

GE_GERICHTE A/1293/2015 vom 24. August 2015

GE Cour de justice, 2015-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1293_2015

FR: GE_GERICHTE A/1293/2015 du 24 août 2015

IT: GE_GERICHTE A/1293/2015 del 24 agosto 2015

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Plan-les-Ouates recourante contre Assura, 1052 LE MONT-SUR-LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1948, est assurée auprès d'Assura (ci-après l'assurance ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire de soins en cas de maladie et accident depuis le 1 er janvier 2013 selon le modèle Pharmed et le système de tiers payant, avec une franchise à CHF 2'500.-.!

2. Le 18 février 2014, le docteur B_____, spécialiste FMH en pneumologie, a prescrit à l'assurée une thérapie CPAP (Continuous Positive Airway Pressure ou nCPAP, nasal Continuous Positive Airway Pressure). Son ordonnance précisait que l'équipement technique, consistant en un appareil CPAP et un masque, devait être fourni en location par la société Sleep & Health SA (ci-après la société).!

3. Selon la fiche de contrôle signée par le Dr B_____ en date du 28 mars 2014, un humidificateur a été ajouté à l'équipement à la suite du contrôle.!

4. La société a adressé les factures suivantes à l'assurance :!

a. facture du 26 février 2014 de CHF 550.- pour l'installation du système CPAP ;!

b. facture du 31 mars 2014 de CHF 46.90 pour la location du système CPAP du 2 ème au 18 ème mois ;!

c. facture du 9 avril 2014 de CHF 150.-, afférente à la mise en place d'un humidificateur et au contrôle des résultats de la thérapie ;!

d. facture du 30 avril 2014 pour la location du système CPAP du 2 ème au 18 ème mois (CHF 100.50) et pour la location d'un humidificateur (CHF 13.50), soit en tout CHF 114.-.!

5. L'assurance a fait parvenir à l'assurée les décomptes de prestations suivants :!

a. décompte du 9 mai 2014, l'invitant à lui verser un montant de CHF 550.- correspondant à sa participation à la facture de la société du 26 février 2014 ;!

b. décompte du 16 mai 2014 de CHF 196.90 correspondant à sa participation aux factures du 31 mars et du 9 avril 2014 de la société ;!

c. décompte du 3 juin 2014 de CHF 114.- correspondant à sa participation à la facture du 30 avril 2014.!

6. Le 22 août 2014, l'assurance a adressé un rappel à l'assurée portant sur un montant de CHF 870.90.!

7. Le 29 septembre 2014, l'assurance a mis en demeure l'assurée de s'acquitter du montant d'un montant de CHF 1'350.20 englobant les frais pris en charge par ses soins. Elle l'a avertie des conséquences d'un défaut de paiement.!

8. Par courrier du 27 octobre 2014, l'assurée a indiqué à l'assurance s'agissant du montant de CHF 550.- qu'elle avait informé la société en date du 21 mai 2014 que ni l'assurance ni elle ne s'acquitteraient de cette facture. Elle avait également averti la société par courrier du 18 juin 2014 que les factures de CHF 196.90 et de CHF 114.- ne seraient pas payées. Le traitement avait été initié et conduit dans le cabinet du Dr B_____. Le technicien de la société avait uniquement procédé à la lecture de la mémoire de l'appareil et lui avait donné la moyenne de ses heures de sommeil par nuit. Le

traitement devait comprendre un humidificateur dès le début. Or, cet appareil n'avait été fourni qu'en deuxième phase, et le sommeil de l'assurée s'était détérioré en raison de son ajout. S'il avait été couplé au système CPAP dès le départ, l'inopportunité de cette solution aurait été mise en évidence tout de suite. L'assurée s'interrogeait sur le caractère délibéré de l'installation tardive de l'humidificateur. Elle n'avait d'ailleurs signé aucun contrat avec la société. L'appareillage n'ayant pas eu les effets escomptés, l'assurée avait décidé de le retourner à la société. Au vu de ces éléments, la société devait extourner ses factures à l'assurance. L'assurée a encore demandé des précisions sur une facture de CHF 449.30 datée du 7 août 2014. Elle a joint les pièces suivantes à son courrier : !endif]>![if> a. correspondance du 14 avril 2014 de l'assurée au Dr B_____, énumérant les problèmes rencontrés en lien avec l'utilisation de l'appareillage CPAP, auquel elle renonçait. !endif]>![if> b. courrier en allemand du 21 mai 2014 de l'assurée à la société, indiquant qu'elle avait restitué l'appareillage le 20 mai 2014 au Dr B_____. Son utilisation n'avait pas été probante. Les coûts de son utilisation étaient couverts par la facture du Dr B_____ du 4 avril 2014 s'élevant à CHF 956.05. L'assurée n'avait conclu aucun contrat avec la société, dont la facture ne serait prise en charge ni par elle ni par l'assurance. !endif]>![if> c. courrier en allemand du 18 juin 2014 de l'assurée à la société, l'invitant à annuler ses factures en se référant à sa correspondance du 21 mai 2014. !endif]>![if> 9. Le 28 novembre 2014, l'assurance a déposé une réquisition de poursuite à l'encontre de l'assurée pour un montant de CHF 1'310.20. Les frais administratifs étaient de CHF 40.- et l'avance de frais de CHF 73.30. !endif]>![if> 10. Le 2 décembre 2014, l'assurance a indiqué à l'assurée qu'elle avait honoré les quatre factures émises par la société. Cette dernière lui avait confirmé qu'elle n'annulerait pas ses facturations, car l'appareil avait bel et bien été loué. !endif]>![if> 11. Le 11 décembre 2014, sur réquisition de l'assurance, un commandement de payer a été notifié à l'assurée dans la poursuite 1_____, portant sur le paiement de CHF 1'310.20 et de CHF 40.- de frais, ainsi que les frais du commandement de payer. !endif]>![if> 12. Par courrier du 17 décembre 2014, l'assurée a précisé à l'assurance qu'elle avait réglé la veille un montant de CHF 449.30 correspondant à la facture du 1 er juillet 2014 pour la physiothérapie. Elle s'étonnait que ce montant fasse l'objet d'un commandement de payer. S'agissant du commandement de payer du 16 (recte 11) décembre 2014, il se rapportait à des factures de la société pour des prestations qui n'avaient pas été fournies. !endif]>![if> 13. Dans son courrier du 19 décembre 2014 à l'assurance, l'assurée a déclaré s'opposer au commandement de payer qui lui avait été notifié. Elle a indiqué à l'assurance que le montant du commandement de payer était selon son calcul d'un montant de CHF 860.- et non de CHF 1'310.20. L'assurance avait par mégarde ajouté le montant de CHF 449.30 d'une facture de physiothérapie, désormais acquittée. L'assurée a souligné qu'elle n'avait pas signé l'offre de la société, et l'installation tardive de l'humidificateur démontrait que l'appareillage CPAP avait été mal paramétré dès le début. Les prestations de la société manquaient de transparence et ses factures ne correspondaient pas à la réalité. Ces éléments permettaient à l'assurance d'exiger l'annulation des factures. Le 19 décembre 2004, elle a signé une déclaration d'opposition totale à la poursuite n° 1_____ sur un formulaire de l'office des poursuites. !endif]>![if> 14. Par courrier du 16 janvier 2015, l'assurance a indiqué à l'assurée que si elle comprenait sa déception quant à l'inefficacité du traitement, il n'en restait pas moins qu'un appareil CPAP lui avait été loué. La société avait adhéré à la convention tarifaire nationale pour les appareils d'inhalation et de respiration. C'est dans ce contexte que les quatre factures avaient été réglées. L'assurance ne pouvait refuser tout ou partie de la location d'un

appareil CPAP prescrit par un médecin. Un traitement médical n'avait pas d'obligation de résultat. Son inefficacité ne pouvait dès lors pas être prise en compte. Pour le surplus, le courrier du 19 décembre 2014 ne valait pas opposition au commandement de payer, et l'assurance invitait l'assurée à s'acquitter rapidement des participations dues.!

15. Dans sa correspondance du 29 janvier 2015, l'assurée a répété qu'elle n'avait jamais signé de contrat avec la société, dont l'intervention avait consisté en un bricolage improvisé et non conforme à la prescription du médecin de coupler l'humidificateur à l'appareil CPAP.!

16. Dans sa décision du 18 février 2015, l'assurance a relevé que la société était admise à exercer son activité à la charge de l'assurance-maladie et que les frais de location d'un appareil CPAP incombait à l'assurance-maladie selon les dispositions réglementaires. La conclusion d'un contrat entre l'assurée et la société n'était pas nécessaire. Les factures de cette dernière s'élevaient à CHF 46.90, CHF 550.-, CHF 150.- et CHF 114.-. Les conditions de leur prise en charge étaient réalisées. Ces prestations avaient en effet été prescrites par un médecin et facturées conformément aux dispositions légales. L'installation tardive de l'humidificateur ne justifiait pas le refus de la prise en charge des factures émises par la société pour la location de l'appareil CPAP. Partant, l'assurée était invitée à s'acquitter du solde faisant l'objet du commandement de payer. La décision valait mainlevée de l'opposition au commandement de payer.!

17. Le 4 mars 2015, l'assurée s'est opposée à la décision de l'assurance. La société avait livré un appareil incomplet et ne fonctionnant pas, non conforme à la prescription du Dr B_____. Le montant de CHF 150.- correspondait à la deuxième livraison et ne devait pas être pris en charge. L'assurée a requis des détails sur les prestations facturées par la société.!

Elle a joint une note de frais de CHF 2'485.30 correspondant aux prestations de Monsieur A_____ pour la rédaction des différents courriers à l'assurance et à la société.

18. Le 12 mars 2015, l'assurée s'est prévalu de plusieurs dispositions légales, que la société avait violées selon elle.!

19. Par décision du 8 avril 2015, l'assurance a écarté l'opposition de l'assurée. Elle a rappelé que le montant impayé s'élevait désormais à CHF 974.20, comprenant CHF 550.-, CHF 196.90 et CHF 114.- pour la participation à des frais médicaux ; CHF 10.- de frais de rappel ; CHF 30.- de frais de sommation et CHF 73.30 de frais de poursuite. Elle a pris acte du fait que l'assurée s'était acquittée de CHF 449.30 et dit que ce montant ne faisait plus partie de l'objet de la poursuite requise. Elle a réaffirmé que les conditions légales pour la prise en charge des factures de la société étaient réalisées. Le fait que l'humidificateur n'ait pas été installé plus tôt n'y changeait rien. En effet, il revenait au Dr B_____ de réagir si le système n'était pas conforme à sa prescription. Contrairement à ce qu'affirmait l'assurée, les factures de la société étaient conformes au système du tiers payant, puisqu'elles indiquaient le numéro d'article, la désignation, la quantité et le prix. !

20. Dans son courrier du 20 avril 2015, l'assurée a déclaré s'opposer au commandement de payer. Elle a affirmé avoir réglé toutes les factures de 2014, à l'exception de celles de la société. Elle a répété que cette dernière n'avait pas respecté l'ordonnance du Dr B_____, qui mentionnait un humidificateur dans son ordonnance du 18 février 2014. Or, l'appareil CPAP lui avait été remis à cette date dans le cabinet du Dr B_____, sans l'humidificateur prévu.!

21. A la même date, l'assurée a interjeté recours auprès de la chambre de céans. Elle a conclu à l'annulation du commandement de payer du 11 décembre 2014, à l'annulation de l'opposition de l'intimée du 8 avril 2015 (sic) et à la condamnation de l'intimée à la prise en charge de CHF 974.20 et au versement de CHF 3'235.30 correspondant aux frais administratifs de la recourante.!

A l'appui de son recours, elle a repris les arguments déjà développés dans ses

courriers à l'intimée. 22. Dans sa réponse du 19 mai 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours, à la mainlevée de l'opposition au commandement de payer 1 _____ et à la confirmation de sa décision. Après avoir rappelé les dispositions légales applicables, elle a soutenu que c'était à bon droit qu'elle s'était acquittée des factures de la société. Il appartenait au Dr B _____ de réagir si l'installation ne correspondait pas à sa prescription. De plus, selon les renseignements fournis par la société, l'installation d'un humidificateur n'était pas automatique, même s'il était prescrit. Pour le surplus, l'intimée a déclaré qu'elle n'entendait pas indemniser la recourante pour les frais administratifs allégués.

23. Dans sa réponse du 2 juin 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a relevé que le Dr B _____ avait assisté seulement aux premières minutes de l'entretien avec le technicien de la société. Il avait été surpris de constater l'absence de l'humidificateur lors du contrôle du 28 mars suivant. Il n'y avait ainsi pas eu de traitement en raison de la négligence de la société, qui avait rompu la relation de confiance. L'appareil n'avait pas fonctionné correctement. L'humidificateur était d'ailleurs prévu dans le contrat de la société. La conformité à la loi des factures de la société du point de vue formel n'était pas une garantie de leur contenu.

La recourante a notamment produit les pièces suivantes à l'appui de son écriture : a. rapport de polygraphie respiratoire nocturne du 11 février 2014 du Dr B _____, concluant à un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil (SAHS) et indiquant qu'il valait la peine de tenter un appareillage par CPAP ; b. première page d'un contrat de location entre la société et la recourante, portant sur l'appareil CPAP, un masque et un humidificateur, stipulant les tarifs suivants: instruction initiale et premier mois de location : CHF 550.- ; location à partir du 2^{ème} mois : CHF 3.35 par jour ; humidificateur (seulement en cas de besoin): CHF 0.45 par jour ; contrôle thérapeutique une fois par an (CHF 150.-).

24. A la demande de la chambre de céans, l'intimée a produit en date du 23 juillet 2005 ses conditions générales d'assurance ainsi que la convention tarifaire nationale pour les appareils d'inhalation et de respiration, à laquelle a adhéré la société. Elle a complété son envoi le 29 juillet 2015.

25. La chambre de céans a transmis copie de ces pièces à la recourante par plis des 27 et 30 juillet 2015.

26. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

4. Le litige porte sur l'obligation de la recourante de s'acquitter d'un montant de CHF 974.20, correspondant à sa participation aux coûts liés à l'utilisation de l'appareil CPAP, et aux frais administratifs et de poursuite.

5. Aux termes de l'art. 25 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 (al. 1). Ces prestations comprennent les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (al. 2 let. b).

Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32

al. 1 LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 130 V 532 consid. 2.2; 128 V 159 consid. 5c/aa). L'efficacité doit être démontrée de manière scientifique. A cet égard, il ne suffit pas de se fonder sur les résultats concrets du traitement dans un cas isolé mais bien d'apprécier l'efficacité des résultats obtenus par un traitement de manière générale et non en fonction d'un cas isolé (ATF 133 V 115 consid. 3.2.1). Aux termes de l'art. 52 al. 1 let. a ch. 3 LAMal, après avoir consulté les commissions compétentes et conformément aux principes des art. 32, al. 1, et 43, al. 6, le département édicte des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques. Faisant usage de cette compétence, le département a édicté la liste des moyens et appareils à la charge des caisses-maladie (LiMA, annexe 2 à l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [OPAS – RS 832.112.31]). Le chiffre 14.11 de la LiMA comprend les appareils de nCPAP et les humidificateurs. 6. L'art. 43 LAMal régit la fixation des prix des prestations. Selon l'alinéa 4 de cette disposition, les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des fédérations, les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion. En l'espèce, la convention tarifaire nationale relative à la distribution d'appareils d'inhalation et de thérapie respiratoire ainsi que d'oxygène entre Cobaco SA et santésuisse, à laquelle a adhéré la société, fixe les tarifs de location à son annexe I. Les forfaits de location suivants y sont convenus: humidificateur d'air comme accessoire, CHF 0.45 par jour (chiffre 14.11.00.01.0) ; forfait pour le premier mois lors de nouvelle location d'un appareil nCPAP, CHF 550.- (chiffre 14.11.02.01.2) ; location appareil nCPAP à partir du 2^{ème} mois de location, CHF 3.35 par jour (chiffre 14.11.02.00.2), contrôle des résultats après un à trois mois, CHF 150.- (chiffre 14.11.02.02.3). 7. Le système du tiers payant (par opposition au système du tiers garant) est prévu à l'art. 42 al. 2 1^{ère} phrase LAMal, selon lequel assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération. Il s'agit d'une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations, qui a pour effet de libérer l'assuré de sa dette à l'égard de ce dernier. 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. L'assureur est le débiteur direct du fournisseur (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 145/05 du 13 janvier 2006 consid. 5.2). 8. Selon l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixé par année (franchise) (let. a); et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (let. b) (al. 2). Vu le caractère obligatoire de la participation de l'assuré aux coûts, l'assureur-maladie ne saurait renoncer à la percevoir (ATF 129 V 396 consid. 1.2). La participation aux coûts est due même lorsque l'assuré ne s'est pas plié au traitement de manière volontaire (ATF 106 V 179 consid. 4b). Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics.

Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes des participations aux coûts. Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée. Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 de la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP – RS 821.1), auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (arrêt du Tribunal fédéral 9C_786/2008 du 31 octobre 2008 consid. 3.1). 9. En vertu de l'art. 105b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal – RS 832.102), l'assureur envoie la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels (al. 1). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (al. 2). Les conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal de l'intimée prévoient à leur chiffre 17. 1 que l'assuré qui, après rappel, ne s'acquitte pas de ses redevances fait l'objet d'une mise en demeure. Si cette sommation n'est pas suivie d'un paiement intégral dans les 5 jours, l'assuré devient immédiatement redevable des primes dues jusqu'à la prochaine échéance et une procédure de recouvrement par voie de poursuite ou faillite est introduite. En cas d'opposition au commandement de payer, l'assureur prononcera, en application de l'article 79 LP et sous forme de décision sujette à opposition au sens de l'article 52 LPGA, la levée d'opposition jusqu'à concurrence du montant dû. L'assuré est astreint à participer aux frais d'édition de rappel et d'établissement de la mise en demeure à raison, respectivement, de fr. 10.- et de fr. 30.-. 10. En l'espèce, les prestations dont la recourante conteste le paiement consistent en la mise à disposition d'un système CPAP puis d'un humidificateur, et le contrôle de cet équipement. Ces prestations ont été fournies sur prescription médicale et elles sont prévues dans la LiMa, de sorte que les conditions légales à leur prise en charge sont réalisées s'agissant du principe. Les arguments de la recourante ne permettent pas de parvenir à une autre appréciation. Elle allègue en premier lieu qu'elle n'a pas signé de contrat avec la société. Ce grief tombe cependant à faux. D'une part, la recourante a produit la première page d'un contrat de location avec la société, ce qui paraît démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b) qu'un tel document a bien été signé, quand bien-même la chambre de céans ne dispose pas du contrat dans son intégralité. D'autre part, l'art. 11 al. 1 du code des obligations (CO – RS 220) prévoit que la validité des contrats n'est subordonnée à l'observation d'une forme particulière qu'en vertu d'une prescription spéciale de la loi. Or, les dispositions relatives au contrat de bail ne prévoient pas qu'un contrat écrit doit être conclu. Enfin, l'existence d'un contrat entre un fournisseur de prestations et un assuré n'est pas une condition de la prise en charge par l'assurance

obligatoire de soins. Comme cela ressort de la jurisprudence citée, même le consentement de l'assuré au traitement n'est pas une condition nécessaire à la prise en charge. La recourante semble en outre considérer que le règlement des factures ne peut être exigé, car le traitement n'aurait pas été mené de manière conforme aux règles de l'art, eu égard au fait que l'humidificateur n'a pas été mis à disposition simultanément à l'appareillage CPAP. Or, le Dr B_____ était présent au moment où l'appareil CPAP a été remis à la recourante, ce que cette dernière ne conteste pas. Si l'humidificateur avait été un accessoire indispensable du système CPAP, le pneumologue l'aurait relevé et aurait exigé sa fourniture. De plus, contrairement à ce que la recourante affirme, la prescription du 18 février 2014 du Dr B_____ – établie sur un formulaire – ne prévoit pas la mise à disposition d'un humidificateur puisqu'aucun modèle ou numéro de série n'est indiqué sous la rubrique « Humidificateur », alors que ces indications figurent sous les rubriques « Appareil CPAP » et « Masque ». La chambre de céans relève d'ailleurs à ce sujet que le contrat indique expressément que l'humidificateur n'est fourni qu'en cas de besoin. La convention tarifaire stipule en outre le prix de l'humidificateur de manière séparée, ce qui tend à démontrer qu'il ne fait pas partie du traitement standard par CPAP, auquel cas il serait inclus dans le prix de la location de l'équipement de base. Enfin, même s'il fallait admettre que le traitement devait impérativement comprendre un humidificateur et que c'est seulement à cette condition qu'il devait être pris en charge, il faut souligner que la recourante a bénéficié de la mise à disposition de l'appareil CPAP – couplé à l'humidificateur – durant près d'un mois et demi avant de le restituer au Dr B_____, de sorte qu'une partie au moins des factures émises par la société devrait être acquittée. Quant à l'échec du traitement allégué par la recourante, il ne s'agit pas d'un motif permettant de refuser le paiement des prestations. En effet, l'efficacité d'un traitement – condition à sa prise en charge – n'implique pas une garantie de succès dans chaque cas. Reste à déterminer si la facturation par la société est conforme à la convention nationale. Force est de constater que les différents montants facturés sont identiques aux forfaits ressortant de la convention applicable. La facture du 26 février 2014 correspond en effet au chiffre 14.11.02.01.2 de la convention et couvre la location pour le premier mois de l'appareil, soit du 18 février au 17 mars 2014. La deuxième facture, émise le 31 mars 2014, d'un montant de CHF 46.90, correspond à 14 jours de location du 18 au 31 mars 2014 selon le tarif pour la location du 2^{ème} au 18^{ème} mois de CHF 3.35 par jour. La troisième facture a été établie à la suite du contrôle qui a eu lieu le 28 mars 2014, et son montant correspond au forfait de CHF 150.- du chiffre 14.11.02.02.3. La dernière facture du 30 avril 2014 couvre 30 jours de location à CHF 3.35 de l'appareil CPAP et de location à CHF 0.45 de l'humidificateur, soit le mois d'avril 2014. Ainsi, les factures de la société reprennent les positions tarifaires convenues. Elles sont mêmes favorables à la recourante, puisque la location du 1^{er} au 20 mai n'a pas été facturée et que celle-ci a indiqué qu'elle avait restitué l'appareil le 20 mai 2014 seulement. Les décomptes de l'intimée reprennent les montants facturés. La recourante n'allègue pas que sa franchise aurait déjà été dépassée. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a exigé la participation de la recourante à concurrence de l'intégralité des factures de la société, soit CHF 860.90. Les autres montants faisant l'objet de la décision sur opposition sont CHF 10.- de frais de rappel ; CHF 30.- de frais de sommation et CHF 73.30 de frais de poursuite. Les conditions générales de l'intimée prévoient que des montants de CHF 10.- et CHF 30.- respectivement peuvent être mis à la charge de l'assuré en cas de rappel ou de mise en demeure. La recourante est ainsi tenue de s'en acquitter. Quant aux CHF 73.30, ils correspondent à l'avance de frais requise par l'Office des poursuites. Conformément à l'art.

68 1 ère phrase LP, les frais de la poursuite sont à la charge du débiteur. Le paiement de ces frais incombe ainsi également à la recourante. 11. La recourante se prévaut encore des alinéas 3 et 3 bis de l'art. 42 LAMal, affirmant que la société les a enfreints. Ces dispositions prévoient notamment que le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible, et les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation et que les diagnostics et les procédures sous forme codée, conformément aux classifications contenues dans l'édition suisse correspondante publiée par le département compétent. Or, les factures de la société satisfont en tous points ces exigences formelles, de sorte que la recourante ne saurait être suivie. Cette dernière affirme de surcroît que la société a violé l'art. 56 LAMal, lequel prévoit notamment que le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement, que la rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée et que sa restitution peut être réclamée par l'assuré. Quant à l'art. 59 LAMal, également invoqué par la recourante, il énumère les sanctions auxquelles s'expose le fournisseur de prestations qui ne respecte pas les exigences liés au caractère économique des prestations. Comme on l'a vu, les prestations litigieuses sont celles qui ont été prescrites par le Dr B_____ et elles relèvent de moyens auxiliaires prévus dans la LiMa, de sorte que leur caractère économique ne peut être nié. Les arguments de la recourante ne lui sont ainsi d'aucun secours.!

12. Lorsque le créancier requiert une poursuite sans titre à la mainlevée préalable, il doit en cas d'opposition au commandement de payer agir par la voie de la procédure ordinaire ou administrative pour faire reconnaître son droit conformément à l'art. 79 al. 1 LP. Lorsque la poursuite porte sur une créance de droit public, le bien-fondé de celle-ci doit faire l'objet d'une décision formelle de l'autorité administrative compétente, soit, en matière d'assurance-maladie sociale, des assureurs. Ceux-ci peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre à la mainlevée entrée en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 LP. Dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation pécuniaire de l'assuré, mais elle statuera simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée (ATF 119 V 329 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 63/05 du 26 juin 2006 consid. 7.2). L'accès à un tribunal doit être garanti en vertu de l'art. 6 par. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH - RS 0.101). Cette garantie est sauvegardée lorsque le débiteur a la possibilité de saisir le tribunal cantonal des assurances compétent (ATF 121 V 109 consid. 3c). !

Le juge des assurances est le juge ordinaire selon l'art. 79 LP et il a qualité pour lever une opposition à la poursuite en statuant sur le fond (ATF 109 V 46 consid. 4). La chambre de céans est ainsi compétente pour prononcer la mainlevée de l'opposition à concurrence du montant faisant l'objet de la décision sur opposition, soit CHF 974.20. 13. Entièrement mal fondé, le recours sera rejeté.!

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Statuant A la forme :

1. Déclare le recours recevable.!
2. Le rejette.!
3. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition au

commandement de payer n° 1 _____ à concurrence de CHF 974.20. [endif]>[if> 4.
Dit que la procédure est gratuite.[endif]>[if> 5. 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 (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin
2005 – LTF - RS 173.110) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations
complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss
LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires
cantonales. 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.[endif]>[if> La greffière Alicia PERRONE La
présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties
ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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