

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mars 2024

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Gauron-Carlin et M. Wiedler, juges
Greffier : M. Genilloud

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Christophe Misteli,
avocat à Vevey,

et

B. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 67 ss, 72 al. 5 et 78 LAMal ; 122 OAMal

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de deux filles (nées en [...] et [...]), a travaillé en qualité d'employée agricole du 1^{er} janvier 2014 au 31 octobre 2020 pour le compte de l'Association U. _____ à [...]. A ce titre, elle bénéficiait d'une assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie selon la LAMal auprès de B. _____ SA (ci-après : B. _____ ou l'intimée).

En raison de lombo-sciatalgies L5 gauches non déficitaires sur hernie discale L4/L5 gauche, l'assurée a présenté une incapacité de travail à 100 % du 13 juin au 7 juillet 2019, à 50 % du 8 au 21 juillet 2019 et à 100 % dès le 7 janvier 2020. L'employeur ayant résilié son contrat de travail pour le 31 octobre 2020, l'assurée a fait valoir le 2 septembre 2020 son droit de passage en assurance individuelle dès le 1^{er} novembre 2020, étant précisé que la prime mensuelle s'élevait alors à 178 fr. 45, puis à 190 fr. 35 dès le 1^{er} janvier 2021 (indemnité journalière de 74 fr. 36 [80 % X 92 fr. 96]). B. _____ a précisé à cet égard que les Conditions générales de l'assurance (CGA) collective de l'indemnité journalière continuaient de s'appliquer en cas d'incapacité de travail en cours (courrier du 27 août 2020).

Par décision du 16 décembre 2021, B. _____ a résilié la couverture d'assurance d'indemnités journalières de l'intéressée avec effet au 15 décembre 2021. En effet, à la date précitée, l'assurée avait perçu 730 indemnités journalières d'un montant de 53'762 fr. 30 (730 X 74 fr. 36).

Saisi d'une demande de prestations le 29 juin 2020, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité (degré d'invalidité de 100 %) à compter du 1^{er} décembre 2020, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations (décisions des 16 juin et 9 août 2022). Un montant de 26'043 fr. 35 a été versé par l'OAI à B. _____ en raison de la

surindemnisation pour la période allant du 1^{er} décembre 2020 au 15 décembre 2021.

Par décision du 21 novembre 2022 intitulée « décision de révision », B._____ a constaté que le concours de l'octroi rétroactif d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2020 et du versement d'indemnités journalières avait eu pour conséquence une surindemnisation, respectivement le remboursement de prestations par la Caisse de compensation AVS/AI. L'encaissement de ce montant entraînait une prolongation du droit aux prestations conformément à l'art. 72 al. 5 LAMal, si bien que la décision du 16 décembre 2021 devait être révisée au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, à savoir que la date de l'épuisement des prestations de l'assurée devait être reportée au 16 octobre 2027, sous réserve de toute modification de sa situation dans l'intervalle. Était joint à ce courrier un tableau récapitulatif du versement des indemnités journalières jusqu'au 15 décembre 2021.

Le 15 décembre 2022, l'assurée s'est opposée à la décision précitée et a conclu à son annulation et au renvoi de la cause principalement pour nouvelle décision lui reconnaissant son droit au capital de prestations équivalant à 730 indemnités journalières complètes sans obligation du paiement des primes, subsidiairement à un calcul de la prime en fonction des prestations effectivement versées et/ou, cas échéant, à un nouveau calcul du montant de l'indemnité journalière et du délai de report de la date d'épuisement des indemnités. Elle a indiqué que par courriel du 2 décembre 2022, B._____ lui avait précisé que le montant de l'indemnité journalière à verser jusqu'au 16 octobre 2027 se montait à 12 fr. 22 pour une prime mensuelle de 190 fr. 35, soit le même montant que lorsque l'indemnité journalière était pleine. Elle a dès lors critiqué le fait de devoir payer une prime mensuelle non réduite de 190 fr. 35 jusqu'au 16 octobre 2027, alors que l'indemnité journalière était réduite à 12 fr. 22. Dès lors que l'événement s'était déjà produit, il était choquant que la prime mensuelle soit maintenue pendant une si longue période, respectivement que le droit au paiement d'un « capital de prestations équivalent à 730 indemnités journalières pleines » soit soumis

à l'obligation de paiement de primes. Dans ces conditions et compte tenu d'un rapport d'équivalence entre les primes versées et le droit aux prestations non respecté, elle a estimé que B._____ devait renoncer à toute prime durant le rapport d'assurance et a requis le versement d'un capital ou à tout le moins de fixer une prime inférieure pour la durée du rapport d'assurance restant à courir en tenant compte de la réduction de l'indemnité journalière.

Par décision sur opposition du 4 mai 2023, B._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 21 novembre 2022.

B. Par acte du 5 juin 2023, M._____, désormais représentée par Me Christophe Misteli, a conclu sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'intimée doit lui verser des indemnités journalières d'au moins 18 fr. 58 dès le 16 décembre 2021 jusqu'à l'épuisement de ses droits et ce, avec libération des primes ; subsidiairement moyennant le versement d'une prime mensuelle d'au maximum 31 fr. 30 ; subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition du 4 mai 2023 et au renvoi de la cause pour nouvelle décision. Elle a tout d'abord critiqué le montant de la prime laquelle devrait être versée sur une longue durée (près de six ans), ce qui revenait à recycler plus de 50 % des prestations d'assurance dans ces primes (pour autant que le montant de la prime n'évolue pas à la hausse). Le montant de 31 fr. 30 correspondait à la partie des prestations d'assurance servies par B._____ (12 fr. 22, soit 16.4 % du montant initialement couvert auquel devrait correspondre la prime initiale). Elle a en outre fait valoir une violation de l'art. 72 al. 3 et 4 LAMal, dès lors que l'intimée versera des prestations réduites à 16 % du montant initialement convenu pendant une durée de plus de 900 jours, ce qui lui permettra d'encaisser des primes complètes pendant tout ce temps. Elle a par ailleurs contesté le calcul du montant et de la durée des indemnités. Selon la recourante, l'indemnité journalière devrait être de 18 fr. 58 en lieu et place de 12 fr. 22 et être versée durant 1'402 jours au lieu de 2'131 jours,

soit du 16 décembre 2021 au 18 octobre 2025 et non jusqu'au 16 octobre 2027. Elle a notamment expliqué que le montant à disposition de l'intimée était de 27'497 fr. 61 (53'544 fr. 96 - 26'047 fr. 35), ce qui représentait 51.35 % des indemnités totales, si bien que la période d'octroi devait être prolongée de 1'402 jours (720 jours ÷ 51.35 %). Elle a déposé un lot de pièces sous bordereau.

Dans sa réponse du 16 août 2023, l'intimée a pour l'essentiel exposé le détail des calculs auxquels elle avait procédé pour conclure au versement d'une indemnité journalière de 12 fr. 22 à compter du 1^{er} février 2022. Elle a rappelé que durant la période comprise entre le 1^{er} décembre 2020 au 15 décembre 2021, la recourante avait comptabilisé au total 380 jours d'incapacité de travail. Le montant de sa perte de gain présumée était de 35'324 fr. 80 (92 fr. 96 X 380 jours X 100 %). Le montant versé par l'AI durant la période précitée était de 33'115 fr. 37, si bien que l'intimée aurait dû verser uniquement 2'209 fr. 43 (35'324 fr. 80 - 33'115 fr. 37). Dès lors que l'intimée avait versé 28'253 fr. (74 fr. 36 X 380 jours X 100 %) durant cette période, elle était en droit de demander le remboursement d'un montant de 26'047 fr. 37 (28'253 fr. - 2'209 fr. 43) à l'OAI. Se référant à l'art. 72 al. 5 LAMal, l'intimée a retenu que la recourante avait droit au versement d'un montant de 26'047 fr. 37 dans les limites de la surindemnisation. B._____ a toutefois distingué deux périodes : la période 1 allant du 16 décembre 2021 au 31 janvier 2022, puis la période 2 dès le 1^{er} février 2022. Durant la période 1, l'OAI a versé à l'assurée un montant mensuel total de 3'158 fr. (1'754 fr. pour une rente entière d'invalidité en faveur de la recourante et 2 X 702 fr. de rentes d'enfant liées à la rente de la mère), ce qui correspondait à 103 fr. 82 par jour ([3'158 fr. X 12] : 365). Aucune prestation n'a été versée à la recourante durant la période 1, dès lors que le montant de la rente AI par jour était supérieur à la limite de surindemnisation. Pour la période 2, seule une rente d'enfant liée à la rente de la mère a été versée par l'OAI en sus de celle due à la recourante, soit un montant de 2'456 fr., ce qui correspondait à 80 fr. 74 par jour ([2'456 fr. X 12] : 365). A compter du 1^{er} février 2022, une indemnité journalière de 12 fr. 22 (92 fr. 96 - 80 fr. 74) était versée à la recourante. Sous réserve d'adaptation de la rente AI, les

prestations seront versées durant 2'131 jours (26'047 fr. 37 ./ 12 fr. 22), soit jusqu'au 16 octobre 2027.

Dans sa réplique du 9 octobre 2023, la recourante a critiqué le fait que l'intimée avait encaissé des primes du 16 décembre 2021 au 31 janvier 2022 sans même devoir verser des indemnités journalières. Elle a par ailleurs relevé que le montant total des primes à verser sera de 13'335 fr. 97 jusqu'au 16 octobre 2027 et a requis à tout le moins une adaptation des primes. En effet, l'intimée n'assurait en réalité plus aucun risque supplémentaire, puisqu'elle présentait déjà une incapacité totale. B._____ se limitait ainsi à redistribuer le montant de 26'047 fr. 35 perçu de l'AI en le lissant dans le temps.

Dans sa duplique du 30 novembre 2023, l'intimée a indiqué que l'art. 72 al. 5 LAMal tout comme l'ATF 127 V 88 cité dans la réplique ne prévoyaient pas une réduction du montant de la prime d'assurance en fonction de la réduction du montant des indemnités journalières par suite de surindemnisation et/ou prolongation de la durée de versement des indemnités journalières réduites. Par conséquent, la recourante était débitrice de pleines primes d'assurance dès le 16 décembre 2021 et était tenue au paiement de celles-ci.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 38 al. 4 let. b et 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières pour perte de gain en cas de maladie selon la LAMal dès le 16 décembre 2021, singulièrement sur le point de savoir si l'intimée était légitimée à fixer le montant de l'indemnité journalière à 12 fr. 22 à verser jusqu'au 16 octobre 2027 et à requérir une prime mensuelle de 190 fr. 35.

3. a) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références ; TF 9C_371/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

b) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu

de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références).

c) La révision et la reconsidération prévues par l'art. 53 LPGA portent par ailleurs exclusivement sur une décision ou sur une décision sur opposition de l'assureur social qui est « formellement passée en force ».

4. a) Selon l'art. 67 al. 1 LAMal, toute personne qui est domiciliée en Suisse ou y exerce une activité lucrative et qui est âgée de quinze ans au moins mais n'a pas atteint l'âge de 65 ans peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur au sens des art. 2 al. 1 ou 3 LSAMal (loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie ; RS 832.12). L'assurance d'indemnités journalières peut être conclue sous la forme d'une assurance collective, notamment par des employeurs, pour leurs travailleurs ou pour eux-mêmes (art. 67 al. 3 let. a LAMal).

L'assureur convient avec le preneur d'assurance du montant des indemnités journalières assurées (art. 72 al. 1, première phrase, LAMal). Les contractants peuvent limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (al. 1). Le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié (al. 2). Il est admis qu'une incapacité de travail inférieure à 50 % soit indemnisée lorsque les conditions générales de l'assureur le prévoient ou lorsque cela a été expressément convenu avec le preneur d'assurance.

Aux termes de l'art. 5 des Conditions générales de l'assurance collective d'une indemnité journalière selon la LAMal, catégorie [...], édition au 1^{er} janvier 2011, du [...] (dont fait partie B._____) (ci-après : CGA), l'assureur accorde sa garantie pour les conséquences économiques d'une incapacité de travail résultant notamment de la maladie. La notion de maladie est décrite à l'art. 3 LPGA. Il s'agit de toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui

exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

L'art. 13 CGA prévoit que l'indemnité journalière est allouée en cas d'incapacité de travail à partir de 25 %. La notion d'incapacité de travail est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou dans son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 730 jours dans une période de 900 jours (art. 7 ch. 1 CGA).

Selon la jurisprudence, l'assurance facultative d'indemnités journalières selon les articles 67 ss LAMal est une assurance de perte de gain (TF 9C_131/2020 du 5 février 2021 consid. 3.2 et les références citées). Le droit à une indemnité journalière est donc subordonné à la condition que l'ayant droit subisse une perte de salaire ou de gain effective en raison d'une atteinte à la santé due à une maladie (TFA K 56/05 du 31 août 2006 consid. 3.3 ; K 74/02 du 16 avril 2004 consid. 2.1 in RAMA 2004 n° KV 284 p. 236 ; K 129/00 du 20 juin 2001 consid. 2b, non publié aux ATF 127 V 154).

b) En vertu de l'art. 71 LAMal, lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur (« libre passage » ; ATF 127 III 106 consid. 3a et les références citées ; TFA K 106/06 du 22 décembre 2006 consid. 3.3).

c) Selon la jurisprudence, un assuré qui bénéficie d'une rente de l'assurance-invalidité continue d'avoir droit aux indemnités journalières d'assurance-maladie. Autrement dit, l'assureur-maladie ne peut supprimer ni réduire ses prestations du seul fait que, de malade, l'assuré est devenu invalide. En effet, la seule limite au droit de l'assuré de toucher les

indemnités journalières durant la période légale d'indemnisation est l'interdiction de la surindemnisation (ATF 120 V 60 consid. 1 et les références citées). Les assureurs-maladie qui ont alloué des indemnités journalières durant une période pour laquelle un assuré peut prétendre une rente d'invalidité à titre rétroactif sont tenus, en principe, de réclamer à l'intéressé le montant de la surindemnisation (art. 78 al. 2 LAMal et 122 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]). A cet effet, ils peuvent réclamer la restitution du montant de leur créance aux organes de l'assurance-invalidité, lesquels déduisent ce montant de la somme correspondant aux mensualités de rente arriérée (art. 20 al. 2 LAVS [loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10] en corrélation avec l'art. 50 LAI).

d) Aux termes de l'art. 72 al. 3 LAMal, les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. L'art. 72 al. 5 LAMal stipule que lorsque les indemnités journalières sont réduites par suite de surindemnisation au sens de l'art. 78 LAMal et de l'art. 69 LPGA, la personne atteinte d'une incapacité de travail a droit à l'équivalent de 720 indemnités journalières complètes. Les délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières sont prolongés en fonction de la réduction. Cela signifie que la durée de l'indemnisation doit ainsi être prolongée jusqu'au moment où l'assuré a reçu l'équivalent des indemnités journalières auxquelles il aurait eu droit durant la période de 720 jours, en fonction du taux de l'incapacité partielle de travail et à défaut de surindemnisation (ATF 127 V 88 consid. 1d).

5. a) En l'espèce, la recourante avait, dans un premier temps, épuisé entièrement son droit à l'indemnité (730 jours x 74 fr. 36) (décision du 16 décembre 2021 de l'intimée). Le versement ultérieur d'une rente de l'assurance-invalidité a entraîné une surindemnisation qui a justifié le remboursement par l'assurance-invalidité à la caisse d'une somme de 26'047 fr. 37. C'est dans ce contexte que l'intimée a procédé à la révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA de la décision du 16 décembre 2021, dès lors que le remboursement d'un montant de 26'047 fr. 37 a eu pour effet

de prolonger le droit aux prestations de l'intéressée, soit l'équivalent des indemnités journalières auxquelles elle aurait pu prétendre à défaut de surindemnisation jusqu'à l'épuisement du capital remboursé par l'assurance-invalidité. Si le principe de la révision n'est pas contesté par la recourante, celle-ci soutient que le rapport d'équivalence entre les primes versées et le droit aux prestations n'est pas respecté.

b) Dans un premier moyen, la recourante fait valoir que l'indemnité journalière devrait être de 18 fr. 58 en lieu et place de 12 fr. 22 et être versée durant 1'402 jours au lieu de 2'131 jours, soit du 16 décembre 2021 au 18 octobre 2025 et non jusqu'au 16 octobre 2027. Elle explique ainsi que le montant à disposition de l'intimée était de 27'497 fr. 61 (53'544 fr. 96 - 26'047 fr. 35), ce qui représente 51.35 % des indemnités totales, si bien que la période d'octroi doit être prolongée de 1'402 jours (720 jours ÷ 51.35 %).

Il sied de constater que si le droit aux indemnités journalières n'était en définitive pas épuisé au 15 décembre 2021 en raison de la surindemnisation, la période d'indemnisation se trouvait dès lors prolongée dès le 16 décembre 2021, respectivement dès le 1^{er} février 2022. En effet, du 16 décembre 2021 au 31 janvier 2022, en application du principe de subsidiarité, l'assurée ne disposait d'aucune prétention envers l'assureur, dès lors que les prestations versées par l'OAI compensaient entièrement la perte de gain. Durant la période précitée, l'OAI a non seulement octroyé une rente entière d'invalidité (1'754 fr.) en faveur de la recourante, mais également deux rentes d'enfant liées à la rente de la mère en faveur de ses deux filles, ce qui a eu pour effet que le montant total (3'158 fr.) était supérieur à la limite de surindemnisation (ce qui correspond à 103 fr. 82 par jour [3'158 fr. X 12] : 365 au lieu de 92 fr. 96). Tel n'a plus été le cas dès le 1^{er} février 2022, puisque seule sa fille [...], née en [...], bénéficiait d'une rente d'enfant de 702 fr. ce qui a permis d'octroyer à la recourante une indemnité journalière réduite à 12 fr. 22 jusqu'au 16 octobre 2027. En effet, conformément à l'art. 72 al. 5 LAMal et l'art. 7 ch. 1 CGA, les délais relatifs à l'octroi des indemnités journalières

sont prolongés en fonction de la réduction, soit en l'occurrence durant 2'131 jours.

Partant, il sied de retenir que les calculs de surindemnisation auxquels l'intimée a procédé (cf. réponse du 16 août 2023) ne sont pas critiquables et que le versement d'une indemnité journalière de 18 fr. 58 durant 1'402 jours – telle que requise par la recourante – conduirait à une surindemnisation prohibée tant par l'art. 69 LPGA que par les CGA. Contrairement à l'opinion de la recourante, il n'est cependant pas exclu que le montant de l'indemnité journalière subisse avant la date précitée des modifications par exemple à la suite d'une procédure de révision de la rente d'invalidité. En tout état de cause, la rente pour enfant en faveur d'[...] ne pourra être versée que jusqu'à la fin de sa formation, mais au plus tard jusqu'à ses 25 ans, ce qui entraînera *de facto* une modification non seulement du montant de l'indemnité journalière dès mars 2027 au plus tard, mais également de la date de l'épuisement des prestations de l'assurée.

c) C'est en vain que la recourante soutient qu'elle doit bénéficier d'une libération de prime au vu du montant de l'indemnité journalière servie ou à tout le moins d'une adaptation *au prorata* des prestations journalières versées par rapport à celles initialement assurées.

L'art. 76 LAMal dispose que l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. En l'occurrence, l'intimée a indiqué que le rapport d'équivalence devait être réalisé entre le montant de la prime et le montant assuré (réponse du 16 août 2023, p. 12). Si l'art. 24 ch. 1 CGA donne la possibilité à l'assureur d'adapter annuellement le taux des primes en fonction de l'évolution des sinistres, il ne prévoit pas une telle adaptation dans le cas de la réactivation du versement d'indemnités journalières par suite de surindemnisation. Quant à l'art. 76 al. 2 LAMal, il mentionne une réduction de prime que si un délai d'attente est applicable au versement de l'indemnité journalière, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Enfin, le Tribunal fédéral a considéré qu'en cas d'épuisement partiel, il n'existe aucun droit à des primes réduites étant donné que la

LAMal ne prévoit pas cette possibilité (TF 9C_790/2018 du 9 avril 2019 consid. 3.4.4).

En conséquence, la recourante reste tenue au paiement des primes fixées par l'assureur, tant qu'elle n'a pas résilié sa police d'assurance ou épuisé définitivement son droit aux indemnités journalières.

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 4 mai 2023 par B. _____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Christophe Misteli (pour M. _____), à Vevey,
- B. _____ SA, à [...],
- 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).

Le greffier :