

VS_GERICHTE S2 14 8 vom 6. Juni 2016

VS Kantonsgericht, 2016-06-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_14_8

FR: VS_GERICHTE S2 14 8 du 6 juin 2016

IT: VS_GERICHTE S2 14 8 del 6 giugno 2016

Regeste

Par arrêt du 6 juin 2016 (9C_280/2015), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière de droit public interjeté par X_____ contre ce jugement. S2 14 8 JUGEMENT DU 31 MARS 2015 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean- Pierre Zufferey, juges ; Pierre-André Moix, greffier en la cause X_____, recourante, représentée par Maître M_____, avocat contre Y_____ SA, intimée (traitement de physiothérapie, art. 32 LAMal)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAMal, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000 s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément. Posté le 28 janvier 2014, le présent recours contre la décision sur opposition du 15 janvier précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA)

- 6 - devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA). Le recours répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière

2.1 Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance-maladie de séances de physiothérapie prescrites par le Dr C_____, médecin traitant de la recourante.

2.2 Selon l'article 25 alinéa 1 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 et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (art. 25 al. 2 let. a LAMal). Sous certaines conditions, les physiothérapeutes sont admis en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale (cf. art. 46 et 47 OAMal). La liste des prestations fournies par des physiothérapeutes pouvant être prises en charge au titre de l'assurance-maladie obligatoire est fournie à l'art. 5 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS). L'article 5 alinéa 4 OPAS précise que 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 et à quel moment le prochain rapport doit être présenté. Les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes

scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont examinés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal). L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'article 56 alinéa 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement.

- 7 - 2.3 Selon l'article 43 alinéa 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3). 3.1 En l'espèce, la recourante est suivie depuis plusieurs années par des physiothérapeutes. Y_____ a indemnisé de nombreuses séances avant de solliciter le Dr C_____ afin que ce dernier lui fournisse des renseignements lui permettant de vérifier si le traitement prescrit était économique, efficace et adéquat au regard des exigences de la LAMal. Force est d'admettre avec l'intimée que le fait de solliciter des informations complémentaires sur le traitement de physiothérapie suivi par la recourante était tout à fait légitime. En effet, le seuil des 36 séances prévu par l'article 5 alinéa 4 OPAS était largement dépassé, et il incombait donc à Y_____ de vérifier si les conditions de la poursuite du traitement étaient remplies. Il ne s'agit pas là, comme le prétend la recourante, de harcèlement administratif du Dr C_____, mais de demandes justifiées de l'intimée effectuées dans le respect du cadre légal. Faute de prise de position du médecin traitant de l'assurée, Y_____ était ainsi en droit de suspendre la prise en charge du traitement de physiothérapie, ne disposant pas de suffisamment d'éléments justifiant la poursuite de ce traitement de longue durée. Après avoir pris une première fois la décision d'interrompre le remboursement des séances de physiothérapie, l'intimée a décidé le 29 mai 2012 de prendre en charge un certain nombre de visites supplémentaires sur la base d'un avis de A_____. A cette occasion, elle a informé le Dr C_____ ainsi que l'assurée du fait que si des séances supplémentaires devaient être programmées, elles devraient faire l'objet d'un rapport circonstancié. Elle a réitéré cette demande le 6 mai 2013, après avoir une nouvelle fois accordé sa garantie de remboursement pour des séances de

- 8 - physiothérapies qui n'avaient pourtant pas fait l'objet d'un rapport ad hoc du médecin traitant. Une copie de ces courriers adressés au Dr C_____ ayant été notifiée à la recourante, cette dernière était donc dûment informée du fait que les manquements de son médecin traitant pouvaient mettre en péril le remboursement de ses séances de physiothérapie. Elle était dès lors en mesure d'attirer l'attention de son médecin traitant sur le fait qu'il devait se conformer à ses obligations, voire changer de praticien, ce qu'elle a d'ailleurs fait au cours de la présente procédure. Il apparaît en outre logique que plus le traitement de physiothérapie durait, plus les investigations de la caisse-maladie devaient être précises, le médecin traitant ne pouvant se borner, compte tenu des règles fixées par la LAMal et l'OPAS, de prescrire des séances de physiothérapie sans les justifier médicalement. En ne faisant qu'apposer son timbre professionnel sur des prescriptions

émanant de spécialistes en physiothérapie, le Dr C _____ n'a pas rempli ses obligations décrites par l'article 5 alinéa 4 OPAS et dès lors l'intimée était en droit de mettre fin au remboursement des séances de physiothérapie non documentées par un rapport médical idoine. 3.2 Aux termes de l'article 32 alinéa 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. En application de cette disposition, c'est à juste titre que Y _____ a refusé de prendre en charge la facture de 725 Euros correspondant à un traitement prodigué par un cabinet de physiothérapie espagnol, la recourante ne prétendant au demeurant pas que ce dernier était urgent et qu'un retour en Suisse n'était pas approprié. 3.3 Enfin, la Cour de céans considère que la production du dossier AI de la recourante dans la présente procédure ne lui serait d'aucun secours, dès lors que ce sont des informations actuelles du médecin traitant que Y _____ avait requis, et non pas l'historique médical de l'assurée.

E. 4

Au vu de ces éléments, il convient de donner acte à la recourante de la prise en charge de 36 séances de physiothérapie par année tel que décrit la détermination de Y _____ du 27 août 2014. Pour le surplus, le recours est rejeté.

- 9 - Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens (art. 61 let. a et g a contrario LPGA).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 31 mars 2015

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