

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 février 2026

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Perreten, assesseur  
Greffière : Mme Jeanneret

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Q\*\*\*, recourant,

et

**AVENIR ASSURANCE MALADIE SA**, à Martigny, intimée,

---

**Art. 27, 49 al. 1, 51 LPGA ; 3 al. 1, 25 al. 1, 42, 64, 80 al. 1 LAMal**

**En fait :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en \*\*\*, s'est assuré auprès d'Avenir Assurance Maladie SA (ci-après : la Caisse ou l'intimée) au titre de l'assurance obligatoire des soins pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2024, avec une franchise annuelle de 300 francs.

Par courriel du 28 janvier 2025, l'assuré a informé la Caisse qu'il n'avait pas reçu les décomptes relatifs à diverses factures concernant des traitements dispensés durant l'année 2024 et l'a priée de régulariser la situation au plus vite. La Caisse a répondu le lendemain que, dans la mesure où la franchise et la quote-part de l'année 2024 avaient été atteintes, il ne recevrait pas de tels décomptes. Elle a joint un relevé des prestations portant sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2024 au 29 janvier 2025.

Le 1<sup>er</sup> février 2025, par le formulaire de contact en ligne de la Caisse, l'assuré a exigé que les décomptes lui soient remis ou qu'une décision formelle refusant cette communication soit rendue. Il lui a été répété, dans un courriel du 11 février 2025, qu'il ne recevrait plus de décompte, sous réserve d'une note d'honoraire devant lui être remboursée directement, puisqu'il n'y avait plus de participation de sa part à facturer pour 2024.

Le 12 février 2025, par le formulaire de contact et par courriel, l'assuré a sommé la Caisse de lui remettre des décomptes de frais médicaux ou de lui adresser une décision formelle dans un délai de dix jours. Dans un courriel du 27 février 2025, relevant que le délai était échu, il a exigé une nouvelle fois que les pièces demandées lui soient fournies.

Par courrier du 5 mars 2025, la Caisse a décrit les systèmes du tiers-payant et du tiers-garant, puis a rappelé que la participation aux coûts de l'assuré consistait, pour l'année civile 2024, en une franchise de 300 fr. et une quote-part de 700 francs. Lorsque cette participation était épuisée, les factures prises en charge par l'assurance obligatoire des soins étaient

remboursées dans l'intégralité, de sorte qu'il n'y avait alors plus de décompte de participation. Présentant ensuite la liste des factures réglées directement par ses soins et sans participation à refacturer à l'assuré qui figurent dans le relevé des prestations transmis le 29 janvier 2025 dont elle a joint une copie, la Caisse maladie a relevé qu'en cas de facturation en tiers-payant, le prestataire de soins était tenu de remettre une copie de sa note à son patient et a renvoyé l'intéressé vers lesdits prestataires pour obtenir les copies de leurs factures, respectivement pour les contester.

Réagissant dans un courriel du 7 mars 2025, l'assuré a réitéré sa demande de décomptes en se prévalant de son droit de consulter son dossier et a exigé qu'une décision formelle soit rendue.

Le 13 mars 2025, sous l'intitulé « décision formelle » et en indiquant des voies de droit, la Caisse maladie a répété qu'il n'y avait pas lieu d'établir un décompte de participation pour les factures payées directement aux prestataires de soins sans participation à charge de l'assuré, dont elle a établi la liste, et a conclu qu'elle avait rempli son devoir d'information. Elle a joint un relevé des prestations médicales pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2024.

L'assuré a déclaré s'opposer à cette décision, par message dans le formulaire de contact en ligne et courriel du 21 mars 2025, puis par courrier du 30 mai 2025. Concluant à la communication de décomptes individuels pour chaque prestation d'assurance fournie, il s'est plaint d'une rétention d'information systématique contraire à ses droits d'assuré et a fait valoir que l'absence d'information sur les prestations fournies l'avait empêché de suivre en temps réel les dépenses médicales qui le concernaient pour les joindre aux factures reçues de la part des fournisseurs.

Par décision sur opposition du 24 avril 2025, la Caisse maladie a rejeté la démarche de l'assuré sur le constat qu'elle avait satisfait à son obligation de renseigner. Elle a relevé que l'établissement de décomptes individuels de prestation n'avait pas lieu d'être pour des prestations payées

directement aux prestataires (système du tiers payant), à partir du moment où l'intéressé avait atteint le montant maximum prévu pour sa participation aux coûts. En outre, à sa demande, un relevé détaillé des prestations médicales dispensées pour l'année 2024 avait été fourni à l'assuré, de sorte qu'il avait obtenu les renseignements nécessaires pour vérifier et, cas échéant, contester les prestations versées.

**B.** B. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 27 mai 2025 (date du sceau postal), concluant implicitement à ce que l'intimée soit condamnée à lui fournir des décomptes pour les prestations qu'elle a délivrées en sa faveur durant l'année 2024 après épuisement de sa participation aux coûts. Il a par ailleurs requis que la Cour définisse de manière plus générale les droits et devoirs des caisses maladie en matière d'information des assurés et d'établissement de décomptes de prestations. Il a fait valoir en substance que l'absence de décompte pour chaque prestation délivrée l'avait empêché de mettre en relation, dans son système de classement, les factures des prestataires avec les prestations versées par l'assureur, et de consolider les informations dans son fichier informatique personnel. A titre d'exemple pratique, il a ajouté que le CHUV avait parfois adressé à l'assureur une facture corrigée sans lui en fournir de copie et que, sans décompte, il ne pouvait pas le savoir et corriger son propre listing, respectivement être sûr qu'il n'y avait pas de montant à compléter de sa part. De même, il lui était arrivé à une occasion de devoir annuler une commande de médicament dans une pharmacie et se rendre dans une autre pharmacie, mais n'était pas sûr que le médicament avait été remboursé à la bonne pharmacie.

L'intimée a répondu le 7 août 2024. Concluant au rejet du recours et à la confirmation de sa décision, elle a fait valoir qu'elle avait satisfait à son devoir de renseigner l'assuré en établissant les décomptes en cas de participation aux coûts puis en lui fournissant, à sa demande, un relevé détaillé des prestations médicales dispensées pour l'année 2024 avec des explications au sujet des factures des fournisseurs de prestations pour lesquelles aucun décompte de participation n'avait été établi. Elle a

ajouté que l'intérêt personnel du recourant à documenter ses frais médicaux dans un fichier informatique ne suffisait pas à fonder une exigence formelle spécifique et qu'il incombait au prestataire qui facturait selon le tiers-payant de transmettre spontanément à l'assuré une copie de sa facture.

### **En droit :**

**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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable à la forme, sous réserve du considérant qui suit.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

**b)** En l'occurrence, la décision sur opposition litigieuse concerne l'éventuelle obligation de l'intimée d'établir et de délivrer au recourant des décomptes pour chaque facture qu'elle a pris en charge durant l'année 2024 au titre du tiers-payant, lorsqu'il n'y avait plus de participation aux coûts à charge de l'intéressé. Dans sa décision sur opposition, l'intimée a examiné les griefs du recourant sous l'angle de l'obligation de renseigner découlant de l'art. 27 LPGA.

Par ses conclusions, le recourant ne s'est pas limité à contester le refus de l'intimée de lui délivrer des décomptes pour certaines prestations versées durant l'année 2024. Il a sollicité la constatation de l'existence d'une obligation générale et abstraite, à charge des caisses-maladies, de délivrer un décompte individuel pour toutes les prestations fournies selon le système du tiers-payant, y compris lorsqu'il n'y a plus de coût à la charge de l'assuré. Une telle conclusion excède largement l'objet du litige tel que défini par la décision attaquée, qui concerne certaines prestations versées par l'intimée au titre de la couverture d'assurance obligatoire des soins du recourant durant l'année 2024. A cela s'ajoute que les conclusions en constatation ne sont recevables que si elles répondent, en relation avec l'art. 49 al. 2 LPGA, à un intérêt digne d'être protégé. Selon la jurisprudence, un tel intérêt n'existe que lorsque le recourant a un intérêt actuel, de droit ou de fait, à la constatation immédiate d'un droit, sans que ne s'y opposent de notables intérêts publics ou privés, et à condition que

cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits et d'obligations (ATF 142 V 2 consid. 1.1; 132 V 257 consid. 1 et les références citées). Or, le recourant n'a pas donné d'argumentation susceptible de faire admettre que les conditions de recevabilité de ses conclusions constatatoires sont remplies, alors qu'il conteste précisément une décision rendue par l'intimée.

Les conclusions constatatoires du recourant étant irrecevables, le litige porte uniquement sur son droit à obtenir la délivrance d'un décompte de prestations pour chaque facture payée par l'intimée selon le système du tiers-payant, durant l'année 2024.

**3. a)** Aux termes de l'art. 3 al. 1 LAMal, 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.

En vertu de l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations sont énumérées à l'alinéa 2 de cette disposition.

**b)** L'art. 42 al. 1 LAMal prévoit que, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré 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.

Cependant, en vertu de l'art. 42 al. 2 LAMal, assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). En cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'al. 1, est le débiteur de sa part de rémunération.

Enfin, l'art. 42 al. 3 LAMal précise que le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, le fournisseur de prestations est tenu de transmettre à l'assuré une copie de la facture qui est adressée à l'assureur sans que l'assuré n'ait à le demander. L'assureur et le fournisseur de prestations peuvent convenir que l'assureur fait parvenir la copie de la facture à l'assuré. La facture peut également être transmise à l'assuré par voie électronique. En cas de traitement hospitalier, l'hôpital atteste la part du canton et celle de l'assureur de manière séparée. Le conseil fédéral règle les modalités.

**c)** L'art. 64 al. 1 LAMal prévoit que les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Selon l'al. 2, cette participation comprend un montant fixe par année (franchise ; let. a) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part ; let. b). Conformément à la délégation de l'art. 64 al. 3 LAMal, les montants de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part sont fixés à l'art. 103 OAMal (ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), la franchise minimale étant de 300 fr. par année civile (al. 1) et le montant annuel maximal de la quote-part s'élevant à 700 fr. pour un adulte (al. 2).

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 auprès de la personne assurée le remboursement de la participation telle que prévue par la loi. Ce droit existe indépendamment du fait que la personne assurée ait reçu la copie de la facture qui lui revient - de la part de l'assureur-maladie ou du prestataire (TF 9C\_233/2008 du 3 juin 2008 consid. 3.2).

**4. a)** En vertu de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord.

Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure (art. 52 al. 1 LPGA). La qualité pour former opposition doit être appréciée de manière identique à la qualité pour recourir selon l'art. 59 LPGA, de sorte que pour être admis à former opposition, l'opposant doit être touché par la décision et avoir un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (Elodie Soulikas/Valérie Défago Gaudin, in Dupont/Moser-Szeless éd., Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2025, n°16 ad art. 52 LPGA).

**b)** En vertu de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 LPGA peuvent être traitées selon la procédure simplifiée (al. 1). L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (al. 2). L'art. 51 LPGA prévoit une procédure dite simplifiée, parfois aussi désignée « procédure informelle », pour les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 LPGA. Il s'agit d'une procédure particulière prévue par le législateur pour des motifs d'économie de procédure (Elodie Soulikas/Valérie Défago Gaudin, op. cit. n. 1 ad art. 51 LPGA).

**c)** En dérogation à l'art. 51 LPGA, l'art. 80 al. 1 LAMal autorise les caisses-maladie à allouer l'ensemble de leurs prestations de manière simplifiée au sens de l'art. 51 al. 1 LPGA. Cette règle ne modifie ni l'obligation de l'assureur-maladie de rendre une décision par écrit en cas de désaccord de l'assuré (prévue par l'art. 49 al. 1 LPGA), ni le droit de celui-ci d'exiger qu'une décision soit rendue, en vertu de l'art. 51 al. 2 LPGA (ATF 133 V 188 consid. 3.3 ; TF 9C\_222/2020 du 18 juin 2020 consid. 3.2).

**5. a)** En l'espèce, le recourant était assuré au titre de l'assurance obligatoire des soins auprès de l'intimée durant l'année civile 2024.

Il ressort des pièces produites par les parties que, durant l'année 2024, le recourant s'est adressé à différents prestataires de soins ayant fait usage du système du tiers-payant, qu'il soit imposé par la loi (en cas de traitement hospitalier) ou qu'il s'agisse d'un accord avec l'intimée. Celle-ci a établi des décomptes tant et aussi longtemps qu'une participation (franchise ou quote-part) était due par le recourant. Une fois les participations entièrement épuisées, l'intimée s'est limitée à payer directement les factures que lui adressaient les prestataires de soins consultés par le recourant.

Le recourant critique l'absence de décompte s'agissant des factures payées directement par l'intimée lorsqu'il n'y avait plus de participation de sa part.

**b)** Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion d'exposer que le système du tiers payant est une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations. Dans ce système, l'assuré envoie les factures à son assureur ou ce dernier les reçoit directement du fournisseur de prestations. L'assureur est alors tenu d'indemniser la personne qui fournit les prestations. Comme dans le cas d'une reprise de dette au sens des art. 175 ss CO [code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220], le système du tiers payant suppose l'existence d'une reprise de dette interne et d'une reprise de dette externe. Ainsi, l'assureur s'engage à reprendre la dette de l'assuré (reprise de dette interne, art. 175 al. 1 CO), ce qui a pour effet de libérer l'assuré de ses obligations vis-à-vis du fournisseur de prestations, sous réserve de la franchise et de la quote-part qui ne sont pas pris en charge par l'assurance sociale. Par le choix du système de rémunération, le catalogue des prestations ne peut en effet ni être élargi (art. 34 LAMal) ni être restreint (cf. art. 41 al. 4, 3<sup>e</sup> phrase, LAMal). L'assureur remplace en outre l'assuré dans la relation contractuelle qui l'unit au fournisseur de prestations (reprise de dette externe, art. 176 al. 1 CO ; ATF 141 V 546 consid. 5.2).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs relevé que le système du tiers-payant n'était pas contradictoire en regard des dispositions de la LAMal limitant la prise en charge aux prestations efficaces, appropriées et économiques, dans la mesure où l'assureur pouvait refuser les prestations excessives et exiger du fournisseur de prestations les sommes reçues à tort (ATF 141 V 546 consid. 8.2).

Ainsi, le système du tiers-payant a pour conséquence que le prestataire de soin s'adresse uniquement à la caisse-maladie pour le paiement de sa facture. Cette facture s'apparente à une demande de prise en charge au titre de l'assurance-obligatoire des soins, présentée au nom de l'assuré par le prestataire de soin. La caisse-maladie procède au paiement de la facture puis, cas échéant, réclame une participation à son assuré. Ce faisant, la caisse-maladie alloue tout ou partie des prestations sollicitées. Lorsqu'une participation de l'assuré est nécessaire ou qu'une prestation fournie n'entre pas dans le champ des prestations assurées au titre de l'assurance-obligatoire des soins, la caisse-maladie rejette partiellement la demande qui lui a été présentée, en réclamant à l'assuré le remboursement du trop-versé. En revanche, lorsque l'entier de la facture payée au prestataire de soin concerne des prestations couvertes par l'assurance obligatoire des soins et qu'aucune participation n'est due par l'assuré, la caisse-maladie alloue entièrement les prestations requises. En d'autres termes, le recourant critique l'absence de prise de position écrite de l'intimée lorsqu'elle donne entièrement droit à une demande de prestations.

**c)** Ni l'art. 80 LAMal, ni l'art. 51 LPGA n'imposent de forme particulière aux assureurs pour la procédure simplifiée. Si la doctrine appelle les assureurs à privilégier la forme écrite, par exemple sous la forme d'un décompte (cf. Elodie Soulikas/Valérie Défago Gaudin, op. cit., n. 1 ad art. n. 7 ad art. 51 LPGA), il est manifeste que cette forme n'est indispensable que lorsque les prestations sollicitées ne sont pas entièrement allouées ou qu'elles dépendent d'un calcul. L'intéressé doit en effet avoir la possibilité de connaître, par écrit, les motifs pour lesquels tout ou partie des prestations demandées ne sont pas allouées ou les

paramètres qui ont été appliqués, afin de pouvoir vérifier le bien-fondé de la prestation perçue et cas échéant contester utilement la position de son assureur. En revanche, lorsque la prestation ne dépend pas d'un calcul et que la demande est entièrement allouée, le bénéficiaire ne dispose en définitive d'aucun intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée, avec pour corollaire qu'aucune voie de droit n'est ouverte.

En l'occurrence, l'intimée a fait le choix de ne pas établir de décompte écrit dans ce cas, vraisemblablement dans un souci de réduire ses coûts administratifs. S'agissant de prestations dont la délivrance ne peut pas être contestées par son bénéficiaire, ce mode de faire ne contrevient pas aux art. 80 al. 1 LAMal et 51 al. 1 LPGA.

**d)** Certes, l'art. 51 al. 2 LPGA prévoit la possibilité pour l'assuré de solliciter une décision pour les prestations qui ont été délivrées selon la procédure simplifiée. Cette disposition ne précise cependant pas non plus sous quelle forme la décision doit être rendue, hormis le fait qu'elle doit être écrite et indiquer les voies de contestation. Elle n'est ainsi d'aucun secours au recourant pour exiger l'établissement d'un décompte séparé pour chaque facture entièrement payée par l'intimée.

Le recourant n'a du reste pas sollicité la délivrance d'une décision portant sur ces prestations, mais bien de décomptes relevant de la procédure simplifiée et donc non susceptibles de recours. Or, l'intimée a répondu à cette demande le 29 janvier 2025, par un courrier qui contient toutes les informations nécessaires au recourant pour comprendre que les prestations demandées directement par ses prestataires de soin avaient été entièrement allouées. En effet, elle lui expliquait qu'il avait reçu un décompte à chaque fois qu'une participation était mise à sa charge et a joint un relevé détaillé de toutes les factures qu'elle avait payées durant l'année 2024, avec ou sans participation du recourant. Par la suite, l'intéressé s'est limité à solliciter des décisions en rapport avec la délivrance des décomptes informels, non à propos des prestations prises en charge. Devant l'insistance du recourant, l'intimée a néanmoins affiné sa réponse en ajoutant, le 5 mars 2025, une liste des factures réglées directement sans

participation du recourant et qui n'ont pas fait l'objet d'un décompte. Tout en confirmant et en précisant ce que l'intimée avait déjà expliqué précédemment, cette liste permettait de lever l'éventuel doute né de la remarque « Pour tout détail concernant le remboursement, veuillez vous référer au décompte y relatif » figurant sur le relevé du 29 janvier 2025 et qui ne visait pas l'ensemble des factures traitées durant l'année 2024.

**e)** Ainsi, il apparaît qu'aucune disposition de la LAMal ou de la LPGA portant sur la délivrance des prestations n'obligeait l'intimée à établir un décompte séparé pour les prestations entièrement allouées au recourant durant l'année 2024 par un versement direct aux prestataires de soins selon le système du tiers payant.

**6. a)** Sous le titre « Renseignements et conseils », l'art. 27 LPGA expose que, dans les limites de leur domaine de compétences, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2).

Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin des conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseils s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (TF 9C\_287/2017 du 22 août 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**b)** L'obligation de renseigner au sens de l'art. 27 LPGA ne concerne ainsi pas l'ensemble de l'activité de l'assureur, mais seulement ce

qui influe sur les droits de l'assuré. L'assuré ne peut par ailleurs pas déduire de cette disposition une forme particulière de la manière de communiquer l'information.

En l'occurrence, le recourant a uniquement fait valoir que l'absence de décompte l'avait empêché de consolider sa comptabilité personnelle, en ce sens qu'il n'avait pas pu classer les factures de soins qu'il avait reçues avec un document démontrant que le paiement avait été fait par l'intimée, ni compléter son fichier informatique avec les informations relatives au paiement des soins facturés. Il n'a cependant pas allégué que l'absence de décompte aurait créé chez lui une incertitude quant à son droit aux prestations. Il n'apparaît en particulier pas que l'absence de décompte l'aurait amené à renoncer à consulter des prestataires de soin ou à interrompre un traitement en cours.

Le recourant n'a par ailleurs jamais évoqué l'hypothèse qu'une facture aurait été payée à tort par l'intimée ou que les prestations facturées par les prestataires de soin ne correspondaient pas à des soins effectivement prodigués. L'absence de décompte n'était pas de nature à empêcher une telle vérification, puisque les prestataires de soins sont tenus d'envoyer à leur patient une copie de la facture adressée directement à l'assureur. En outre, lorsqu'il a sollicité des informations à ce sujet, l'intimée lui a donné toutes les informations utiles pour qu'il puisse procéder aux vérifications de ses factures, sous la forme d'un relevé des prestations le 29 janvier 2025, puis d'une liste spécifique des factures n'ayant pas fait l'objet d'un décompte le 5 mars 2025. Ces éléments étaient suffisants pour rassurer le recourant quant au paiement des factures établies par ses prestataires de soin et, si besoin, de classer ses factures avec un exemplaire de ces documents à titre de preuve. Ces pièces contenaient par ailleurs des informations exploitables pour son fichier informatique et lui permettaient également de vérifier si des factures avaient été adressées directement à l'intimée sans que les copies ne lui soient envoyées. En conséquence, il faut admettre que l'intimée a satisfait à son devoir de renseigner le recourant.

**7.** Pour être complet, il convient encore de relever que le recourant n'a jamais sollicité la possibilité de consulter le dossier constitué à son sujet par l'intimée ou d'obtenir un relevé des données que celle-ci a collectées. Sa demande concernant la délivrance d'un document que l'intimée n'a pas établi ne relève manifestement pas des art. 25 ss LPD (loi fédérale du 25 septembre 2020 sur la protection des données ; RS 235.1). Il apparaît au contraire que l'intimée a respecté les obligations qui lui incombent en vertu de ces dispositions, dans la mesure où elle a fourni au recourant un relevé de l'ensemble des prestations qu'elle a délivrées durant l'année 2024 et une liste des prestations qui n'avaient pas fait l'objet de décomptes au motif qu'il n'y avait plus de participation à charge du recourant.

Enfin, il est manifeste que la demande du recourant excède ce qu'englobe le droit de consulter le dossier garanti par la constitution. En effet, compris comme l'un des aspects de la notion générale de procédure équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 146 IV 218 consid. 3.1.1 ; 144 II 427 consid. 3.1 ; 142 III 48 consid. 4.1.1 et les références). La garantie constitutionnelle de l'accès au dossier comprend le droit de consulter des pièces au siège de l'autorité, de prendre des notes et de faire des photocopies, pour autant qu'il n'en résulte pas un surcroît de travail excessif pour l'autorité (ATF 131 V 35 consid. 4.2 ; 126 I 7 consid. 2b ; 122 I 109 consid. 2b). Le droit d'être entendu n'englobe pas d'obligation particulière quant au contenu du dossier.

**8. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

**b)** La procédure ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance au sens de l'art. 61 let. <sup>f</sup>bis LPGA, elle donne lieu en principe à la perception de frais de justice à charge de la partie qui

succombe (art. 45 et 49 al. 1 LPA-VD). Il y est cependant renoncé dans le cas d'espèce, au vu des circonstances (art. 50 LPA-VD).

La partie recourante n'a pas droit à des dépens dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.
- II. La décision sur opposition rendue le 24 avril 2025 par Avenir Assurance maladie SA est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- B. \_\_\_\_\_,
- Avenir 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).

La greffière :