

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 9 mai 2016

---

Composition : Mme THALMANN, juge unique  
Greffier : M. Grob

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Fortuna Compagnie  
d'Assurance de Protection Juridique SA, à Nyon,

et

**Q.**\_\_\_\_\_ **ASSURANCE MALADIE SA**, à [...], intimée.

---

**Art. 94 al. 1 let. a LPA-VD**

## **En fait et en droit :**

**Vu** la décision rendue le 3 août 2015 par Q. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA (ci-après : l'intimée), refusant notamment à K. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) la prise en charge de trois factures des 4 octobre 2013, 15 janvier 2015 et 26 février 2015 du Dr S. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste, dont les montants s'élèvent respectivement à 1'502 fr. 90, 504 fr. et 1'196 fr. 30,

vu la décision sur opposition rendue le 10 novembre 2015 par Q. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA, rejetant l'opposition de l'assuré et dont il résulte notamment ce qui suit :

« Ainsi, la question litigieuse est de savoir si la caisse-maladie a à juste titre refusé d'intervenir pour le traitement des dents 14, 26, 41 et 45, facturé par le Dr S. \_\_\_\_\_ au tarif privé CHF 1196.40 [recte : 1'196.30], CHF 504.- et CHF 1'502.90.

En l'absence d'éléments nouveaux, nous reprenons l'avis exposé dans la décision attaquée.

Il sied de relever que pour avoir examiné le patient à son cabinet, notre médecin-dentiste conseil précise que l'hypophosphatémie n'a heureusement pas eu de répercussions majeures et complètes jusqu'à présent sur les dents. D'après les radiographies à disposition, M. K. \_\_\_\_\_ ne présente pas de résorption de racine. La formation de l'émail et de la dentine semble normale. Il est constaté un élargissement des chambres pulpaire et une résorption osseuse au niveau du secteur mandibulaire antérieur.

Ainsi, par rapport aux soins conservateurs relatifs aux dents précitées, comme mentionné plus haut, prétendre que les soins conservateurs découlent uniquement de l'hypophosphatémie familiale n'est pas justifié.

Enfin, les factures émises par le Dr S. \_\_\_\_\_ au tarif privé de CHF 3.80 le point ont été adressées directement au patient, ce qui signifie que le Dr S. \_\_\_\_\_ considère également que ces soins ne concernent pas l'assureur (factures de CHF 1'196.30, CHF 504.- et CHF 1'502.90). Ce dernier n'a d'ailleurs pas donné d'élément probant permettant une autre approche au dossier.

Tenant compte de ce qui précède, c'est à juste titre que Q. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA refuse de prendre en charge par l'assurance obligatoire des soins les traitements dentaires facturés CHF 1196.40 [recte : 1'196.30], CHF 504.- et CHF 1'502.90 par le Dr S. \_\_\_\_\_ à [...]. »

vu le recours interjeté par K.\_\_\_\_\_ le 11 décembre 2015 (date du timbre postal) contre la décision sur opposition précitée, concluant avec dépens à son annulation et à la prise en charge des factures de 1'502 fr. 90, 504 fr. et 1'196 fr. 30 et du traitement des dents 14, 26, 41 et 45,

vu la réponse du 29 janvier 2016 de l'intimée, concluant au rejet du recours,

vu la réplique du 22 février 2016 du recourant, maintenant ses conclusions,

vu la duplique du 4 avril 2016 de l'intimée, déclarant transmettre en annexe une décision de reconsidération au sens de l'art. 53 LPGa - annulant la décision sur opposition du 10 novembre 2015 et remplaçant la décision formelle du 3 août 2015, dite décision de reconsidération étant notifiée par courrier du même jour au recourant - et requérant dès lors que la cause soit rayée du rôle, sans frais à sa charge,

vu l'acte du 4 avril 2016 de l'intimée, intitulé décision de reconsidération, dont il résulte notamment ce qui suit :

« Ainsi, après avoir réexaminé votre dossier, nous constatons que les soins ayant fait l'objet des factures litigieuses (CHF 1'196.40 [recte : 1'196.30], CHF 504.- et CHF 1'502.90) doivent être pris en charge sous le couvert de l'assurance obligatoire des soins, sous déduction des participations légales.

Au vu de ce qui précède, nous vous confirmons que nous interviendrons par l'assurance obligatoire des soins pour les frais précités. A ce titre nous restons dans l'attente de recevoir les factures émises par le Dr S.\_\_\_\_\_ au tarif en vigueur selon le système du tiers-payant, comme stipulé dans la convention SSO [Société suisse des médecins-dentistes] en vigueur et applicable dans le cadre des articles 42 et 44 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10].

La présente constitue une décision formelle de notre part au sens de l'art. 49 LPGa [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]. »,

vu la détermination du 26 avril 2016 du recourant, relevant que n'étant plus dans le délai de réponse, l'intimée ne pouvait rendre une nouvelle décision mais qu'il était d'accord avec cette prise de position, estimant que celle-ci devait être considérée comme une admission de son recours et concluant à l'octroi de frais et dépens pour un montant de 1'500 fr. au minimum,

vu les pièces du dossier ;

**attendu que** 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, sous réserve de dérogations expressees (art. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]),

que 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),

que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA),

qu'en l'espèce, le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée,

qu'il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable ;

attendu qu'en tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision, de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifiant pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se bornant à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non

critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (*cf.* ATF 125 V 413 consid. 2c et les références citées ; *cf.* ég. TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2 et TF 9C\_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2),

qu'en l'occurrence, seule la question de la prise en charge des factures de 1'502 fr. 90, 504 fr. et 1'196 fr. 30 concernant les dents 14, 26, 41 et 45 a été tranchée dans la décision attaquée,

que la valeur litigieuse est ainsi inférieure à 30'000 fr,

que la présente cause relève dès lors de la compétence d'un membre du Tribunal cantonal, statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD ([loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) ;

attendu que l'intimée a admis de prendre en charge les trois factures litigieuses pour les montants de 1'196 fr. 40 [*recte* : 1'196 fr. 30], 504 fr. et 1'502 fr. 90 sous le couvert de l'assurance obligatoire des soins, sous déduction des participations légales, admettant ainsi les conclusions du recourant,

que celui-ci en convient,

que la prise en charge desdites factures apparaît conforme aux pièces du dossier,

qu'en conséquence, le recours doit être admis en ce sens ;

attendu qu'il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA),

qu'enfin, le recourant, qui obtient gain de cause en étant assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, à un montant de 800 fr., lesquels seront mis à la charge de l'intimée, qui

succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
prononce :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 10 novembre 2015 est réformée en ce sens que Q.\_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA prendra en charge les factures du Dr S.\_\_\_\_\_ des 4 octobre 2013, par 1'502 fr. 90 (mille cinq cent deux francs et nonante centimes), 15 janvier 2015, par 504 fr. (cinq cent quatre francs), et 26 février 2015, par 1'196 fr. 30 (mille cent nonante-six francs et trente centimes), relatives aux traitements des dents 14, 26, 41 et 45 de K.\_\_\_\_\_, sous déduction de sa participation et/ou de son éventuelle franchise.
  
- III. Q.\_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA versera à K.\_\_\_\_\_ un montant de 800 fr. (huit cents francs) à titre de dépens.
  
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Fortuna Assurance de Protection Juridique SA (pour K. \_\_\_\_\_)
- Q. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA
- 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).

Le greffier :