

GE_GERICHTE A/4645/2007 vom 5. Mai 2008

GE Cour de justice, 2008-05-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4645_2007

FR: GE_GERICHTE A/4645/2007 du 5 mai 2008

IT: GE_GERICHTE A/4645/2007 del 5 maggio 2008

Regeste

; AM ; ASSURANCE DE BASE ; PHYSIOTHÉRAPIE ; PRESTATION D'ASSURANCE(EN GÉNÉRAL) ; LÉGALITÉ

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 05.05.2008 A/4645/2007

A/4645/2007 ATAS/525/2008 (2) du 05.05.2008 (LAMAL) , ADMIS Descripteurs : ; AM ; ASSURANCE DE BASE ; PHYSIOTHÉRAPIE ; PRESTATION D'ASSURANCE(EN GÉNÉRAL) ; LÉGALITÉ En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4645/2007 ATAS/525/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 5 mai 2008 En la cause Madame S_____, domiciliée à Genève, représentée par ASSUAS, avenue Vibert 19, Carouge recourante contre INTRAS ASSURANCE-MALADIE, centre de prestations, rue Blavignac 10, Genève intimée EN FAIT Mme S_____, (ci-après : l'assurée), est assurée auprès d'INTRAS ASSURANCE-MALADIE (ci-après INTRAS) pour l'assurance-maladie obligatoire "MINIMA", ainsi que pour les assurances complémentaires "DVE +" et "ECODENTA". Les 2 février et 28 avril 2006, la Dresse A_____, FMH médecine interne, a prescrit 9 séances de physiothérapie consistant en massages décontractants à l'assurée, en raison de céphalées et de tension. L'assurée a effectué 18 séances de physiothérapie en 2005. Le 11 avril 2006, Mme D. VON T_____, physiothérapeute AGP, a facturé à INTRAS 9 séances de physiothérapie du 3 février au 11 avril 2006 pour un montant de 451 fr. 45. Le 25 avril 2006, INTRAS a répondu à Mme T_____ que des renseignements médicaux étaient nécessaires pour déterminer le droit aux prestations. Le 28 avril 2006, la Dresse A_____ a répondu à une demande de renseignements d'INTRAS en mentionnant que l'assurée souffrait de céphalées de tension, nécessitait un traitement de massages décontractants, lequel permettait une amélioration progressive et avait encore besoin probablement de 9 séances supplémentaires. Le pronostic était favorable, mais une récurrence possible en raison d'arthrose cervicale. Le 3 mai 2006, le Dr B_____, médecin-conseil d'INTRAS, a estimé que 18 séances en tout et au maximum pouvaient être prises en charge. Le 4 mai 2006, INTRAS a écrit à la Dresse A_____ que 18 séances de physiothérapie au maximum seraient prises en charge. Le 30 mai 2006, l'assurée a écrit à l'association des médecins de Genève en contestant la prise en charge de 18 séances, ainsi qu'à INTRAS, en relevant que, dans le cadre de l'assurance complémentaire, les médecins prescrivaient 36, voire plus, séances de physiothérapie. Le 8 juin 2006, INTRAS a écrit à l'assurée qu'elle maintenait sa position et précisé que les frais de physiothérapie n'étaient pas pris en charge dans le cadre des assurances complémentaires. Le 27 juillet 2006, Mme T_____ a facturé à INTRAS 9 séances de physiothérapie du 5 mai au 25 juillet 2006

pour un montant de 427 fr. 70. INTRAS a pris en charge les 18 séances de physiothérapie facturées en 2006 par Mme T_____. Le 25 septembre 2006, INTRAS a écrit à Mme T_____ qu'elle refusait la prescription de 9 séances supplémentaires aux 18 par année. Le 5 octobre 2006, la Dresse A_____ a écrit à INTRAS que sa patiente présentait une cervicarthrose avec épisodes fréquents de céphalées de tension. La physiothérapie avait eu un impact positif et permis d'éviter des arrêts de travail. Elle présentait aussi des douleurs ostéomusculaires diffuses évoquant une fibromyalgie. Un traitement de physiothérapie de longue durée paraissait particulièrement indiqué dans ce contexte. Le 11 octobre 2006, le Dr B_____ a considéré qu'il fallait maintenir la position initiale. Le 13 octobre 2006, INTRAS a répondu à la Dresse A_____ qu'elle maintenait sa position. Le 17 janvier 2007, le Dr B_____ a estimé que la physiothérapie dans le but d'entretenir une fonction articulaire acceptable était un traitement chronique pour lequel une fréquence de 18 séances annuelles était reconnue unanimement. Ce traitement devait être ponctuel, puisqu'il soulageait les tensions musculaires en rapport avec l'état psychique et non rhumatologique et n'était en particulier pas apte à soigner la fibromyalgie. Le 13 mars 2007, Mme T_____ a transmis une facture de 9 séances du 18 septembre au 28 novembre 2006 à INTRAS dont la prise en charge a été refusée par celle-ci. Cette troisième série 2006 se fondait sur une prescription de la Dresse A_____ du 8 septembre 2006. Le 12 avril 2007, Mme T_____ a transmis à INTRAS une facture de 9 séances du 5 février au 3 avril 2007, traitement fondé sur une prescription de la Dresse A_____ du 29 janvier 2007 en raison de contractures étagées nécessitant un renforcement musculaire vertébral. Le 26 avril 2007, l'assurée a écrit à INTRAS que, selon la LAMal, elle avait droit à 36 séances de physiothérapie par année. Le 8 mai 2007, INTRAS a écrit à l'assurée qu'aucun élément médical ne lui permettait de modifier sa décision. Le 10 mai 2007, la commission paritaire de l'association suisse de physiothérapie - Santé suisse / AA / AM / AI, sise auprès de Santéuisse, a refusé d'entrer en matière sur la demande de Mme T_____, dès lors que le litige ne concernait pas le tarif, tout en mentionnant qu'INTRAS affirmait à tort qu'une fréquence de 18 séances annuelles était unanimement reconnue, puisque ce chiffre ne ressortait ni de la LAMal, de l'OAMal ou de la convention tarifaire. Le 27 juin 2007, Mme T_____ a transmis à INTRAS une facture pour 9 séances de physiothérapie du 16 avril 2007 au 25 juin 2007, traitement fondé sur une prescription de la Dresse A_____ du 16 avril 2007 pour des céphalées de tension. Le 12 septembre 2007, Mme T_____ a demandé à INTRAS de revoir sa décision en fonction de la position de la commission paritaire du 10 mai 2007. Le 18 septembre 2007, INTRAS a écrit à Mme T_____ que la décision paritaire du 10 mai 2007 ne modifiait pas sa propre décision et qu'il lui incombait de vérifier l'adéquation et l'économicité du traitement. Le 29 octobre 2007, l'assurée a requis une décision formelle d'INTRAS, tout en relevant que la Dresse A_____ était compétente pour décider quel traitement était nécessaire et de quelle durée. Par décision du 5 novembre 2007, INTRAS a limité la prise en charge à 18 séances de physiothérapie par année, en se référant à ses courriers des 8 mai et 18 septembre 2007. Le 12 novembre 2007, l'assurée a fait opposition à cette décision en faisant valoir qu'elle souffrait de douleurs cervicales, aux bras et aux épaules, aggravées par le travail à l'ordinateur. Les massages thérapeutiques la soulageaient. Par décision du 11 novembre 2007, INTRAS a rejeté l'opposition de l'assurée. Le 22 novembre 2007, l'assurée a recouru au Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) à l'encontre de la décision sur opposition d'INTRAS en faisant valoir que sa santé s'était détériorée de par son travail à l'ordinateur et que les massages thérapeutiques lui apportaient un grand soulagement. Dans

une note interne du 8 janvier 2008, INTRAS a relevé que le Dr B_____ estime que la limite de 18 séances est une règle à adopter pour les affections chroniques, selon une discussion avec les rhumatologues et les orthopédistes lors d'une séance du groupement des médecins-conseil et qu'en l'espèce, tout traitement de physiothérapie n'a aucune efficacité, si l'adaptation du poste de travail n'a pas lieu. Le 9 janvier 2008, INTRAS a conclu au rejet du recours en relevant que tant qu'une adaptation du poste de travail n'aura pas eu lieu, les séances de physiothérapie seront inefficaces. Le 15 janvier 2008, Mme T_____ a transmis à INTRAS une facture de 9 séances de physiothérapie du 23 novembre au 27 décembre 2007, traitement fondé sur une prescription de la Dresse A_____ du 18 octobre 2007 en raison de cervicobrachialgies et céphalées de tension. Les 28 janvier et 8 février 2008, la recourante a répliqué que le traitement en cause n'avait jamais été prodigué pour des raisons psychiques, ni pour une fibromyalgie, mais pour de l'arthrose cervicale et requis le remboursement des 9 séances effectuées en 2006. Par ailleurs, le médecin-conseil aurait dû l'examiner. Le 7 mars 2008, la recourante a transmis des pièces complémentaires, soit un courrier de Mme T_____ du 5 mars 2008 adressé à la recourante, selon lequel INTRAS, contrairement à d'autres caisses, avait averti les médecins de la limitation des séances de physiothérapie à 18 par an pour les patients souffrant de maladies chroniques et ceux nécessitant des drainages lymphatiques. Elle a joint trois courriers d'INTRAS à trois médecins limitant, pour trois patients concernés, la prise en charge de la physiothérapie à 18 ou 27 séances. Le 10 mars 2008, INTRAS, a indiqué qu'elle avait remboursé les séances de physiothérapie suivantes : 33 en 2004, 18 en 2005, 18 en 2006 et 27 en 2007 (dont 9 pour un renforcement musculaire). Une série de 9 séances du 18 septembre au 28 novembre 2006 avait été refusée par INTRAS. Le 17 mars 2008, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes au cours de laquelle il a entendu la Dresse A_____. Celle-ci a déclaré : "Je connais Mme S_____ en tant que patiente depuis 1996. Je suis son médecin-traitant. Ma patiente a souffert d'une tendinite au coude à répétition, problème qui est actuellement réglé, d'une fibromyalgie, qui a évolué favorablement sous traitement et qui, actuellement, ne nécessite plus aucun traitement, en particulier plus de médication et souffre actuellement de céphalées de tension apparues en automne 2005, indépendantes de la fibromyalgie. Dans le cadre de la fibromyalgie, Mme S_____ a suivi le traitement classique, lequel comprenait de la physiothérapie, qui a été prescrite entre 1998 et 2004, à raison de quelques séances par année. J'ai prescrit depuis 2005 de la physiothérapie spécifiquement pour le problème des céphalées, soit 3 x 9 séances en 2005 et 2006 et 2 x 9 séances en 2007. La physiothérapie permet de décontracter les muscles de la nuque et donc de faire disparaître les céphalées. Pour cela, je précise qu'il faut un traitement suivi, ce qui n'est pas le cas de quelques séances par année. Je précise que Mme S_____ fait de la gymnastique chez elle chaque jour. Elle souffre en réalité d'arthrose cervicale visible sur les radios, laquelle engendre les céphalées. Par ailleurs, les céphalées sont également déclenchées par le travail sur ordinateur, lequel engendre des petits mouvements de la nuque. Or, Mme S_____ effectue un tel travail. Elle présente ainsi des facteurs favorisant les céphalées, soit l'arthrose et le travail sur ordinateur. Cependant, grâce à la gymnastique quotidienne et les séances de physiothérapie, elle n'a jamais manqué le travail depuis 2005. Pour une maladie chronique telle que les céphalées de tension, je prescris un premier bon de 9 séances, puis une réévaluation de la situation. Dans les faits, Mme S_____ me recontacte en cas d'aggravation de sa maladie et je prescris, si cela est nécessaire, à nouveau 9 séances. La physiothérapie est ainsi prescrite uniquement en cas d'exacerbation des symptômes. Je ne

peux pas dire à l'avance combien de séances sont nécessaires à Mme S _____, mais il est à espérer qu'elle ne devrait pas avoir besoin de plus de 27 séances, comme cela a été le cas en 2005 et 2006. Il se peut toutefois qu'elle ait besoin de plus de 27 séances à l'avenir. Je précise que dans les lésions d'arthrose, la patiente présente une discopathie avec rétrécissement des trous de conjugaison qui peut entraîner une compression des nerfs au niveau des bras et déboucher sur la nécessité d'une intervention chirurgicale. La physiothérapie maintient une masse musculaire souple au niveau de la colonne cervicale et la possibilité de faire de la gymnastique quotidienne, lesquelles sont préventives d'une évolution défavorable. Je note que j'ai d'autres patients qui souffrent de céphalées de tension, auxquels je prescris des séances de physiothérapie et qui sont remboursés sans problèmes par leur assurance-maladie, même jusqu'à 36 séances par année. Le problème de la nuque n'a jamais été en lien avec la fibromyalgie. Le médecin-conseil de l'INTRAS, le Dr C _____, est cardiologue et non pas rhumatologue. Je lui ai parlé le 10 décembre 2007 et il était d'accord avec la prescription de 27 séances, ainsi qu'avec la réévaluation du nombre de séances à couvrir en fonction de l'évolution. L'habitude chez INTRAS est que le Dr C _____ traite les cas par téléphone. L'estimation du Dr C _____ a bien évidemment été faite concernant la même maladie chronique qui fluctue. Son acceptation d'au moins 3 x 9 séances concerne donc également la période 2006. Je me réfère à mon certificat du 28 avril 2006 qui donnait tous les éléments nécessaires à l'assurance démontrant qu'il s'agissait d'une maladie chronique fluctuante pouvant être soumise à des récurrences. En cas de doute sur le diagnostic, ma patiente aurait pu être montrée auprès du médecin-conseil, ce que l'assurance n'a jamais demandé. Je vais continuer à l'avenir à prescrire des séances de physiothérapie selon la nécessité de l'évolution clinique. Depuis 2006, le traitement de la fibromyalgie a été arrêté. Je précise que la physiothérapie pour la fibromyalgie n'a plus été prescrite depuis 2004. La physiothérapie a été prescrite par la suite uniquement pour les céphalées de tension. Quant aux antidépresseurs, ils ont été totalement arrêtés en octobre 2006. Je suis très formelle sur le fait que j'ai prescrit depuis 2005 de la physiothérapie uniquement pour les céphalées de tension, à l'exclusion de la fibromyalgie. Je suis spécialiste en médecine interne et j'ai été trois ans cheffe de clinique aux HUG. La recommandation de 18 séances par année en matière d'assurance n'est pas une recommandation fixe mais est appliquée comme telle par INTRAS. Cette décision n'est pas adéquate dans le cas de Mme S _____. Je prescris des traitements habituels à mes patients et je remarque qu'il n'y a qu'avec INTRAS que cela pose problème. J'ai demandé à ma patiente de revoir son poste de travail en lui donnant la référence du site de la SUVA en matière d'ergonomie de la place de travail. Elle a essayé d'obtenir un changement du poste de travail et une nouvelle chaise, mais l'employeur a refusé. Je précise que je révalue le cas de chaque patient après 2 à 3 séances de physiothérapie. Si le patient ne va pas mieux, je refais un examen afin d'évaluer si mon diagnostic initial était le bon. Dans le cas contraire, le patient continue le traitement de physiothérapie prescrit. Mme S _____ a terminé les 9 premières séances de physiothérapie prescrites en 2006 et m'a recontactée lorsqu'elle a estimé en avoir à nouveau besoin. Je n'ai pas demandé un autre avis médical à un rhumatologue car il s'agissait d'un cas classique." La recourante a déclaré : "J'ai suivi 20 séances de physiothérapie que j'ai moi-même financées, en plus des 18 prises en charge par l'INTRAS, en 2007. Je suis employée chez X _____ à Nyon depuis décembre 2007 à plein temps. Ils ont refusé l'adaptation de mon poste de travail en me disant que je devais attendre que ce soit fait pour tous les employés. En 2007, j'ai également effectué 9 séances de physiothérapie en raison sauf erreur de contractures étagées, soit de douleurs dans le dos,

un diagnostic indépendant des céphalées de tension." INTRAS a déclaré : " La décision litigieuse se rapporte à 9 séances du 18 septembre au 28 novembre 2006. Pour nous, la procédure concerne la physiothérapeute T_____, qui [est] en litige avec nous, et donc le recours est irrecevable. Il s'agit d'une procédure de type arbitrale, comme cela ressort des dernières pièces transmises par la recourante le 7 mars 2008. C'est le Dr B_____ qui a traité le dossier avec le Dr C_____, mais c'est le Dr B_____ qui a donné son avis le 17 janvier 2007, confirmé le 8 janvier 2008. Je précise que la facture litigieuse date du 13 mars 2007 et concerne un traitement de physiothérapie effectué en 2006. L'acceptation du Dr C_____ de 3 x 9 séances étant postérieure aux séances litigieuses de 2006, elle ne vaut pas pour la décision litigieuse." Le 10 avril 2007, la recourante a observé que l'intimée refusait la prise en charge de 27 séances annuelles malgré l'accord de son médecin-conseil le Dr C_____. Pour conserver son emploi, elle était dans l'obligation d'assumer à sa charge les séances de physiothérapie refusées par l'intimée. Le traitement visait à éviter une aggravation de l'état de santé et une intervention chirurgicale, de sorte qu'il était efficace, approprié et économique. L'intimé n'a pas fait d'observations. Sur quoi, 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. Interjeté en temps utile contre une décision de l'intimée refusant à la recourante un remboursement de prestations de physiothérapie, le recours est recevable (art. 56 ss LGPA). L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimée était en droit de limiter pour la recourante la prise en charge de séances de physiothérapie à 18 séances par année en 2006, en particulier si l'intimée doit prendre en charge les 9 séances de physiothérapie du 18 septembre au 28 novembre 2006 facturées par Mme T_____. Par ailleurs, dans la mesure où la décision du 5 novembre 2007 précise que la prise en charge se limitera d'une façon générale pour l'affection de la recourante à 18 séances par année, l'objet du litige porte également sur cette limitation générale faite par l'intimée. Selon l'art. 25 al. 1 et 2 let. a 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 comprennent les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens, des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical. Selon l'art. 32 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement. Le Conseil fédéral désigne en détail les autres prestations prévues à l'art. 25 al. 2 LAMal (art. 33 al. 2 LAMal). Cette compétence peut être déléguée au département ou à l'office (art. 33 al. 5 LAMal). Selon l'art. 46 al. 1 let. a de l'Ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal), sont admises en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale les physiothérapeutes qui exercent à titre indépendant et à leur compte. Selon l'art. 56 al. 1 LAMal, le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Aux termes de l'art. 5 al. 1 let. h, 2, 3 et 4 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire de soins en cas de maladie du 29 septembre 1995, les prestations suivantes des

physiothérapeutes, au sens des art. 46 et 47 OAMal, sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies sur prescription médicale : massages manuels et kinésithérapie (al. 1 let. h). L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances dans une période de trois mois depuis la prescription (al. 2). Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances (al. 3). Pour que, après un traitement équivalent à 36 séances, celui-ci continue à être pris en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure (al. 4). En l'espèce, il n'est pas contesté que les séances de physiothérapie prodiguées par Mme T _____ entrent dans le champ des prestations à la charge de la LAMal. Reste à déterminer si l'intimée pouvait limiter leur prise en charge à 18 par année, en particulier pour l'année 2006. La Dresse A _____, entendue en audience d'enquêtes, a expliqué de façon claire et précise les raisons pour lesquelles des séances de physiothérapie constituaient un traitement nécessaire et adéquat pour l'affection dont souffre la recourante, soit des céphalées de tension dues à la présence d'arthrose cervicale et que ces séances n'étaient prescrites qu'en cas d'exacerbation des symptômes. Par ailleurs, la physiothérapie prévenait une évolution défavorable de l'arthrose. Les séances de physiothérapie étaient prescrites selon la nécessité de l'évolution clinique. Elles n'étaient pas prescrites en raison de la fibromyalgie, laquelle avait évolué favorablement en 2004. Le programme de physiothérapie de 27 séances prescrites en 2006 par la Dresse A _____ satisfait en conséquence aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, ce d'autant que la recourante s'astreint également à des exercices de gymnastique quotidienne et a requis l'adaptation de son poste de travail, même si l'employeur l'a refusée, remplissant ainsi son obligation de réduire le dommage (voir à cet égard ATFA du 6 novembre 2000 K72/00). Au surplus, l'avis du Dr B _____ n'est pas pertinent, dès lors qu'il émet une considération générale en fixant à 18 le nombre de séances que l'on peut mettre à la charge des caisses dans le cas d'affections chroniques, sans examiner la particularité du cas d'espèce. Au vu de ce qui précède, l'intimée se devait de prendre en charge les 27 séances de physiothérapie prescrites en 2006 par la Dresse A _____, soit également les 9 séances litigieuses du 18 septembre au 22 novembre 2006, ce d'autant que le nombre de séances prescrites en l'espèce est inférieur à celui à partir duquel, selon l'art. 5 al. 4 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurances des soins en cas de maladie, un rapport de médecin-conseil dûment motivé est exigé, soit 36 séances. Pour la même raison, l'intimée ne pouvait restreindre, de façon générale et pour l'avenir, à 27 le nombre de séances qu'elle prendrait en charge par année pour l'affection chronique dont souffre la recourante. S'agissant de l'année 2007, il incombera dès lors à la recourante de transmettre à l'intimée les factures des séances de physiothérapie non prises en charge et, au besoin, de requérir une décision formelle de l'intimée pour l'année 2007. Le recours sera en conséquence admis, la décision litigieuse annulée et l'intimée condamnée à prendre en charge les frais des 9 séances de physiothérapie du 18 septembre au 28 novembre 2006. Une indemnité de 1'000 fr. sera allouée à la recourante, à charge de l'intimée. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision de l'intimée du 11 novembre 2007. Condamne l'intimée à rembourser à la recourante la facture des frais de physiothérapie de Mme T _____ pour les neuf séances du 18 septembre au 22 novembre 2006. Condamne l'intimée à payer à la recourante une indemnité de 1'000 fr. . 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 Nancy BISIN 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.