

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 272 vom 1. Mai 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-05-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2015\\_\\_272](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__272)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 272 du 1 mai 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 272 del 1 maggio 2015

## Regeste

AFFECTION DENTAIRE, TRAITEMENT DENTAIRE, ASSURANCE OBLIGATOIRE | 31 al. 1 LAMal, 33 al. 2 LAMal, 33 al. 5 LAMal, 33 let. d OAMal, 17 let. a ch. 2 OPAS, 17 OPAS

## Erwägungen

### E. 1

er mai 2015 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Dessaux , juge unique  
Greffière : Mme Parel \*\*\*\*\* Cause pendante entre : K. \_\_\_\_\_ , à [...],  
recourante, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, à  
Lausanne, et D. \_\_\_\_\_ Caisse-maladie SA, à Berne, intimée. \_\_\_\_\_ Art.

### E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Est litigieuse en l'espèce la prise en charge, par l'intimée, des frais induits par le traitement dentaire tel que résultant du devis du Dr N. \_\_\_\_\_ du 30 mai 2013, à l'exception des prestations orthodontiques d'emblée exclues par la caisse, exclusion non contestée.

### E. 3

a) En vertu de l'art. 80 al. 1 LAMal, les prestations d'assurance sont allouées selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA, le droit de l'intéressé à exiger qu'une décision au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA soit rendue restant réservé (al. 2). En l'espèce, dans son courrier du 4 juillet 2013, la caisse a garanti le paiement du cerclage de la dent 23 et de la kystectomie. Ce courrier constitue une décision au sens de l'art. 51 al. 1 LPGA. Dans son courrier du 21 novembre 2013, après avoir qualifié sa détermination du 4 juillet 2013 de "décision erronée", l'intimée a refusé de s'acquitter de la facture du 28 juillet 2013 du Dr N. \_\_\_\_\_ en se référant à l'avis de son médecin conseil le Dr G. \_\_\_\_\_. Ceci étant, il faut constater que, le 21 novembre déjà, l'intimée a procédé à une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, laquelle est possible en cas de décision rendue selon la procédure simplifiée de l'art. 51 al. 1 LPGA (ATF 111 V 329 consid. 1; DTA 1998 p. 76 consid. 3b). Il convient donc de déterminer si les conditions d'une reconsidération étaient réalisées dans le cas présent, étant précisé qu'à défaut, l'intimée serait tenue de prendre en charge les prestations dont elle a garanti le paiement le 4 juillet 2013.

#### **E. 4**

a) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C\_575/2007 arrêt du 18 octobre 2007 consid. 2.2 et TFA I 907/06 arrêt du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). b) En l'espèce, la décision initiale était manifestement erronée en tant qu'elle portait sur la garantie de prise en charge de la kystectomie. En effet, de l'examen du dossier dentaire par le médecin conseil, il ressort qu'il n'y a pas de kyste, ce qui est au demeurant confirmé par l'avis médical du Dr N. \_\_\_\_\_ du 4 septembre 2014, produit par la recourante en procédure de recours (pièce 11 de son bordereau). Reste à savoir s'il en est de même s'agissant du cerclage de la dent 23. c) En ce qui concerne le cerclage de la dent 23, la question de la possible reconsidération, respectivement du refus de prise en charge, doit être examinée à la lumière des art. 31 al. 1 let. a LAMal et 17 let. a ch. 2 OPAS, ces dispositions étant les seules à pouvoir entrer en ligne de compte concernant une éventuelle prise en charge (pour une vue d'ensemble de cette question cf. ATF 127 V 391).

#### **E. 5**

La recourante relève encore une violation de l'art. 7 de la convention tarifaire entre la SSO, dont fait partie le Dr N. \_\_\_\_\_, et le Concordat des assureurs-maladie suisses. Outre que l'on ne discerne pas à quel acte de l'intimée correspond la date du 27 mai 2014 mentionnée dans le recours, on observera que la caisse a pris position par rapport au devis du 30 mai 2013 le 4 juillet 2013. Sa décision est intervenue après l'échéance du délai de 10 jours mentionné dans la convention tarifaire. Doit-on en déduire que, faute d'opposition en temps utile, le devis était réputé accepté avec pour conséquence que l'intimée devait prendre en charge les prestations objet du devis du 30 mai 2013 ? Répondre par l'affirmative confinerait à l'abus de droit. En effet, le devis litigieux ne respecte pas les exigences de forme de l'art. 7 (il n'est pas détaillé, ne comporte pas de plan de traitement avec indication des frais) et le médecin dentiste a manifestement commencé le traitement avant même l'échéance du délai de 10 jours ouvrables. Enfin, la recourante reproche à tort à l'intimée de ne pas avoir donné suite à sa demande de reconsidération. A tort, car un assuré ne peut

prétendre à la reconsidération d'une décision (ATF 117 V 12, consid. 2a et les références).

## **E. 6**

En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance maladie devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD). Il en va de même pour l'intimée qui, bien qu'obtenant gain de cause, non seulement n'était pas assistée d'un mandataire professionnel, mais a au surplus qualité d'assureur social (ATF 128 V 124, consid. 5b). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue par la D.\_\_\_\_\_ Caisse-maladie SA le 11 août 2014 est confirmée. III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ CAP Compagnie d'Assurance de Protection juridique SA, à Lausanne (pour la recourante), ■ D.\_\_\_\_\_ Caisse-maladie SA, à Berne, - Office fédéral de la santé publique, à Berne, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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