

GE_GERICHTE A/4530/2015 vom 18. Januar 2017

GE Cour de justice, 2017-01-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4530_2015

FR: GE_GERICHTE A/4530/2015 du 18 janvier 2017

IT: GE_GERICHTE A/4530/2015 del 18 gennaio 2017

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Genève recourant contre ASSURA-BASIS SA, sise avenue C.-F. Ramuz, PULLY, repr. par ASSURA, service juridique, Mont-sur-Lausanne intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1949, a été assuré dès 1994 auprès d'Assura (ci-après l'assurance ou l'intimée) pour l'assurance-obligatoire des soins. Il a par la suite opté pour le modèle « Médecin de famille ».[endif]>![if> 2. Par courrier du 24 juin 2013 à l'assurance, l'assuré a déclaré résilier ses polices d'assurance de base et d'assurances complémentaires.[endif]>![if> 3. Le 5 juillet 2013, l'assurance a indiqué accepter la résiliation du contrat d'assurance obligatoire de soins pour le 31 décembre 2013. Elle a précisé que l'affiliation ne prenait fin que lorsque le nouvel assureur communiquait qu'il assurait l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance, et à condition que les primes, participations aux coûts et les éventuels intérêts et frais de poursuite soient intégralement acquittés. S'agissant de la police d'assurance complémentaire, elle devait être dénoncée au moins six mois à l'avance. La date d'expiration du contrat d'assurance complémentaire était fixée au 31 décembre 2015. L'assuré était invité à renouveler la résiliation dans le 1^{er} semestre 2015. [endif]>![if> 4. Le 15 septembre 2015, l'assurance a rendu une décision refusant d'admettre la doctoresse B_____ en tant que médecin de famille de l'assuré, au motif que cette dernière bénéficiait d'une spécialisation en endocrinologie et en diabétologie. Selon les conditions spéciales d'assurance en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, seul un médecin généraliste ou interniste sans autre spécialisation pouvait être désigné comme médecin de famille. L'assuré avait été rendu attentif à la modification des conditions d'assurance par plusieurs courriers, qui l'avaient avisé que les frais médicaux engagés ne seraient pas remboursés dès lors que la Dresse B_____ ne pouvait être considérée comme médecin de famille. L'assurance a noté que l'assuré avait suspendu le paiement de ses primes en raison du refus de prise en charge des soins prodigués ou prescrits par la Dresse B_____ et par le docteur C_____, spécialiste FMH en urologie. [endif]>![if> 5. L'assuré s'est opposé à cette décision le 9 octobre 2015. Il a affirmé que la Dresse B_____ était son médecin de famille et était reconnue comme telle dans le canton de Genève. L'assurance était ainsi tenue de rembourser ses frais médicaux. Devant l'attitude « diffamatoire, calomnieuse et discriminatoire » (sic) de l'assurance, il demandait en outre « réparation en dommages et intérêts à hauteur de CHF 10'000.- » ainsi que le paiement de tous les frais judiciaires. [endif]>![if> 6. Par décision du 10 décembre 2015, l'assurance a partiellement admis l'opposition. L'assurance a rappelé que l'assuré avait opté pour le modèle d'assurance « Médecin de famille » et désigné la Dresse B_____ en tant que médecin de famille. À la suite d'un arrêt rendu le 22 septembre 2015 par le Tribunal fédéral, l'assurance acceptait désormais la Dresse B_____ en tant que médecin de famille. Les frais de consultation de cette praticienne et tout

médicament ou analyse prescrit par ses soins seraient indemnisés. Les factures suivantes étaient ainsi prises en charge:![endif]>![if> - honoraires de la Dresse B_____ de CHF 228.10 pour le traitement du 13 au 27 septembre 2012 ;![endif]>![if> - facture de CHF 173.70 de Synlab AMS-MNS pour les analyses du 12 novembre 2013 ;![endif]>![if> - honoraires de CHF 401.35 de la Dresse D_____ pour le traitement du 25 novembre 2013 prescrit par la Dresse B_____.![endif]>![if> La décision du 15 septembre 2015 était confirmée s'agissant des autres frais médicaux. L'assuré avait consulté le docteur C_____, spécialiste FMH en urologie. Ce dernier avait délégué une partie du traitement aux Dresses D_____ et E_____, toutes deux spécialistes FMH en radiologie. Les factures relatives à ces traitements et aux analyses prescrites par le Dr C_____ n'avaient pas été prises en charge par l'assurance, à défaut d'avis de délégation daté et signé en faveur de ce médecin. Partant, l'assurance, conformément à ses conditions spéciales, ne rembourserait pas les factures suivantes : - honoraires du Dr C_____ de CHF 214.70 pour le traitement du 1 er novembre 2012 ;![endif]>![if> - honoraires de la Dresse E_____ de CHF 1'402.90 pour le traitement du 14 novembre 2012 ;![endif]>![if> - honoraires du Dr C_____ de CHF 37.50 pour le traitement du 24 avril 2013 ;![endif]>![if> - facture de CHF 42.40 pour l'analyse du 14 mai 2013 d'Unilabs ;![endif]>![if> - facture de CHF 42.40 pour l'analyse du 26 juillet d'Unilabs ;![endif]>![if> - honoraires de la Dresse D_____ de CHF 1'402.90 pour le traitement du 25 novembre 2013.![endif]>![if> L'assurance renonçait à exiger la restitution de la facture de CHF 76.70 du 26 novembre 2012 du Dr C_____, qu'elle avait remboursée par erreur. La résiliation de l'assurance obligatoire ne faisait pas l'objet de la décision du 15 septembre 2015 et n'était ainsi pas non plus l'objet de la décision sur opposition. L'assurance adresserait prochainement une décision sur ce point à l'assuré, dans laquelle elle statuerait également sur le paiement des primes d'assurance. 7. Par écriture du 28 décembre 2015, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'assurance. ![endif]>![if> Il a conclu à ce que la chambre de céans constate que l'intimée avait profité d'un enrichissement illégitime depuis le 1 er janvier 2012 en refusant les remboursements médicaux; à ce que l'intimée soit condamnée à se conformer immédiatement à l'arrêt du Tribunal fédéral du 22 septembre 2015 ; à ce que l'intimée soit condamnée à rembourser la totalité des frais médicaux du recourant des années 2012 et 2013 ; à ce qu'il soit interdit à l'intimée de mentionner la Dresse B_____ en tant que médecin de famille non remboursée dès le 1 er janvier 2012 ; à ce que l'intimée soit condamnée à valider la résiliation de l'assurance-maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire du recourant au 31 décembre 2013 ; à confirmer que CSS Assurance était désormais la seule interlocutrice pour l'assurance-maladie obligatoire et l'assurance complémentaire du recourant dès le 1 er janvier 2014; à la radiation immédiate des commandements de payer N° 14 1_____, N° 14 2_____, N° 14 3_____, N° 14 4_____, N° 15 5_____, N° 15 6_____, N° 15 7_____, N° 15 8_____, N° 15 9_____ ainsi que de tous ceux qui seraient encore inscrits sous d'autres numéros. Le recourant a allégué qu'il avait été assuré auprès de l'intimée de 1994 au 31 décembre 2013. Il s'était acquitté durant cette période de primes d'assurance à hauteur de CHF 68'966.55. Les prestations qui lui avaient été versées durant cette période s'élevaient à CHF 7'162.-. Il s'est référé à son opposition du 9 octobre 2015 et est revenu sur la qualité de médecin de famille de la Dresse B_____, laquelle faisait partie de l'association « Médecins de famille Genève ». L'intimée devait lui rembourser intégralement ses frais médicaux, faute de quoi il confirmait la plainte « en enrichissement illégitime (ESCROQUERIE) » (sic). Cet enrichissement illégitime avait été confirmé par

le Tribunal fédéral dans son arrêt du 22 septembre 2015. Le recourant avait été lésé par l'intimée, qui l'avait discrédité jusqu'à atteindre à son honneur par un harcèlement administratif hors du commun et une avalanche de commandements de payer injustifiés et abusifs. Contre toute attente, l'intimée persistait à ne rien vouloir payer dans sa décision sur opposition, en lieu et place de lui faire des excuses et de reconnaître que ses décisions étaient illégitimes et illégales. Le recourant demandait le remboursement intégral des prestations et analyses de laboratoires refusées à ce jour. C'était bien la Dresse B_____ qui avait prescrit les examens en novembre 2013, comme le démontraient les pièces produites à l'appui de son recours. Il demandait à la chambre de céans de valider la résiliation de ses deux contrats avec l'intimée au 31 décembre 2013. Il s'était acquitté de primes de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire auprès de CSS Assurance depuis cette date, et il ne pouvait y avoir de doubles primes. Le recourant a joint plusieurs documents à l'appui de son écriture, dont les factures litigieuses. 8. Par décision du 28 janvier 2016, l'assurance a écarté l'opposition du recourant à ses décisions du 24 juillet 2015, lesquelles prononçaient la mainlevée de plusieurs oppositions à des commandements de payer notifiés au recourant. Ce dernier s'était opposé à ces décisions par courrier du 11 août 2015, en alléguant notamment que son médecin de famille devait être reconnu et ses frais médicaux pris en charge. Conformément aux dispositions légales et réglementaires, la demande de résiliation du recourant avait été écartée au vu des retards de paiement. CSS Assurance avait confirmé à l'intimée avoir procédé à l'annulation rétroactive au 1^{er} janvier 2014 de l'assurance de base. Partant, le recourant continuait d'être assuré auprès de l'intimée. Les primes ainsi que les frais liés au défaut de paiement restaient dus. 9. L'intimée était fondée à requérir la continuation des poursuites n° 15 5_____ pour le montant de CHF 1'199.90 plus intérêt de 5 % sur le montant de CHF 1'027.75 dès le 1^{er} juillet 2014 et n° 15 6_____ pour le montant de CHF 1'057.75, frais de poursuite non compris, plus intérêt de 5 % sur le montant de CHF 1'027.75 dès le 1^{er} octobre 2014. 9. Dans sa réponse du 1^{er} février 2016, l'intimée a allégué qu'elle avait rendu une décision en reconsidération, adressée au recourant en date du 28 janvier 2016. Par cette décision, elle avait accepté d'indemniser les frais médicaux litigieux au vu des pièces fournies par le recourant à l'appui de son recours. Ce n'était qu'à réception de ces pièces qu'elle avait été en mesure de constater la délégation de traitement de la Dresse B_____ en faveur du Dr C_____. Un décompte de prestations rectificatif avait d'ores et déjà été transmis au recourant le 29 janvier 2016. Les conclusions de ce dernier qui allaient au-delà du cadre de la décision sur opposition litigieuse ne faisaient pas l'objet du litige. Elles étaient dès lors irrecevables. L'intimée a encore précisé que le recourant avait suspendu le paiement de ses primes en raison du refus de prise en charge des frais médicaux. Plusieurs procédures de recouvrement avaient dès lors été ouvertes à son encontre. Le recourant s'était opposé aux commandements de payer lui ayant été notifiés, et l'intimée avait suspendu ces procédures en attendant que le litige relatif au remboursement des frais médicaux soit résolu. L'intimée avait adressé au recourant une décision sur opposition concernant le recouvrement des primes et son affiliation en date du 28 janvier 2016. 10. L'assurance a joint la décision en reconsidération du 28 janvier 2016, aux termes de laquelle elle acceptait le remboursement des traitements prodigués par le Dr C_____ malgré l'absence de bon de délégation. Elle indemniserait ainsi les montants suivants, sous déduction de la franchise et de la quote-part : CHF 214.70 pour le traitement du 1^{er} novembre 2012 par le Dr C_____, CHF 1'402.90 pour le traitement du 14 novembre 2012 par la Dresse E_____, CHF 37.50 pour le traitement du 24 avril 2013

par le Dr C_____, CHF 42.40 pour l'analyse du 14 mai 2013 d'Unilabs, CHF 42.40 pour l'analyse du 26 juillet 2013 d'Unilabs, CHF 1'402.90 pour le traitement du 25 novembre 2013 par la Dresse D_____. L'opposition du 9 octobre 2015 était partiellement admise en ce sens que la Dresse B_____ était admise en tant que médecin de famille. 10. Invité par la chambre de céans à lui indiquer s'il maintenait son recours, le recourant s'est déterminé le 16 février 2016 en déclarant « confirmer son recours à l'encontre des nombreuses décisions en reconsidération prononcées par l'intimée ».[endif]>![if> Le recourant a conclu, sous suite de dépens, à ce qu'il soit constaté que l'intimée avait remboursé les frais médicaux des années 2012 et 2013 réclamés par le recourant ; qu'il soit constaté qu'il n'existe aucun arriéré des deux parties au 31 décembre 2013 ; qu'il soit constaté que le recourant s'est acquitté de ses primes d'assurance-maladie pour 2014 auprès de CSS Assurance ; qu'il soit constaté que les commandements de payer N° 14 1_____, N°14 2_____, N° 14 3_____, N° 14 4_____, N° 15 5_____, N° 15 6_____, N° 15 7_____, N° 15 8_____, N° 15 9_____ ainsi que ceux qui seraient encore inscrits sous d'autres numéros sont caducs et sans valeur selon la « décision en reconsidération » du 28 janvier 2016 de l'intimée ; à ce que l'intimée soit condamnée à valider la résiliation de l'assurance-maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire du recourant au 31 décembre 2013 ; à ce qu'il soit confirmé que CSS Assurance est la seule interlocutrice du recourant pour l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire du 1 er janvier 2014 à ce jour, à la radiation immédiate des commandements de payer de l'intimée contre le recourant portant les N° 14 1_____, N° 14 2_____, N° 14 3_____, N° 14 4_____, N° 15 5_____, N° 15 6_____, N° 15 7_____, N° 15 8_____, N°15 9_____ ainsi que de ceux qui seraient encore inscrits sous d'autres numéros. Il a joint un « mémoire additionnel », dans lequel il a allégué que l'intimée était en possession des factures des frais médicaux depuis 2012 et 2013 et qu'elle les avait refusées en bloc, sous le prétexte du médecin de famille devenu subitement en interdiction de pratiquer son métier. Le recourant avait toujours régulièrement payé ses primes d'assurance ainsi que ses primes de l'assurance complémentaire à l'intimée. Les primes de l'année 2013 avaient été entièrement payées, sous déduction des frais médicaux dont il demandait le remboursement. Le recourant avait donc dû subir l'enrichissement illégitime de l'intimée pendant plus de deux ans, avec des conséquences désastreuses. L'intimée s'était autorisée à bloquer illégalement son assurance auprès CSS Assurance, ce qui correspondait à un abus de position dominante et démontrait un mépris ahurissant pour ses assurés, qui avaient comme lui dû renoncer à des soins conséquents. Il a reproché à l'intimée de travestir la réalité en affirmant qu'il ne s'acquittait pas de ses primes dans les délais. En effet, le recourant avait payé ses primes durant 2014 à CSS Assurance. Dès lors que l'intimée reconnaissait que ses prétentions étaient illégales et qu'elle devait rembourser tous les frais médicaux des années 2012 et 2013, cela revenait à reconnaître que les comptes étaient ajustés au 31 décembre 2013. En conséquence, force était de constater la validité de la résiliation du recourant. L'intimée avait reconnu par courrier du 5 juillet 2013 la résiliation du contrat d'assurance obligatoire des soins. Prétendre que le recourant devait payer des primes à l'intimée pour 2014 reviendrait à considérer que sa résiliation n'avait pas été acceptée. Le recourant ne désirait recevoir aucun versement des remboursements des années 2012 et 2013, puisqu'il avait déjà effectué les compensations avec les frais médicaux qu'il aurait dû recevoir durant ces deux années et les primes respectives. Le recourant demandait que soit enfin reconnu que sa seule assurance valable était CSS Assurance ainsi que l'annulation de tous les commandements de payer, devenus caducs suite aux décisions en reconsidération de

l'intimée du 28 janvier 2016. Subsidiairement, le recourant constatait que l'intimée n'avait pas communiqué à ses assurés qu'elle avait pratiqué un enrichissement illégitime durant plus de trois ans. Elle n'avait proposé aucun remboursement d'office à ses assurés lourdement lésés. 11. Dans sa duplique du 9 mars 2016, l'intimée a répété que les conclusions du recourant allant au-delà de la décision sur opposition querellée étaient irrecevables. Les griefs du recourant concernant les primes de juillet à décembre 2014 devaient faire l'objet d'un recours séparé, conformément aux voies de droit indiquées sur la décision sur opposition du 28 janvier 2016. L'intimée a précisé que le recourant avait suspendu le paiement de ses primes dès le mois d'octobre 2013. Ce dernier n'était pas assuré auprès de CSS Assurance. En effet, conformément aux dispositions légales et réglementaires, l'assuré en retard de paiement ne pouvait pas changer d'assureur. Le recourant était ainsi assuré auprès de l'intimée. Les primes, ainsi que les frais liés à leur absence de paiement, restaient dus. Les éventuels paiements en mains de CSS Assurance n'avaient pas été transmis à l'intimée. S'agissant du remboursement des frais médicaux, la Dresse B_____ avait été admise en tant que médecin de famille au sens des conditions spéciales d'assurance liant le recourant à l'intimée à la suite de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral en date du 22 septembre 2015. Dès lors, le remboursement des frais de ce médecin et des traitements qu'elle avait prescrits avait été accepté par décompte de prestations du 16 décembre 2015. Si d'autres frais médicaux subsistaient, il appartenait au recourant de les transmettre à l'intimée pour indemnisation. Les frais du recourant dont l'intimée avait connaissance avaient fait l'objet de décomptes de prestations des 16 décembre 2015 et 29 janvier 2016, qui révélaient des soldes de CHF 249.55 et CHF 2'829.10 en faveur du recourant. N'étant pas en possession des coordonnées bancaires ou postales de ce dernier, l'intimée n'avait pu s'acquitter de ces sommes. Le paiement effectué sur le compte postal du recourant lui avait été retourné. Elle n'avait pas refusé le remboursement des frais médicaux de 2014, 2015 et 2016, aucune facture ne lui ayant été transmise par le recourant. L'intimée ne pouvait compenser les prestations dues au recourant avec les primes ou les participations aux coûts qui lui étaient dues. Il n'appartenait pas au recourant de procéder à ses propres compensations. 12. Par déterminations spontanées du 19 mars 2016, le recourant a affirmé s'opposer aux écritures de l'intimée. Il a déclaré refuser tous les remboursements de l'intimée, car il n'était plus assuré auprès d'elle depuis le 31 décembre 2013. Il ne paierait en aucun cas les primes de l'intimée et sa rente AVS n'était pas saisissable. Il se réservait le droit de déposer une plainte pénale contre l'intimée pour violation de l'arrêt du Tribunal fédéral du 22 septembre 2015, enrichissement illégitime, obstruction, harcèlement et mise en danger de la vie d'autrui. Il souhaitait simplement la confirmation qu'il n'était plus assuré auprès de l'intimée dès le 1^{er} janvier 2014. 13. La chambre de céans a entendu les parties en date du 25 mai 2016. Le recourant a confirmé que l'intimée avait admis par sa décision sur reconsidération que la Dresse B_____ soit son médecin de famille. Les frais refusés initialement avaient été partiellement remboursés. Il manquait encore une facture de la Dresse B_____ d'environ CHF 250.- de 2013. La représentante de l'intimée a indiqué que cette facture serait remboursée si elle lui était communiquée. Le recourant estimait que sa résiliation devait être prise en considération au vu de l'issue du litige. Il considérait avoir entièrement payé ses primes d'assurance jusqu'au 31 décembre 2013, de sorte que l'intimée ne pouvait plus le considérer comme son assuré depuis le 1^{er} janvier 2014. Les décisions de l'intimée n'avaient aucune valeur juridique. Il n'acceptait pas son décompte. Il refuserait et renverrait tout courrier de l'intimée. CSS Assurance lui avait finalement remboursé les

primes payées en 2014. À l'issue de l'audience, 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. S'agissant de la recevabilité du recours, la chambre de céans relève ce qui suit. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 1.1). En l'espèce, la décision dont est recours est celle du 10 décembre 2015. Elle a pour uniques objets l'admission de la Dresse B _____ à titre de médecin de famille, la prise en charge et le refus de remboursement de certaines factures de soins médicaux et d'analyses. Ce sont, partant, uniquement ces points qui peuvent être examinés dans le cadre de la présente procédure de recours. Le recourant a pris de nombreuses conclusions excédant l'objet du litige tel que défini par la décision sur opposition et rappelé ci-dessus. On notera que celle visant à constater un prétendu enrichissement illégitime de l'intimée est de nature purement constatatoire. Une telle conclusion est en principe irrecevable, faute d'intérêt digne de protection au recours, lorsque la partie recourante peut obtenir en sa faveur un jugement condamnatore ou formateur; en ce sens, le droit d'obtenir un jugement en constatation de droit est subsidiaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_876/2010 du 19 mai 2011 consid. 1.2 et les références). Les autres conclusions, ayant trait à la confirmation de la résiliation des rapports d'assurance, aux rapports d'assurance avec CSS Assurance, et aux poursuites engagées par l'intimée à l'encontre du recourant, ne font pas partie du litige. Or, les conclusions qui excèdent les points sur lesquels un assureur a statué dans la décision litigieuse sont irrecevables (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 1 et 8C_225/2007 du 22 février 2008 consid. 1). Il est vrai que pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2013 du 30 novembre 2013 consid. 4.2). Ces conditions ne sont pas réalisées en l'espèce, dès lors que l'affiliation en qualité d'assuré auprès de l'intimée et les poursuites pour les primes impayées n'ont pas de lien de connexité matérielle avec l'admission de la Dresse B _____ et le remboursement des traitements réalisés par cette praticienne ou sur sa délégation. De plus, la procédure d'opposition est obligatoire et constitue une condition formelle de validité de la procédure de recours subséquente. À défaut d'une décision susceptible de recours, à savoir une décision sur opposition, le juge n'est pas autorisé à se saisir de l'affaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 63/06 du 14 mars 2007 consid. 4.2.1). Or, ce n'est que le 28 janvier 2016, soit postérieurement au dépôt du recours, que l'intimée a statué sur l'opposition portant sur les poursuites en cours et la résiliation des rapports d'assurance.

Par conséquent, le litige ne peut être étendu aux conclusions excédant l'objet de la décision du 10 décembre 2015, qui sont dès lors irrecevables. 4. Dans son recours, le recourant a fait grief à l'intimée de ne pas avoir remboursé certains frais médicaux, découlant de traitements dispensés sur délégation de la Dresse B _____. !endif]>![if> Aux termes de l'art. 53 al. 3 LPGA, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. Dans le cadre d'une reconsidération pendente lite, il n'est pas lié aux conditions de la reconsidération d'une décision formellement entrée en force, soit le caractère manifestement erroné et l'importance notable de la modification à intervenir (ATF 107 V 191 consid. 1). Cette possibilité permet à l'autorité dont émane la décision attaquée et qui entend acquiescer au recours de rendre une nouvelle décision dans le sens des conclusions de celui-ci (arrêt du Tribunal fédéral 8C_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3). Dans la mesure où la nouvelle décision est rendue pendente lite et entraîne une péjoration de la situation juridique du recourant, elle ne saurait revêtir la force matérielle d'une décision administrative, ne met pas fin au litige et doit être considérée comme une simple proposition faite au juge par l'une des parties au procès (arrêt du Tribunal fédéral 9C_159/2007 du 3 octobre 2007 consid. 2). Lorsque la reconsidération pendente lite ne correspond pas aux conclusions du recours, elle constitue également une simple proposition au juge. Pour le surplus, lorsque la reconsidération fait droit aux conclusions du recours, elle le rend sans objet (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} édition 2015, n. 77 ad art. 53 et n. 144 ad art. 61). En l'espèce, l'intimée avait déjà admis que la Dresse B _____ pouvait être désignée comme le médecin de famille du recourant dans le cadre de la décision sujette à recours du 10 décembre 2015. Ce faisant, elle s'est conformée à l'arrêt de principe du 22 septembre 2015 du Tribunal fédéral, selon lequel le refus de l'assureur-maladie d'inclure un médecin dans son modèle d'assurance « médecin de famille » au seul motif qu'il bénéficie d'un double titre de généraliste et de spécialiste ne repose pas sur une raison objective liée au caractère désavantageux, du point de vue des coûts, des prestations fournies, et est contraire au droit (ATF 141 V 557 consid. 9). Dans la décision dont est recours, l'intimée avait cependant persisté dans son refus de prise en charge de certains traitements en l'absence de délégation. Elle est revenue sur cette position dans la décision de reconsidération du 28 janvier 2016, par laquelle elle a fait entièrement droit aux prétentions en remboursement du recourant dont elle avait alors connaissance. Ce dernier l'a d'ailleurs admis dans ses déterminations du 16 février 2016, dans lesquelles il a conclu à ce que le remboursement des frais médicaux encourus en 2012 et 2013 soit constaté. Le fait que l'intimée n'ait apparemment pu exécuter cette décision, dès lors que le recourant a retourné les paiements qui en découlaient et ne lui a pas transmis ses coordonnées bancaires, est sans pertinence s'agissant de déterminer si des prétentions du recourant en lien avec le remboursement de soins médicaux n'ont pas encore été tranchées.

5. Eu égard aux éléments qui précèdent, force est de constater que la décision en reconsidération du 28 janvier 2016 rend le recours – en tant qu'il porte sur des points faisant l'objet du litige – sans objet. !endif]>![if> Il y a dès lieu de rayer la cause du rôle. Le recourant, qui n'est pas représenté, 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 À la forme :