec une franchise de 1'500 francs.

L'assurée a effectué des séjours hospitaliers à la Clinique de la C._____ à [...] les 25 avril, 10 et 31 mai 2010. Les factures y relatives des 11 et 27 mai et du 9 juin 2010 se sont élevées respectivement à 165 fr., 1'019 fr. 15 et 396 fr. 05.

A._____ a réglé ces factures. Les 18 et 25 juin 2010, ainsi que le 2 juillet 2010, elle a adressé à l'assurée les décomptes de participation aux coûts respectivement pour des montants de 165 fr., 874 fr. 45 et 39 fr. 60, représentant au total 1'079 fr. 05.

Selon la note téléphonique d'A._____ du 9 août 2010, l'assurée a retourné à l'assurance ses décomptes au motif que la Clinique de la C._____ ne lui avait pas fait parvenir copie de ses factures. Selon la note, l'assurée a précisé qu'elle ne paierait pas les participations réclamées.

A._____ a adressé un rappel à l'assurée en date du 18 août 2010, puis une mise en demeure le 30 septembre 2010 pour la somme de 1'109 fr. 05 (participations augmentées des frais de sommation de 30 fr.), l'enjoignant de régler la facture jusqu'au 30 octobre 2010.

Le 8 octobre 2010, l'assurée a répondu que, ne possédant pas les factures relatives aux décomptes de l'assurance, elle n'entendait pas

régler ces montants. Par courrier du 26 octobre 2010, elle a demandé copie à A._____ des factures de la Clinique de la C._____.

A._____ a confirmé à l'assurée par courrier du 11 novembre 2010 que les « factures de Fr. 165.00 du 18 juin 2010, Frs. 874.45 du 25 juin 2010 et du 2 juillet 2010 relatives aux participations aux frais médicaux » lui avaient été envoyées, selon copies annexées. L'assurance a annulé les frais de mise en demeure de 30 fr. réduisant ainsi la somme à payer aux frais de participation, soit 1'079 fr. 05.

Le 22 novembre 2010, l'assurée a répété qu'elle n'avait reçu que les décomptes de son assurance et non les factures de la clinique.

A._____ a alors procédé, le 22 décembre 2010, à une réquisition de poursuite auprès de l'Office des poursuites et faillites du district du [...] pour un montant de 1'079 fr. 05. Cet office a notifié à l'assurée, le 7 janvier 2011, un commandement de payer un montant de 1'079 fr. 05 (poursuite n° [...]).

S._____ a fait opposition totale à cette poursuite le 10 janvier 2011, arguant du fait qu'elle n'avait « jamais reçu le justificatif de Fr. 1'079.05 de la part d'A._____ et [qu'elle avait] toujours contesté le paiement _____ farfelu _____ de cette somme ».

Le 23 février 2011, A._____ a prononcé la mainlevée de l'opposition formée par l'assurée au commandement de payer précité. Cette dernière a formé opposition le 2 mars 2011 à la décision de mainlevée en invoquant qu'elle était toujours en attente de la part d'A._____ des copies des factures de la clinique.

Par courrier du 16 mars 2011 à l'assurée, A._____ lui a indiqué ce qui suit:

"[...] Nous relevons que les factures ont été réglées en tiers-payant. Lorsque ce système a été convenu, il appartient au fournisseur de soins, en l'espèce la Clinique de la C._____, de faire parvenir à l'assuré une copie de la facture qu'il adresse à l'assureur. Si tel n'a pas été le cas, vous êtes en droit de la lui demander afin de pouvoir contrôler les prestations qui ont été facturées. Cependant, il n'appartient pas à l'assureur de vous fournir une telle copie. Vous êtes néanmoins redevable des décomptes qui vous ont été présentés par notre compagnie. Dès lors, la procédure engagée est justifiée.

Au vu de votre dossier, nous vous laissons un ultime délai au 30 avril prochain pour vous acquitter de nos décomptes des 18 juin, 25 juin et 2 juillet 2010, sans les frais de poursuite. Ce laps de temps vous permettra de prendre contact avec la Clinique de la C._____ et demander une copie des factures litigieuses.

A réception du montant total de 1'079.05, les frais de la poursuite seront annulés et la procédure sera radiée. A défaut d'un règlement de votre part avant la date précitée, l'offre sera caduque et nous rendrons une décision sur opposition en bonne et due forme."

Sans nouvelles de l'assurée, A._____ a rejeté son opposition par décision sur opposition du 17 mai 2011 et s'est déclarée fondée à requérir la continuation de la poursuite.

B. L'assurée a recouru par acte du 6 juin 2011 contre la décision sur opposition du 17 mai 2011 au motif qu'elle n'avait jamais reçu de l'intimée les copies des factures de la Clinique de la C._____, malgré ses demandes réitérées, et que les montants figurant sur les copies des factures que lui avait adressées entre temps la Clinique de la C._____ ne correspondaient pas aux décomptes de l'assurance.

Dans sa réponse du 8 juillet 2011, l'intimée a maintenu ses conclusions, à savoir que la recourante devait être reconnue débitrice des participations qui lui sont réclamées, que la décision sur opposition du 17 mai 2011 devait ainsi entrer en force, la poursuite continuée et les frais et dépens mis à la charge de l'assurée.

La Cour de céans a imparti un délai au 5 septembre 2011 à la recourante pour s'exprimer sur la réponse de l'intimée et pour produire toutes pièces éventuelles. Cette dernière ne s'est pas exprimée.

Le 22 septembre 2011, les parties ont été informées que sauf nouvelle réquisition, la cause paraissant en état d'être jugée, un jugement leur serait notifié.

E n d r o i t :

1. En vertu de l'art. 2 al. 1 let. c LPA-VD (loi cantonale sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36), la présente loi s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales. Le Tribunal cantonal est compétent pour connaître des recours conformément à l'art. 57 de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1).

Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, RS 832.10]). Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision sur opposition entreprise (art. 60 al. 1 LPGA), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Même si les conclusions du recours ne sont pas très claires, on peut déduire du recours que S._____ conteste la levée de l'opposition au commandement de payer qui lui a été notifié dans le cadre de la poursuite n° [...] et qui portait sur le recouvrement de la participation aux coûts des séjours hospitaliers à la Clinique de la C._____, les 25 avril 2010, 10 et 31 mai 2010. Plus précisément, il s'agit de déterminer si la recourante peut s'y opposer en raison du refus de l'assurance de lui communiquer les factures du fournisseur de prestations.

La recourante semble également demander la réparation, par l'intimée, d'un préjudice qu'elle lui aurait causé. Le recours n'est pas recevable à cet égard, en l'absence de décision rendue sur ce point.

a) Selon l'article 42 al. 1 LAMal, l'assuré est, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. Il a dans ce cas le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22 al. 1 LPGA, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations. Les assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant, art. 42 al. 2 LAMal). Il s'agit d'une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations, qui a pour effet de libérer l'assuré de sa dette à l'égard de ce dernier. L'assureur devient le débiteur direct du fournisseur (ATF 132 V 18 consid. 5.2 et les références).

En l'espèce, A._____ et la Clinique de la C._____, fournisseur de prestations, ont fait usage du système du tiers payant ainsi que cela ressort des factures d'hôpital «TP» et des décomptes de prestations «Tiers payant» de l'assurance. Si un tel système n'avait pas été convenu, la recourante aurait dû s'acquitter intégralement des factures de la Clinique de la C._____, puis en aurait demandé le remboursement à l'intimée, sous déduction de sa participation aux coûts (art. 64 al. 1 LAMal). Or, par l'application du système du tiers payant, la recourante n'a pas eu à s'acquitter de l'intégralité des factures auprès de la Clinique de la C._____. Elle n'en reste pas moins redevable à l'intimée de sa participation aux coûts.

b) Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur (art. 42 al. 3 LAMal). Selon l'art. 59 al. 5 OAMal (Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102), si le système du tiers payant a été convenu, le fournisseur de prestations doit remettre à l'assuré copie de la facture prévue à l'art. 42 al. 3 LAMal. Il peut convenir avec l'assureur que ce dernier transmettra la copie de la facture.

Il n'est fait mention dans le dossier d'aucune convention au sens de l'art. 59 al. 5 OAMal prévoyant qu'A._____ avait l'obligation de transmettre copie des factures de la Clinique de la C._____ à l'assurée. L'assurée n'était donc nullement habilitée à exiger d'A._____ la communication des factures de la Clinique de la C._____. Ainsi que l'intimée le lui a signifié à plusieurs reprises, la recourante devait s'adresser à la Clinique de la C._____, ce qu'elle a d'ailleurs fini par faire, obtenant ainsi les factures en question.

3. a) L'article 64 al. 1 LAMal prévoit que les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Leur participation comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part), cela jusqu'à un montant annuel maximal de 700 fr. pour un adulte (art. 103 al. 2 OAMal). Les participations aux coûts constituent une dette de la personne assurée. En cas d'application du système du tiers payant, l'assureur a le droit, une fois exécutée son obligation de paiement envers le fournisseur de prestations, d'exiger le remboursement de la participation telle que prévue par la loi (TF 9C_233/2008 du 3 juin 2008, consid. 3.2).

In casu, à l'appui de son refus de paiement, la recourante conteste les montants requis par l'intimée dans la mesure où ceux-ci ne correspondent pas aux sommes figurant sur les factures de la Clinique de la C._____.

b) De la franchise de 1'500 fr. avait déjà été déduite, pour une facture antérieure, la somme de 476 fr. 45. Il en résultait un solde de 1'023 fr. 55 au moment du règlement des trois factures en question.

Par conséquent, la première facture de 165 fr. devait être intégralement mise à la charge de l'assurée. Cette dernière devait s'acquitter de la seconde facture de 1'019 fr. 15 à hauteur de 858 fr. 55, somme représentant le solde de la franchise.

Sur le solde de la seconde facture, a été prélevée la quote-part de 10%, part obligatoire de participation aux coûts à la charge de l'assurée.

Au total, il ressortait des décomptes de l'assurance que l'assurée devait les sommes de:

Facture 1	165 fr.
Facture 2	874 fr. 45
Facture 3	<u>39 fr. 60</u>
	1'079 fr. 05

La recourante ne démontre pas en quoi ces décomptes seraient erronés et une vérification d'office, sur la base du dossier, ne permet pas de constater que la participation exigée serait trop élevée. Il convient par conséquent de constater que la recourante est débitrice de la somme de 1'079 fr. 05, les sommes la composant étant devenues exigibles trente jours après qu'elle a reçu de l'assurance les décomptes de prestations des 18 et 25 juin ainsi que 2 juillet 2010.

4. a) Selon l'article 64a al. 1 LAMal, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation précédée d'au moins un rappel écrit et lui impartit un délai de 30 jours en attirant son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas ses paiements dans ce délai. Aux termes de l'art. 105b al. 1 et 2 OAMal, l'assureur envoie la sommation dans les trois mois qui suivent l'exigibilité des primes et des participations aux coûts. Selon l'art. 64a al. 2 LAMal, si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai impartit les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites.

b) En l'espèce, l'intimée a adressé le 18 août 2010 un rappel à la recourante puis, sans réaction de cette dernière, l'a mise en demeure le 30 septembre 2010, pour la somme de 1'109 fr. 05 (participations aux

coûts augmentées des frais de sommation de 30 fr.), l'enjoignant de régler cette somme d'ici le 30 octobre 2010.

La recourante n'ayant toujours pas procédé au paiement, l'intimée a requis la poursuite le 22 décembre 2010 auprès de l'Office des poursuites et faillites du district du [...] pour un montant de 1'079 fr. 05. Cet office a notifié à la recourante, le 7 janvier 2011, un commandement de payer une somme de 1'079 fr. 05, frais de poursuite non compris.

La procédure précitée a été pleinement respectée. Par ailleurs, la décision de mainlevée de l'opposition du 23 février 2011 et la décision sur opposition du 17 mai 2011 ont été prises conformément à l'art. 52 LPGA et la recourante n'a, tout au long de la procédure de recouvrement, apporté aucun élément susceptible de modifier le cours de la poursuite. Les montants figurant dans les décomptes de prestations sous «montant payé directement au fournisseur» correspondent aux montants des factures de la Clinique de la C._____, produites par l'intimée. La recourante n'a aucunement étayé son affirmation selon laquelle ces montants ne correspondaient pas.

5. a) Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée et la mainlevée définitive de l'opposition au sens de la LP (loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889, RS 281.1).

b) S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non assistée des services d'un avocat, n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 17 mai 2011 par A._____ est confirmée.

- III.** L'opposition formée par S._____ au commandement de payer dans la poursuite n° [...] est définitivement levée.

- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- S. _____,
- A. _____, assurance maladie et accident,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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).

Le greffier :