

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 mars 2025

Composition : Mme DURUSSEL, juge unique
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourant,

et

D. _____, à [...], intimée.

Art. 52 al. 3 LPGA ; art. 25 al. 2 let. g LAMal ; art. 26 OPAS

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) était assuré en 2023 auprès de D._____ (ci-après : D._____ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins.

Courant 2023, il a transmis à D._____ des demandes de remboursements portant sur diverses factures de T._____ pour des prestations fournies en 2023, notamment les factures suivantes :

- facture du 6 avril 2023 faisant état d'un « montant total » de 122 fr. 40, d'un montant de 61 fr. 20 au titre de « déductions », et d'un « montant total à payer » de 61 fr. 20 ;
- facture du 9 mai 2023 faisant état d'un « montant total » de 25 fr. 40, d'un montant de 12 fr. 70 au titre de « déductions », et d'un « montant total à payer » de 12 fr. 70 ;
- facture du 14 juin 2023 faisant état d'un « montant total » de 169 fr. 80, d'un montant de 84 fr. 90 au titre de « déductions », et d'un « montant total à payer » de 84 fr. 90 ;
- facture du 11 juillet 2023 faisant état d'un « montant total » de 279 fr. 60, d'un montant de 139 fr. 80 au titre de « déductions », et d'un « montant total à payer » de 139 fr. 80.

Il ressort du dossier que les décomptes de prestations établis par D._____ en lien avec ces factures ont été contestés par l'assuré et ont fait l'objet de nombreux échanges entre le prénommé, représenté par H._____, et D._____. Il en ressort également que pour le calcul de sa participation de 50 % à ces frais de transport, D._____ a pris en considération le « montant total à payer » (soit le « montant total » après les « déductions ») tandis que l'assuré sollicitait une prise en charge calculée sur le « montant total » figurant sur les factures.

Le 18 août 2023, l'assuré a indiqué à D._____ qu'il ne comprenait pas pourquoi elle limitait son remboursement au quart des factures de transport de T._____ au lieu de lui rembourser la moitié. Il a

sollicité une décision en cas de maintien de son refus de lui rembourser le solde réclamé.

Le 15 septembre 2023, l'assuré a rappelé à D._____ qu'il était dans l'attente qu'elle rende une décision concernant le remboursement du solde qui lui était dû en lien avec les factures précitées, précisant qu'à défaut de réponse d'ici au 18 septembre 2023 il saisirait le tribunal.

Le 19 septembre 2023, D._____ a informé l'assuré que les décomptes de prestations contestés par lui avaient été corrigés et qu'il recevrait prochainement les décomptes correctifs.

Le même jour, D._____ a établi de nouveaux décomptes de prestations en lien avec les factures des 6 avril, 9 mai, 14 juin et 11 juillet 2023 de T._____.

Le 30 septembre 2023, l'assuré a imparti un délai au 2 octobre 2023 à D._____ pour rendre une décision formelle comportant notamment les motifs de son refus initial de lui rembourser la totalité des prestations dues. Il a reproché à D._____ d'avoir agi contrairement à tout bon sens pendant huit mois et a requis une indemnité pour le temps que cela avait occasionné, ajoutant que les manquements de D._____ avaient généré au moins deux jours complets de travail pour suivre, relancer, expliquer, clarifier et s'opposer systématiquement aux décomptes de prestations.

Le 9 octobre 2023, D._____ a indiqué à l'assuré que la présentation des factures de T._____ avait été source de confusion en raison de la rubrique « déductions » qui correspondait en réalité aux prestations complémentaires.

Le 10 octobre 2023, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant notamment à ce qu'une décision écrite soit rendue par D._____ pour les factures de mars à juillet 2023 (I), qu'une décision écrite relative aux modalités de

remboursement de toute facture T._____ relative à la période ultérieure à juillet 2023 soit rendue (II), qu'une indemnité d'un montant de 720 fr. soit allouée à sa représentante (III), que la Cour statue sur la position de D._____ par rapport au terme de « déduction » et par extension sur la terminologie pratiquée lors de la facturation des coûts par T._____ (IV), qu'elle dise si l'assurance-maladie obligatoire doit être informée qu'un assuré est au bénéfice de prestations complémentaires (V), qu'une communication de la décision à intervenir soit faite à l'Office de médiation, à l'assureur, au Centre médico-social et à leurs organisations faîtières (VI) et qu'un processus de vérification soit initié sur la question des remboursements des coûts T._____ (VII).

Par décision du 10 novembre 2023, D._____ a constaté avoir pris en charge 50 % des prestations facturées par T._____ les 6 avril, 9 mai, 14 juin et 11 juillet 2023 jusqu'à concurrence d'un montant annuel de 500 fr. et sous réserve de la quote-part y relative, précisant que les décomptes de prestations avaient pris en considération le montant global de la facture, à savoir la part directement facturée à l'assuré (soit 50 %) à laquelle s'ajoutait la part directement facturée au service des prestations complémentaires (soit 50 %).

Dans un courrier du 10 décembre 2023, l'assuré a mentionné faire opposition à cette décision et a émis divers griefs concernant le traitement par cet assureur des factures de T._____. Il a maintenu sa demande d'indemnisation de 720 fr., précisant que les ressources mises pour amener D._____ à procéder conformément à ses obligations légales devaient être compensées.

Par arrêt du 21 décembre 2023, statuant sur le recours formé le 10 octobre 2023 par l'assuré, la Juge unique de la Cour des assurances sociales a rayé la cause du rôle (arrêt n° AM 30/23 - 32/2023). Elle a constaté que D._____ avait donné suite à la demande de l'assuré de rendre une décision susceptible d'opposition sur le remboursement des factures de T._____, de sorte que le recours pour retard à statuer était devenu sans objet. Quant aux autres conclusions, qui se rapportaient à

des questions matérielles, elles devant être examinées au fond et étaient irrecevables. Le recourant ne pouvait par ailleurs pas prétendre à des dépens.

Par décision sur opposition du 17 avril 2024, D._____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 10 novembre 2023. Elle a observé qu'à la suite de la contestation des décomptes de prestations relatifs aux factures des 6 avril, 9 mai, 14 juin et 11 juillet 2023 de T._____, ces décomptes avaient été corrigés en septembre 2023, de sorte que les revendications de l'assuré n'étaient plus actuelles. Quant à la demande d'indemnité de 720 fr., elle a estimé qu'elle n'était pas justifiée.

B. Par acte du 21 mai 2024 (date du sceau postal), E._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 17 avril 2024, en prenant les conclusions suivantes :

« Je considère que cela s'avère plus que nécessaire que la Cour des assurances sociales statue sur :

1. le modus operandi de facturation et de suivi requis de part et d'autre en lien avec l'art. 46 RLVPC-RFM et le Processus I. Transports médicaux reconnus par la LAMal tel que décrit aux pages 30-31 dans le Catalogue vaudois de remboursement des frais de maladie et d'invalidité (RFM) par les prestations complémentaires AVS/AI (PC), Etat au 1^{er} janvier 2020 - et plus spécifiquement en ce qui me concerne, le processus de facturation tel que pratiqué par T._____ ;
2. la notion de la protection des données personnelles sensibles [LPD], je demande que la Cour confirme ou infirme les points suivants :
 - a. le CMS [centre médico-social] est un organisme reconnu par l'AOS [assurance obligatoire des soins] pour évaluer un assuré eu égard au droit de recourir aux prestations de transport facturées par T._____ ;
 - b. que la carte de légitimation délivrée par T._____, sur la base de l'évaluation par le CMS, est un document reconnu que l'assuré peut envoyer à l'assurance, et qui valide le droit aux prestations de transport en lien avec la mobilité réduite ;
 - c. le cas échéant, que la carte de légitimation soit une information probante pour que l'AOS reconnaisse systématiquement que les factures T._____ sont soumises à une Convention ;
 - d. la nécessité de devoir faire signer par un médecin le certificat médical additionnel délivré par T._____ ;

- e. la nécessité de détailler les atteintes physiques/problèmes médicaux sur le certificat médical tel qu'émis par T. _____ ;
 - f. la conformité dudit certificat médical détaillant les atteintes physiques, en lien avec la nLPD ;
 - g. le cas échéant, à qui doit être remis le certificat médical si le détail des atteintes physiques est légalement requis, en partant du principe que ce sont des données sensibles ?
 - h. en lien avec les éléments énumérés ci-dessus, et sachant que l'émetteur de la facture (T. _____, dont les modalités de facturation sont disponibles publiquement via le Catalogue vaudois) et que le traitement d'une facture de transport par l'AOS est identique que l'assuré soit bénéficiaire d'une assurance subsidiaire ou pas, puisque le remboursement est légalement défini à 50 % du total et limité à Fr 500.- par année, y a-t-il obligation de la part de l'assuré de divulguer à l'AOS qu'il est bénéficiaire d'une assurance subsidiaire et en plus, de préciser laquelle ;
3. en fonction des conclusions concernant les points 1. et 2. ci-dessus, de s'assurer que les obligations légales des uns et des autres soient clarifiées une fois pour toutes et que les dysfonctionnements administratifs inutiles, injustifiés ou non-conformes soient identifiés et résolus dans les plus brefs délais, afin que l'assuré (et par extension, tout assuré tributaire du système T. _____) n'ait plus à subir cette usine à gaz ;
 4. concernant le point 7, p. 5, [...] /DsO 17.04.2024, je souhaite que la Cour se prononce sur la nécessité absolue et impérative pour un assuré, dans le cas de factures T. _____ et de leur remboursement par l'AOS, dans la mesure où son droit à bénéficier du service de transport de personnes à mobilité réduite a été évalué au préalable par le CMS (organisme associé au T. _____, et qui délivre à l'assuré une carte de légitimation), et qu'il peut donc recourir de façon reconnue à ces services de transport, de devoir communiquer à l'AOS qu'il bénéficie de prestations d'une assurance subsidiaire, ceci d'autant plus que dans le cas des factures de transport à but médical, émises par un organisme spécifiquement désigné et affilié à la Convention vaudoise, et pour des factures de transport dont l'AOS ne rembourse de toute façon que 50 % jusqu'à concurrence de Fr 500.-/année, les conditions sont remplies pour limiter dans tous les cas le remboursement de l'AOS à 50 % comme mentionné et spécifié noir sur blanc sur les factures. Il est donc impossible que l'AOS rembourse trop - comme le prétend D. _____ (DsO 17. 04. 2024, p. 5 chiffre 10) puisque les modalités de facturation T. _____ est connu et réglementé, et se calque sur la limite LAMal. Une situation de remboursement induit comme le prétend D. _____ est logiquement impossible dans le cas des factures T. _____ : par contre D. _____ ne s'est pas privé d'une interprétation abusive pour faire la sourde oreille et bloquer pendant plusieurs mois le processus prédéfini des factures T. _____ et devant être parfaitement connu des AOS, malgré les contestations répétées de Mme H. _____ ;
 5. le droit de l'assuré de demander à recevoir - et d'obtenir - des factures avec 100 % des coûts afin de pouvoir les gérer comme toute autre facture médicale ;

6. une indemnisation pour Madame H. _____ pour le suivi effectué depuis plus d'une année auprès des trois organismes concernés (T. _____, D. _____ et PC) et qui continue à devoir être fait ;
7. en réitération de ma demande dans mon recours du 10.10.2023, et en fonction des conclusions de la Cour, qu'un processus de vérification/ validation soit initié aussi bien auprès des organismes cantonaux qui émettent les factures T. _____ que chez les assureurs LAMAL du canton (aux frais de l'entité responsable des erreurs ou de l'appréciation abusive) sur la question spécifique des remboursements des coûts T. _____, car il y a fort à craindre que cela ne soit pas un cas isolé et que les droits financiers des assurés à être remboursés aient été lésés.
Cette demande est d'autant plus importante que T. _____ sont souvent utilisés par des personnes vulnérables ou âgées qui n'ont pas forcément la notion de ce qui doit leur être remboursé et auront renoncé à revendiquer leur dû pour le cas où un remboursement insuffisant ait été effectué. »

Dans sa réponse du 9 août 2024, D. _____ a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 18 août 2024, le recourant a développé ses arguments.

Le 20 septembre 2024, l'intimée a déclaré renoncer à déposer des déterminations complémentaires.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, sous réserve des points figurant ci-après sous chiffre 2.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés 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. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

En vertu de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. Est considéré comme un intérêt digne de protection, tout intérêt actuel de droit ou de fait à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre, que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 135 II 145 consid. 6.1 ; 133 II 400 consid. 2.2 et les références).

Les considérations relatives à l'intérêt digne de protection au recours sont également valables lorsqu'il s'agit de déterminer si une personne peut se prévaloir d'un intérêt digne de protection à une décision en constatation. Selon la jurisprudence, un tel intérêt n'existe que lorsque

le requérant a un intérêt actuel, de fait ou de droit, à la constatation immédiate d'un droit, sans que s'y opposent de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits et d'obligations (Jean Métral, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 16 ad art. 59 LPGA et la référence citée). Selon un principe général de procédure, les conclusions en constatation de droit ne sont recevables que lorsque des conclusions condamnatoires ou formatrices sont exclues ; sauf situations particulières, les conclusions constatatoires ont donc un caractère subsidiaire (ATF 141 II 113 consid. 1.7). Les conditions restrictives posées à une décision de constatation répondent à un objectif d'économie de procédure. Elles évitent à l'administration et, en cas de recours, aux tribunaux, de devoir trancher des questions théoriques ou de devoir statuer à titre « préventif », sans être certain que le jugement aura au final des conséquences pratiques.

b) En l'espèce, la décision sur opposition attaquée porte sur la prise en charge des factures de T. _____ des 6 avril, 9 mai, 14 juin et 11 juillet 2023, d'une part, et sur le refus d'allouer au recourant une indemnité de 720 fr. pour le travail effectué par sa représentante, d'autre part. Les rapports juridiques qui peuvent être portés devant la Cour des assurances sociales sont dès lors circonscrits à ces deux problématiques. La conclusion 6 de l'acte de recours, qui a trait à l'indemnisation de H. _____, est donc recevable.

En revanche, les autres conclusions du recours, qui ont pour objectif que la Cour des assurances sociales se prononce sur « les devoirs et obligations des uns et des autres » dans le cadre du système vaudois relatif au remboursement des frais de transport et aux aides remboursées aux bénéficiaires des prestations complémentaires, sont irrecevables dans la mesure où elles vont au-delà de l'objet de la contestation qui est déterminé par la décision sur opposition du 17 avril 2024. Il n'appartient pas à la Cour des assurances sociales, dans une procédure de recours contre une décision de l'assureur obligatoire de soins relative à un

remboursement de factures, de statuer sur le processus de facturation de T._____ ou d'autres prestataires de transports (conclusions 1 et 5 de l'acte de recours), de statuer de manière générale sur les informations ou documents à joindre aux demandes de remboursements de frais de transports au regard de la loi fédérale sur la protection des données du 25 septembre 2020 (LPD ; RS 235.1) (conclusions 2, 3 et 4 de l'acte de recours), ni à ordonner la mise en œuvre d'un processus de vérification et de validation auprès des organismes cantonaux émettant les factures de T._____ et des assureurs LAMal du canton concernant la question des remboursements des coûts de T._____ (conclusion 7 de l'acte de recours). Par ailleurs, plusieurs conclusions de l'acte de recours sont également irrecevables parce qu'elles tendent à une décision constatatoire alors que le recourant ne fait pas valoir un intérêt digne de protection à obtenir un jugement constatatoire puisque, comme on le verra plus bas, le remboursement des prestations litigieuses est intervenu sous la forme d'une décision formatrice conforme à la loi.

Au vu de ce qui précède, l'analyse du recours sera restreinte à l'examen de la conformité de la décision sur opposition attaquée en tenant compte des considérations qui précèdent.

3. a) Selon l'art. 25 al. 2 let. g LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage. D'après l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail quelles sont ces prestations. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées (art. 33 al. 5 LAMal en corrélation avec l'art. 33 let. g OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]), a promulgué l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS ; RS 832.112.31).

Selon l'art. 26 OPAS, l'assurance prend en charge 50 % des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre

la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé. Le montant maximum est de 500 fr. par année civile (al. 1). Le transport doit être effectué par un moyen qui corresponde aux exigences médicales du cas (al. 2).

Pour les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI domiciliés dans le canton de Vaud, l'art. 19 al. 1 let. 3 RLVPC-RFM (règlement d'application du 1^{er} mai 2019 de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité et sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires ; BLV 831.21.1) prévoit que les frais de transport vers le centre de soins le plus proche sont remboursés par la Caisse de compensation AVS pour autant que les conditions posées par ledit règlement soient réalisées. La participation de l'Etat au remboursement des frais de maladie et d'invalidité au sens du règlement précité est subsidiaire aux prestations des assurances sociales et des régimes sociaux ainsi qu'à toutes les autres ressources du bénéficiaire, y compris les assurances privées. Il appartient au bénéficiaire de s'adresser en priorité aux autres assurances et régimes sociaux ; à défaut, le remboursement des frais au sens dudit règlement peut être refusé (art. 20 RLVPC-RFM).

b) En l'espèce, pour calculer sa participation de 50 % aux factures de transport de T._____ des 6 avril, 9 mai, 14 juin et 11 juillet 2023 conformément à l'art. 26 OPAS, l'intimée s'est fondée initialement sur le « montant total à payer » figurant sur lesdites factures. Elle a ainsi établi des décomptes de prestations correspondant à 50 % du « montant total à payer », mais représentant 25 % des frais de transports effectifs puisque T._____ avait déduit la part de 50 % supportée par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS dans le « montant total à payer ». L'intimée a finalement corrigé ses décomptes de prestations lorsqu'elle a compris son erreur dans sa lecture des factures émises par T._____. Elle a ainsi admis la prise en charge de la moitié des coûts de

transports précités conformément au système légal. Le recourant n'a pris aucune conclusion tendant à une prise en charge financière différente et il a admis dans son opposition que les remboursements de la participation de l'intimée aux factures précitées avaient bien été effectués. La question du remboursement de ces factures n'est ainsi plus litigieuse, de sorte que le recourant ne justifie plus aucun intérêt au recours sur ce point.

Il sied de préciser qu'il n'est pas contraire à la LPD de requérir de l'assuré qu'il démontre remplir les conditions d'octroi des prestations, notamment en produisant un certificat médical. Il peut être relevé à cet égard que l'art. 28 LPGA prévoit que celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. L'art. 84 LAMal précise par ailleurs que les organes chargés d'appliquer la présente loi ou d'en contrôler ou surveiller l'exécution sont habilités à traiter ou faire traiter les données personnelles, y compris les données sensibles, qui leur sont nécessaires pour accomplir les tâches que leur assignent la loi, notamment pour établir le droit aux prestations, les calculer, les allouer et les coordonner avec celles d'autres assurances sociales (al. 1 let. c).

Le fait de demander à l'assuré s'il est bénéficiaire d'autres prestations sociales, en particulier de prestations complémentaires, permet une meilleure coordination entre les organismes d'assurances sociales et de renvoyer l'assuré auprès de la caisse de compensation compétente pour obtenir le solde des prétentions. En l'espèce, cette information a en outre permis à l'intimée de comprendre le décompte des factures de T._____.

La prise en charge de ces factures par les prestations complémentaires est subsidiaire à l'assurance obligatoire des soins, ce qui explique que la demande de remboursement doit être accompagnée de la notification par l'assurance maladie de l'atteinte du montant maximum de participation par année civile.

Quant au processus de remboursement de tels frais par les prestations complémentaires, il échappe à la cognition de la Cour des assurances sociales dès lors que l'objet de la contestation, déterminé par la décision sur opposition du 17 avril 2024, porte sur leur prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Pour le surplus, il peut être constaté que la prise en charge de ces frais de transport est réglée en partie par le droit fédéral et en partie par le droit cantonal, ce qui ne simplifie peut-être pas le processus de leur remboursement aux assurés. Cela étant, le système cantonal complète les prestations prévues par le droit fédéral qui ne prévoit pas une prise en charge entière des frais de transport. En d'autres termes, si le droit cantonal ne prévoyait pas un système de remboursement du solde des frais de transport, celui-ci serait à la charge de l'assuré.

4. Il reste à examiner la demande d'indemnisation de 720 fr. pour la représentante du recourant.

a) Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances l'exigent (art. 37 al. 4 LPGA). En procédure administrative, l'assistance par un mandataire professionnel s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1 et les arrêts cités). Par ailleurs, à l'instar de ce qui prévaut en procédure judiciaire (art. 61 let. f LPGA), la partie ne doit pas disposer de ressources suffisantes et sa cause ne doit pas paraître dépourvue de chances de succès (ATF 125 V 201 consid. 4a). Selon l'art. 52 al. 3 LPGA, il n'est en règle générale pas alloué de dépens dans le cadre d'une procédure d'opposition. Le Tribunal fédéral a toutefois précisé qu'il y avait lieu d'admettre une exception lorsque l'opposant qui obtenait gain de cause aurait pu prétendre à l'assistance

gratuite d'un conseil en procédure administrative en cas de rejet de l'opposition (ATF 140 V 116 consid. 3.3 ; 132 V 200 consid. 4.1 ; 130 V 570 consid. 2.2).

b) En l'espèce, la demande d'indemnisation pour la représentante du recourant dans la procédure administrative doit être rejetée. En effet, H._____, qui assiste le recourant de façon bénévole depuis plusieurs années (cf. acte de recours, point 3.4, p. 10), n'est pas une mandataire professionnelle. Par ailleurs, en ce qui concerne la procédure d'opposition à la décision du 10 novembre 2023, le recourant n'a pas obtenu gain de cause, puisque cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 17 avril 2024 et que le recourant a admis dans son courrier d'opposition que les remboursements dus par l'intimée avaient bien été effectués. A noter encore que l'opposition du recourant comprenait une large argumentation qui sortait du cadre restreint du litige relatif aux factures de T._____ des 6 avril, 9 mai, 14 juin et 11 juillet 2023.

5. En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 17 avril 2024 confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.

II. La décision sur opposition rendue le 17 avril 2024 par D._____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- E. _____,
- D. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

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 :