

GE_GERICHTE A/1087/2005 vom 26. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1087_2005

FR: GE_GERICHTE A/1087/2005 du 26 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/1087/2005 del 26 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.11.2008
A/1087/2005

A/1087/2005 ATAS/1358/2008 du 26.11.2008 (LAMAL) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE
A/1087/2005 ATAS/1358/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 26 novembre 2008 En la cause Monsieur H_____, domicilié à CELIGNY, représenté par ASSUAS, Association suisse des assurés recourant contre MASSE EN FAILLITE D'ACCORDA ASSURANCE MALADIE, soit pour elle OFFICE CANTONAL DES FAILLITES, sis Beauregard 13, FRIBOURG intimée EN FAIT Monsieur H_____, (ci-après l'assuré), son épouse et leurs trois enfants, HA_____, HB_____ et HC_____, étaient affiliés depuis le 1^{er} janvier 2001 auprès d'ACCORDA ASSURANCE MALADIE (ci-après: la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins. Leur prime mensuelle s'élevait en 2003 à 259 fr. 20 pour l'assuré et son épouse, à 170 fr. 50 pour HA_____ et HB_____, et à 66 fr. 80 pour HC_____, soit un montant total de 926 fr. 20. Dès 2004, leur prime mensuelle pour l'ensemble de la famille s'élevait à 1071 fr. 80, soit 333 fr. pour l'assuré et son épouse, 161 fr. 50 pour HA_____ et HB_____ (241 fr. 50 moins 80 fr. de subsides), et 82 fr. 80 pour HC_____. Le 12 mars 2004, l'assuré a informé la caisse de ce qu'il suspendait le paiement des primes 2004 qu'il considérait comme trop élevées. L'assuré a en outre sollicité, concernant la couverture d'assurance de son épouse, que le risque accident n'y soit plus inclus, cette dernière bénéficiant alors de la couverture LAA. Le 18 mars 2004, la caisse a émis une nouvelle police d'assurance concernant l'épouse de l'assuré. Sans le risque accident, sa prime mensuelle s'élevait à 313 fr. dès le 1^{er} avril 2004. Le 31 août 2004, la caisse a fait notifier à l'assuré un commandement de payer poursuite, requérant le paiement des primes facturées jusqu'au 30 juin 2004 pour un montant de 4953 fr. 20, avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} janvier 2004, ainsi que 20 fr. de frais de rappel. Le 31 août 2004, l'assuré a formé opposition à ladite poursuite. Par décision du 21 septembre 2004, la caisse a levé l'opposition à concurrence de 5054 fr. 05 (4973 fr. 20 plus 80 fr. 85 de frais de poursuites). L'assuré a formé opposition contre cette décision en contestant l'augmentation des primes survenue au 1^{er} janvier 2004. Par décision du 15 mars 2005, la caisse a rejeté l'opposition au motif que les montants des primes étaient conformes aux tarifs 2004 dûment approuvés par les autorités compétentes. La caisse a expliqué que le montant réclamé (4973 fr. 20) correspondait à la somme des primes pour l'ensemble de la famille pour la période de janvier à avril 2004, soit 4287 fr. 20 (4 x 1071 fr. 80), à laquelle s'ajoutaient les primes pour l'assuré et son épouse pour le mois de mai 2004, soit 666 fr. (2 x 333 fr.), plus 20 fr. de frais de rappel. L'assuré a interjeté recours le 11 avril 2005. Il sollicite du Tribunal de céans qu'il contrôle la légalité de l'augmentation des primes d'assurance-maladie pour 2004. Il requière notamment la preuve de l'approbation par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après

l'OFAS) de la hausse des primes contestée. Dans l'hypothèse où la prime réclamée ne serait pas la plus basse du canton, il demande une justification de cette différence de traitement. Il explique que contrairement à ce que mentionne la décision querellée, le montant des primes pour l'ensemble de la famille s'élevait à 1051 fr. 80 dès le mois d'avril 2004, le risque accident n'étant alors plus inclus dans la couverture d'assurance concernant son épouse. L'assuré se plaint par ailleurs de l'absence de subsides en 2004 pour son fils cadet, alors que ses deux filles en bénéficiaient. Il relève enfin que la décision querellée ne concerne pas toutes les primes dues jusqu'à fin juin 2004, dès lors que manquent les primes des enfants pour le mois de mai ainsi que les primes pour l'ensemble de la famille pour le mois de juin. La caisse, dans sa réponse du 16 juin 2005, conclut au rejet du recours. Elle soutient que l'augmentation des primes d'assurance-maladie pour l'année 2004 est entièrement conforme au droit. S'agissant de la demande du recourant relative à une diminution de la prime de son épouse dès avril 2004 - au motif que celle-ci bénéficie depuis cette date de la couverture LAA - la caisse explique que cette requête doit être déclarée irrecevable dans la mesure où la décision querellée n'a pas statué sur ce point. La caisse explique en outre qu'elle est libre de poursuivre l'encaissement des primes au moment qu'elle juge opportun, raison pour laquelle la décision querellée ne concerne pas toutes les primes dues jusqu'à fin juin 2004. Enfin, elle fait valoir qu'il n'appartient pas à la caisse de statuer sur l'octroi de subsides en faveur du fils du recourant, de sorte que le recours est également irrecevable sur ce point. A l'appui de ses conclusions, la caisse a produit les comptes d'exploitation 2001 à 2003 et les rapports des vérificateurs des comptes pour les exercices 2001 à 2003. Elle a versé également copie de l'approbation des tarifs des primes 2004 faite par l'OFAS en date du 25 septembre 2003. Il en résulte que cette approbation était formulée sous réserve de l'entrée en force de la décision du Département fédéral de l'intérieur du 3 septembre 2003 de retirer à la caisse l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie. Par courrier du 20 septembre 2005, la caisse, représentée par Maître Dominique de WECK, a informé le Tribunal de céans que les parties étaient sur le point de trouver un accord. Par courrier du 31 janvier 2006, le recourant, représenté par Maître Jean-Jacques FIVAZ, avocat auprès d'ASSUAS association suisse des assurés, a requis une audience de comparution personnelle. Le 22 février 2006 s'est tenue une audience de comparution personnelle à laquelle la caisse ne s'est pas présentée. Le recourant a expliqué avoir écrit à la caisse à la fin de l'année 2003, soit dès que les augmentations des primes pour 2004 lui avaient été signifiées. Par ailleurs, il n'avait pas reçu d'attestation de subsides LAMal pour l'année 2004 de la part du Service de l'assurance-maladie (ci-après SAM), ni de décompte détaillé de la part de la caisse mentionnant les subsides portés en déduction des primes. Ses filles HA_____ et HB_____ avaient cependant bénéficié du subside, ce qui n'avait pas été le cas de son fils HC_____. Le montant réclamé par la caisse était donc inexact dans la mesure où il ne tenait pas compte du subside dont son fils HC_____ aurait dû bénéficier. Le recourant a requis la comparution personnelle du Président de la caisse et/ou de son administrateur délégué. Par courrier du 16 mars 2006, Maître de WECK a informé le Tribunal de céans de la faillite de la caisse prononcée par le Président du Tribunal civil de l'arrondissement de la Sarine (jugement du 7 mars 2006). Par ordonnance du 22 mars 2006, le Tribunal de céans a suspendu l'instruction de la cause. Par courrier du 26 mars 2007, la masse en faillite de la caisse, soit pour elle, l'Office cantonal des faillites du canton de Fribourg (ci-après la masse en faillite ou l'intimée) a requis une copie du dossier. Par ordonnance du 5 avril 2007, le Tribunal de céans a ordonné la reprise de l'instruction de la procédure et fixé un délai à la masse en faillite pour se déterminer. Par courriers des 25 mai

et 21 juin 2007, la masse en faillite a indiqué maintenir les conclusions formulées par la caisse dans son écriture du 16 juin 2005. Le 27 juin 2007, le Tribunal de céans a entendu le recourant, lequel a confirmé ne s'être pas acquitté des primes 2004. Le recourant a, par courrier du 21 juillet 2007, produit les attestations d'assurance 2002 et 2003 pour sa famille. Le 12 septembre 2007, la masse en faillite a transmis au Tribunal de céans les décisions prises par le Département fédéral de l'intérieur portant sur le retrait de l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale à la caisse (décisions des 3 septembre 2003 et 4 mai 2004). Déférant à la demande du Tribunal de céans, l'Office fédéral de la santé publique (ci-après l'OFSP) a expliqué, par pli du 14 novembre 2007, avoir approuvé les primes 2004 de la caisse, sous réserve de l'entrée en force de la décision portant sur le retrait de l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale. Dans la mesure où ledit retrait était devenu effectif au 30 juin 2004, les primes approuvées avaient été valablement appliquées aux assurés de la caisse pour les mois de janvier à juin 2004. Par courrier du 28 novembre 2007, la masse en faillite a maintenu ses conclusions. Le 2 avril 2008, le Tribunal a procédé à l'audition de Monsieur I _____, expert-comptable auprès de l'organe de révision, INTERMANDAT S.A. Le témoin a confirmé que la caisse tenait une comptabilité séparée pour l'assurance obligatoire des soins, l'assurance complémentaire et les autres indemnités journalières. Il a précisé que la comptabilité se faisait selon un programme informatique reconnu par l'OFAS. INTERMANDAT avait en outre procédé à des sondages en ce qui concerne les cotisations payées et les charges, qui lui avaient permis de s'assurer que la séparation était effectivement faite. Cette analyse n'avait cependant pas été faite de manière approfondie, dès lors que la caisse était alors en fin de vie et que le problème le plus important était de savoir comment elle allait se liquider. Enfin, le témoin a expliqué que les frais d'administration avaient été, à son avis, répartis selon une clé de répartition reconnue par l'OFAS. Lors de cette audience, la masse en faillite, représentée par Monsieur Alexandre FREUNDLER de l'Office cantonal des faillites du canton de Fribourg, a confirmé continuer le procès. Par courrier du 23 avril 2008, Monsieur I _____ a transmis copie des rapports de l'organe de révision (pour les exercices 2003, du 1^{er} janvier au 30 juin 2004 et du 1^{er} janvier au 30 juin 2005). S'agissant de la répartition des frais généraux d'administration, il explique n'avoir pas retrouvé de notes quant à la méthode utilisée par la caisse. Le 9 mai 2008, l'intimée a relevé que les documents remis par le témoin n'apportaient aucun élément permettant d'éclaircir le débat. Elle explique que dans l'hypothèse où demeurerait litigieuse la question de l'opportunité de la hausse des primes, cela ne devait pas empêcher le recourant et sa famille de s'acquitter des primes dans leur quotité antérieure. Selon l'intimée, le Tribunal devrait lever dans cette mesure l'opposition formulée à la poursuite du débiteur. Le recourant ne s'est pas déterminé dans le délai imparti. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF

127 V 467 consid. 1 ; 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le litige porte sur des primes d'assurance-maladie impayées pour la période de janvier à juin 2004. En conséquence, les dispositions matérielles de la LPGA s'appliquent. En ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). Le recourant conteste devoir payer les primes d'assurance-maladie pour la période de janvier à juin 2004, arguant du fait que l'augmentation des primes 2004 ne serait pas valable. Il sied de rappeler que l'un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. Ainsi l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe que toute personne domiciliée en Suisse est tenue de s'assurer pour les soins en cas de maladie (ATF 126 V 268 consid. 3b et les références). L'obligation de payer des primes découle de l'art. 61 LAMal ; elle constitue la contrepartie de l'obligation de l'assureur d'assumer la prise en charge des événements assurés. Elle est la conséquence juridique impérative de toute affiliation valable auprès d'une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1980 p. 161 ; 1981 p. 61). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 al. 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 - OAMal). Le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5% par année (art. 90 al. 2 OAMal). Si, en dépit d'une sommation, l'assuré ne paie pas les primes ou participations aux coûts échues, l'assureur doit engager une procédure de poursuite (art. 90 al. 3 OAMal). Aux termes de l'art. 7 al. 2 LAMal, la caisse doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'OFAS (devenu l'Office fédéral de la santé publique (l'OFSP) au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur. L'art. 61 LAMal prévoit que l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés (al. 1). Il peut échelonner le montant des primes s'il est établi que les coûts diffèrent selon les cantons et les régions (al. 2). Il peut fixer une prime plus basse que celle des assurés plus âgés pour ceux qui ont moins de 18 ans révolus ou moins de 25 ans révolus (al. 3). Le Conseil fédéral fixe les réductions de primes visées à cet alinéa (al. 3 bis). Les tarifs des primes de l'assurance de soins obligatoires doivent être approuvés par le Conseil fédéral. Les cantons peuvent se prononcer sur les tarifs de primes prévus pour leurs résidents, pour autant que la procédure d'approbation n'en soit pas prolongée (al. 5). Pour chaque assuré, la caisse doit distinguer clairement entre les primes de l'assurance obligatoire des soins, de l'assurance d'indemnités journalières, des assurances complémentaires et d'autres branches d'assurances (art. 89 OAMal). La caisse doit soumettre à l'approbation de l'OFAS (aujourd'hui l'OFSP), les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins et leur modification, au plus tard 5 mois avant leur application. Ces tarifs ne peuvent être appliqués qu'après l'approbation. Pour obtenir celle-ci, la caisse joint aux tarifs, sur une formule remise par l'Office fédéral, le budget de l'exercice en cours et le budget de l'exercice suivant (art. 92 OAMal). L'art. 60 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2004 applicable en l'espèce, prévoit, quant à lui, les règles de financement de l'assurance obligatoire des soins. Celle-ci est financée d'après le système de la répartition des dépenses. Les assurances constituent des réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir leur solvabilité à long terme (al. 1). Le financement doit être autonome. Les assureurs doivent présenter séparément au bilan les provisions et les réserves destinées à l'assurance obligatoire des soins (al. 2). Ils tiennent un compte d'exploitation distinct pour l'assurance obligatoire des soins, et les montants des

primes et les prestations relatives aux cas de maladie et d'accident sont indiqués séparément (al. 3). D'autres dispositions sont édictées par le Conseil fédéral sur la tenue de la comptabilité, la présentation et le contrôle des comptes, ainsi que la constitution des réserves et les placements des capitaux (al. 4). Dans son arrêt du 1^{er} février 2005 (ATF 131 V 66), le TFA a tout d'abord confirmé sa jurisprudence selon laquelle le recours de droit administratif est recevable contre des décisions qui sont prises en application d'un tarif dans une situation concrète, alors qu'il est irrecevable contre des décisions qui ont pour objet l'établissement ou l'approbation d'un tarif dans son ensemble ou lorsqu'il vise directement des clauses tarifaires particulières en tant que telles (cf. ATFA du 31 mai 2002 dans la cause K 120/01). Il convenait cependant de déterminer le pouvoir d'examen du juge lorsque le recours est dirigé contre une décision prise en application d'une clause tarifaire, dans une situation concrète, comme dans le cas d'espèce. Rappelant l'autonomie des assureurs dans la fixation des primes selon l'art. 61 al. 1 LAMal, ainsi que la liberté d'appréciation étendue de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP, anciennement OFAS) dans l'approbation des tarifs de primes et du Conseil fédéral en tant qu'autorité de recours interne à l'administration, le TFA a déclaré qu'il ne convenait pas que l'autorité juridictionnelle appelée à trancher un cas concret puisse, "d'une manière indirecte, substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité administrative. Aussi, le juge est-il appelé à faire preuve d'une grande retenue lors du contrôle d'une décision prise en application d'une clause tarifaire dans une situation concrète". Cependant, le Tribunal ne doit pas se limiter à examiner si l'assuré a été classé correctement dans la région de prime déterminante et dans la classe d'âge correspondante, ou si le tarif approuvé par l'OFAS, la franchise et les rabais ont été appliqués correctement à l'intéressé. Dans le cadre du contrôle de la légalité de la clause en question, il doit examiner si celle-ci est conforme au système de la répartition des dépenses et au principe du financement autonome de l'assurance obligatoire des soins, selon l'art. 60 al. 1, 2 et 3 LAMal. Il lui incombe en particulier de vérifier "si la clause contestée repose, en ce qui concerne les charges et les produits, sur une comptabilité distincte pour l'assurance-maladie sociale et, dans ce cadre, une comptabilité séparée pour l'assurance obligatoire ordinaire des soins, pour les formes particulières d'assurance au sens de l'art. 62 LAMal et pour l'assurance indemnités journalières (art. 81, al. 1 OAMal). L'exigence d'une comptabilité distincte doit être contrôlée également en ce qui concerne les frais d'administration (art. 84 OAMal)". Pour ce faire, le juge doit faire appel à des spécialistes des organes de fixation et d'approbation des tarifs de primes, tout en tenant compte du droit au secret des affaires et du droit de l'assuré de consulter les pièces. La plupart des questions auxquelles le juge pourrait être amené à donner des réponses dans le cadre du contrôle qui lui incombe, peut s'appuyer sur le témoignage, écrit ou oral, de l'organe de révision, dont l'indépendance est présumée de par la loi. En l'occurrence, le Tribunal de céans a entendu à titre de témoin un représentant de l'organe de révision de la caisse. Celui-ci a déclaré que la caisse tenait une comptabilité distincte pour l'assurance obligatoire des soins et les autres formes d'assurance. Les frais d'administration avaient quant à eux été répartis selon une clé de répartition reconnue par l'OFAS. Le Tribunal relève que les déclarations du témoin sont corroborées par les nombreuses pièces versées au dossier, et en particulier par les comptes d'exploitation pour les exercices 2001 à 2003. Le Tribunal constate, dans le cadre restreint de son pouvoir d'examen, que les comptes de la caisse apparaissent conformes aux exigences légales. Ainsi, conformément aux principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, il y a lieu de conclure que la clause tarifaire en cause respecte le système légal de répartition des dépenses et le principe du financement autonome de l'assurance obligatoire de soins, au

sens de l'arrêt du TFA précité (ATF 131 V 66). Dans son écriture du 9 mai 2008, l'intimée explique que la question de l'opportunité de la hausse des primes pourrait être litigieuse. Le Tribunal de céans ignore cependant à quoi fait référence l'intimée. En effet, selon les critères posés par le TFA, dûment vérifiés en l'occurrence, l'augmentation des primes 2004 est valable. Le grief invoqué par le recourant tombe donc à faux. Reste à examiner si le montant de la créance réclamée au recourant est correct. A cet égard, le recourant se plaint de ce que le montant de la prime pour son fils HC _____, soit 82 fr. 80, ne tient pas compte du subside dont il aurait dû bénéficier en 2004. En application des art. 65 et 66 LAMAL, le canton de Genève accorde des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie des assurés de condition économique modeste (art. 19 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie - LaLAMal). Jusqu'au 30 juin 2004, l'administration fiscale cantonale ou le SAM adressaient une attestation aux ayants-droit (art. 26 LaLAMal, en vigueur jusqu'au 30 juin 2004). Depuis le 1 er juillet 2004, seul le SAM adresse une attestation à chaque bénéficiaire. Cette attestation présente le montant du subside accordé, la date à partir de laquelle le droit au subside prend naissance et le nom de l'assureur. Ce document doit être conservé par le bénéficiaire (art. 23 al. 4 LaLAMal). En l'occurrence, aucune attestation dûment établie par l'administration fiscale cantonale ou par le SAM pour l'année 2004 n'a été produite par le recourant. A défaut d'une telle attestation, force est de constater que le montant de la prime 2004 pour HC _____, soit 82 fr. 80, ne peut qu'être confirmé. Enfin, selon le recourant, le montant réclamé ne tiendrait pas compte de la nouvelle prime d'assurance valable dès le mois d'avril 2004 pour son épouse. Comme il ressort des pièces versées par le recourant, la caisse a effectivement émis, en date du 18 mars 2004, une nouvelle police d'assurance concernant son épouse. Il en ressort que sans le risque accident, sa prime mensuelle s'élevait à 313 fr. dès le 1 er avril 2004. C'est par conséquent à tort que la décision querellée a pris en compte une prime mensuelle de 333 fr. pour les mois d'avril et mai 2004. Il apparaît ainsi que le recourant doit le montant de 4913 fr. 20 (1071 fr. 80 x 3 = 3215 fr. 40 pour les primes de janvier à mars 2004 pour l'ensemble de la famille; 1051.80 pour les primes d'avril 2004 pour l'ensemble de la famille; 333 fr. pour la prime de mai 2004 pour le recourant; 313 fr. pour la prime de mai 2004 pour la femme du recourant) et non 4953 fr. 20 tel que mentionné sur le commandement de payer. A ce montant s'ajoutent 20 fr. de frais de rappel. Le recours sera donc partiellement admis sur ce point. La mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer sera donc prononcée à concurrence de 4913 fr. 20 portant intérêts à 5% dès le 1 er janvier 2004, ainsi que de 20 fr. de frais de rappel et 80 fr. 85 de frais de poursuites. Le recours étant très partiellement admis, une indemnité de 500 fr. sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa).

PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet très partiellement au sens des considérants. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer poursuite n° 04 220424 G à concurrence de 4913 fr. 20 portant intérêts à 5% dès le 1 er janvier 2004, ainsi que de 20 fr. de frais de rappel et 80 fr. 85 de frais de poursuites. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 500 fr. à titre de dépens. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de

preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.