

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 juin 2015

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique  
Greffière : Mme Rossi

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.M.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Emmanuel Rossel, avocat à Morges,

et

**E.** \_\_\_\_\_ **SA**, au [...], intimée.

---

**Art. 8 al. 1 et 9 Cst. ; 27 LPGA ; 41 et 62 LAMal**

**E n f a i t :**

**A.** Selon deux attestations d'assurance du 15 mai 2013, A.M.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) et son épouse B.M.\_\_\_\_\_, tous deux nés en 1931, sont affiliés depuis le 1<sup>er</sup> février 2010 à U.\_\_\_\_\_ (ci-après : U.\_\_\_\_\_), pour l'assurance obligatoire des soins au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), modèle « médecin de famille ».

Par lettre du 20 janvier 2010, le Dr C.M.\_\_\_\_\_ - spécialiste en médecine interne générale, ainsi qu'en allergologie et immunologie clinique -, fils des époux M.\_\_\_\_\_, a notamment indiqué à U.\_\_\_\_\_ que ses parents avaient été suivis pendant de nombreuses années par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie. Celui-ci était récemment parti à la retraite et sa succession avait été prise par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en hématologie, installé dans le même cabinet de groupe.

Le 10 février 2010, U.\_\_\_\_\_ a écrit à C.M.\_\_\_\_\_ le courrier suivant :

« Notre service "Portefeuille" nous a transmis une copie des lignes qui vous ont été adressées en date du 5 février 2010, pour prise de position au sujet d'une éventuelle dérogation concernant la prise en compte du Dr F.\_\_\_\_\_ en tant que médecin de famille de vos parents.

Après avoir réexaminé ces dossiers avec la direction de notre département des sinistres, nous vous informons que, malgré le fait que le médecin précité soit un spécialiste, nous sommes disposés à l'accepter comme médecin de famille.

Par conséquent, nous adressons une copie de notre correspondance au département précité en les remerciant d'apporter les corrections nécessaires avec effet au 1er février 2010 [...]. »

U.\_\_\_\_\_ a édicté des conditions spéciales d'assurance « Catégorie B - [...] Assurance obligatoire des soins modèle "médecin de famille" ». Le titre premier relatif au droit applicable - inchangé par

rapport à sa version antérieure – prévoit l'application de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), de la LAMal, des ordonnances d'application de celle-ci, et des conditions générales d'assurance. Les art. 23 à 25 de ces conditions spéciales d'assurance, dans leur version en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, ont la teneur suivante :

### **« Chapitre 3      Le modèle "médecin de famille" »**

#### **Article 23            L'objet de l'assurance**

- 23.1      En souscrivant au modèle "médecin de famille", l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites ci-après sous chiffres 23.2 à 23.4.
- 23.2      Sauf cas d'urgence établie, l'assuré s'engage à consulter en premier recours le médecin de famille qu'il aura choisi parmi tout médecin généraliste, interniste sans autre spécialisation ou pédiatre pour les enfants et dont il aura communiqué les coordonnées à U.\_\_\_\_\_. Le médecin de famille est l'interlocuteur de référence de l'assuré. Il coordonne toutes les questions médicales. Il décide également s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un spécialiste. En cette occurrence, il remet à l'assuré un avis de délégation dûment complété et signé, qui devra être joint à la facture du spécialiste. Les consultations en ophtalmologie ou gynécologie sont dispensées de ces conditions.
- 23.3      Le changement de médecin de famille ne peut se faire qu'avec l'accord préalable d'U.\_\_\_\_\_.
- 23.4      En cas de non-respect de cet engagement, l'assuré ne pourra pas faire appel aux prestations d'U.\_\_\_\_\_.
- 23.5      Les principes particuliers réglant le fonctionnement de ce modèle, l'adhésion et la sortie des assurés ressortissent aux articles 41, alinéas 2 et 4, et 62, alinéas 1 et 3, de la LAMal, ainsi qu'aux articles 99 à 101 de l'OAMal. Pour le surplus, les principes généraux de la LAMal et de ses ordonnances d'application font référence.
- 23.6      En tant qu'il n'y soit dérogé dans les présentes conditions d'assurance (chapitre 3 modèle "médecin de famille"), sont applicables les règles contenues dans le titre premier et le titre 2, chapitres premier et 2, ci-avant.

#### **Article 24            Le champ d'application des conditions d'assurance**

Sous réserve de dispositions légales ou réglementaires contraires, les présentes conditions d'assurance sont applicables à tout assuré qui a confirmé sa volonté d'adhésion au modèle "médecin de famille", par sa signature ou celle de son représentant autorisé apposée sur la demande d'adhésion au modèle "médecin de famille".

**Article 25 L'entrée et la sortie du modèle "médecin de famille"**

- 25.1 Un assuré peut en tout temps faire valoir son adhésion au modèle "médecin de famille".
- 25.2 Sous réserve du chiffre 25.3 ci-après, l'abandon de cette forme particulière d'assurance n'est possible que pour la fin d'une année civile et il implique le passage simultané de l'assuré à une autre forme d'assurance obligatoire des soins. Cette renonciation ne vaut pas comme décision de démission d'U.\_\_\_\_\_, l'article 7, alinéas 3 et 4, LAMal étant réservé.
- 25.3 Un transfert de domicile de l'assuré dans un canton où le modèle "médecin de famille" n'est pas proposé par U.\_\_\_\_\_ entraîne l'obligation du passage automatique de l'assuré à une autre forme de l'assurance obligatoire des soins. »

Par courriers du 16 juin 2012, U.\_\_\_\_\_ a indiqué notamment ce qui suit à B.M.\_\_\_\_\_ et A.M.\_\_\_\_\_ :

« Vous nous avez récemment adressé un envoi relatif à des frais médicaux ne répondant pas aux conditions de votre modèle d'assurance.

A ce sujet, nous vous informons que nous acceptons la prise en charge de ces frais. Toutefois, nous appliquerons à l'avenir nos nouvelles Conditions spéciales d'assurance.

En effet, nous vous rappelons que dès le 1er janvier 2012, ces conditions stipulent que, sauf en cas d'urgence, vous vous engagez à consulter en premier recours votre médecin de famille qui doit être généraliste, interniste sans autre spécialisation ou pédiatre. C'est votre médecin de famille qui vous adressera, si nécessaire, chez un médecin spécialiste sur la base d'un avis de délégation qui devra être joint à sa facture [...].

Dès lors, vous voudrez bien nous communiquer les coordonnées d'un médecin agréé ou nous informer, par écrit, si vous souhaitez opter pour le modèle d'assurance obligatoire des soins ordinaire offrant le libre choix du médecin. »

Les 13 juillet et 25 août 2012, U.\_\_\_\_\_ a écrit à l'assuré le courrier suivant :

« Vous nous avez récemment adressé un envoi relatif à des frais médicaux.

Cependant, nous vous informons que nous refusons la prise en charge de tout ou partie de ces frais car ceux-ci ne répondent pas aux conditions de votre modèle d'assurance.

En effet, nous vous rappelons que nos Conditions spéciales d'assurance stipulent que, sauf en cas d'urgence, vous vous engagez à consulter en premier recours votre médecin de famille qui doit être généraliste, interniste sans autre spécialisation ou pédiatre. C'est ce médecin de famille qui vous adressera, si nécessaire, à un spécialiste sur la base d'un avis de délégation qui devra être joint à sa facture [...].

Nous serions toutefois disposés à prendre en charge ces frais médicaux si vous optiez pour le modèle d'assurance obligatoire des soins ordinaire offrant le libre choix du médecin. Cette modification interviendrait avec effet rétroactif au 1er janvier de cette année et entraînerait ainsi une adaptation de votre prime mensuelle. Le cas échéant, vous voudrez bien prendre contact avec nos services administratifs afin de nous communiquer votre décision. »

Le 13 septembre 2012, A.M. \_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit à U. \_\_\_\_\_ :

« [...]

Vous trouverez en annexe une copie de vos engagements pris en février 2010 qui n'ont jamais été annulés. Il est donc exclu qu'une modification de mes primes intervienne rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier de cette année.

Pour le reste, je garde toute liberté sur la décision à prendre pour l'année 2013. »

Les 18 septembre et 5 octobre 2012, U. \_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'assuré des courriers au contenu identique à celui de ses correspondances des 13 juillet et 25 août 2012.

Le 10 octobre 2012, U. \_\_\_\_\_ adressé à A.M. \_\_\_\_\_ une lettre, dont la teneur est la suivante :

« C'est avec toute l'attention voulue que nous avons pris connaissance de votre correspondance du 13 septembre 2012, relative à nos lignes du 25 août 2012.

Vous contestez nos refus d'indemnisation de vos frais médicaux au motif qu'U. \_\_\_\_\_ avait accepté le Dr F. \_\_\_\_\_ en tant que médecin de famille en date du 10 février 2010.

Lorsque vous avez adhéré au modèle d'assurance particulier "Médecin de famille" au 1<sup>er</sup> février 2010, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en hématologie, pouvait effectivement être désigné en tant que médecin de famille au sens de nos conditions spéciales d'assurance.

Toutefois, dans le courant du mois d'octobre 2011, nous vous avons adressé un exemplaire des nouvelles conditions spéciales pour l'assurance obligatoire des soins, catégorie [...], modèle "Médecin de famille" dont l'entrée en vigueur était prévue le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Le chiffre 23.2 de celles-ci dispose, à compter de la date précitée :

" Sauf cas d'urgence établie, l'assuré s'engage à consulter en premier recours le médecin de famille qu'il aura choisi parmi tout médecin généraliste, interniste *sans autre spécialisation* ou pédiatre pour les enfants et dont il aura communiqué les coordonnées à U.\_\_\_\_\_. Le médecin de famille est l'interlocuteur de référence de l'assuré. Il coordonne toutes les questions médicales. Il décide également s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un spécialiste. En cette occurrence, il remet à l'assuré un avis de délégation dûment complété et signé, qui devra être joint à la facture du spécialiste. Les consultations en ophtalmologie ou gynécologie sont dispensées de ces conditions."

Le Dr F.\_\_\_\_\_ bénéficie d'une spécialisation en hématologie. Dès lors, il ne remplit pas les conditions précitées. Si celles-ci ne vous convenaient plus, il vous appartenait alors de modifier votre contrat à l'assurance obligatoire des soins, catégorie [...], laquelle permet le libre choix du fournisseur de soins.

Par lettre du 16 juin 2012, vous avez été dûment informé de cette modification. Nous vous avisions alors que l'indemnisation de vos frais médicaux serait acceptée, à bien plaisir, jusqu'à la date de notre courrier d'avertissement mais que nos nouvelles conditions spéciales d'assurance seraient dorénavant appliquées strictement.

Or, vous n'avez en aucun cas réagi à nos lignes, ni à celles du 13 juillet suivant.

Par conséquent, nous nous voyons contraints de maintenir le refus de prise en charge des frais médicaux engagés dès le 17 juin 2012 et ce par souci d'équité envers l'ensemble de nos assurés.

A l'avenir, nous vous prions donc de bien vouloir choisir un nouveau médecin de famille remplissant les conditions précitées ou de modifier votre affiliation à l'assurance obligatoire des soins avec libre choix du fournisseur de soins.

[...]. »

Le 6 novembre 2012, U.\_\_\_\_\_ a écrit à l'assuré un courrier identique à ceux des 13 juillet, 25 août, 18 septembre et 5 octobre 2012.

Par lettre du 16 novembre 2012, C.M.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit à U.\_\_\_\_\_ :

« A la demande de mes parents âgés, j'ai pris connaissance de leur échange de correspondance avec U. \_\_\_\_\_ concernant le refus d'indemnisation de leurs frais médicaux dès le 17 juin 2012.

Pour mémoire, à la suite de nombreuses erreurs administratives, j'avais écrit[t] à la direction générale d'U. \_\_\_\_\_ en janvier 2010 afin de clarifier la situation de mes parents, fidèles à leur médecin traitant. Vous avez accepté le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, comme médecin de famille pour mes parents par courrier du 10 février 2010.

Il n'était dès lors pas imaginable que vos circulaires successives, la première en décembre 2010 déjà, s'appliquent également au Dr F. \_\_\_\_\_ que vous veniez d'accepter!

Mes parents ont tenté à plusieurs reprises d'expliquer leur situation à des collaborateurs d'U. \_\_\_\_\_, par oral et par écrit, leur dernière correspondance du 13 septembre 2012 ayant conduit à votre prise de position du 10 octobre 2012.

Il est clair qu'avec les multiples tracasseries dont ils sont l'objet à leur âge, il[s] vont renoncer à votre produit "option médecin de famille" pour l'année 2013, d'autant plus qu'on ne change pas de médecin comme de chemise, ce que U. \_\_\_\_\_ semble malheureusement ignorer...

Toutefois, en l'absence de lettre nominative, ou au moins claire, leur expliquant que la dérogation avec le Dr F. \_\_\_\_\_ de février 2010 était devenue caduque, je vous demande le remboursement sans délai de l'ensemble des frais médicaux encore impayés et relevant de l'assurance[-] maladie de base, ceci jusqu'au 31 décembre 2012. »

Le 26 novembre 2012, U. \_\_\_\_\_ a fait savoir à A.M. \_\_\_\_\_ qu'après avoir réexaminé le cas avec la direction de son département des prestations, elle maintenait sa position exprimée dans son courrier du 10 octobre 2012, par souci d'équité envers l'ensemble de ses assurés. Elle lui a en outre précisé qu'il avait la possibilité de demander une décision formelle.

Le 9 décembre 2012, U. \_\_\_\_\_ a envoyé à l'assuré un courrier identique à ceux des 13 juillet, 25 août, 18 septembre, 5 octobre et 6 novembre 2012.

Par lettre du 11 décembre 2012 à U. \_\_\_\_\_, C.M. \_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes :

« J'ai pris connaissance de votre courrier du 26 novembre dernier que vous avez adressé à mon père, ceci en réponse à ma correspondance du 16 novembre 2012.

Vous avez accepté le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, comme médecin de famille pour mes parents par courrier du 10 février 2010. A ma connaissance, mes parents n'ont pas reçu de courrier leur expliquant que leur médecin, le Dr F.\_\_\_\_\_, était devenu indésirable à vos yeux, en tout cas pas avant l'été 2012. Il n'est dès lors pas acceptable de vouloir leur faire payer rétroactivement des suppléments de prime d'assurance-maladie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Dans le cas contraire, je vous remercie de me faire parvenir une copie de la lettre qui leur aurait été adressée en 2011 leur expliquant votre changement radical de position survenu depuis le 10 février 2010 concernant le Dr F.\_\_\_\_\_.

Sans ce document, je vous demande le remboursement rapide de l'ensemble des frais médicaux encore impayés et relevant de l'assurance[-]maladie de base, ceci jusqu'au 31 décembre 2012.

Comme je vous l'ai déjà écrit, avec les multiples tracasseries dont ils ont été et sont encore l'objet à leur âge, ils vont renoncer à votre produit "médecin de famille" pour l'année 2013. »

Le 9 janvier 2013, U.\_\_\_\_\_ a rendu la décision suivante concernant B.M.\_\_\_\_\_ et A.M.\_\_\_\_\_ :

« [...]

Vous contestez, à nouveau, le fait que le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en hématologie, ne soit plus reconnu en tant que médecin de famille par notre institution.

Comme d'ores et déjà mentionné dans notre lettre du 10 octobre dernier, lorsque vous avez adhéré au modèle d'assurance particulier "Médecin de famille" au 1<sup>er</sup> février 2010, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en hématologie, pouvait être désigné en tant que médecin de famille au sens de nos conditions spéciales d'assurance.

Dans le courant du mois d'octobre 2011, nous vous avons adressé un exemplaire de nos nouvelles conditions spéciales pour l'assurance obligatoire des soins, catégorie [...], modèle "Médecin de famille" dont l'entrée en vigueur était prévue pour le 1<sup>er</sup> janvier 2012. A toutes fins utiles, et selon la requête de votre fils, nous vous en remettons un exemplaire en annexe.

A compter de cette date, le chiffre 23.2 de ces conditions dispose expressément que seul un médecin généraliste ou interniste sans autre spécialisation peut être désigné en tant que médecin de famille.



Le Dr F. \_\_\_\_\_ bénéficie d'une spécialisation en hématologie. Dès lors, il ne remplit pas les conditions précitées.

U. \_\_\_\_\_ a bel et bien accepté le praticien précité en tant que médecin de famille par courrier du 10 février 2010. Néanmoins, les conditions d'assurances pour le modèle particulier "Modèle [recte : Médecin] de famille" ont été modifiées depuis lors. Il en résulte que l'acceptation qui vous a été fournie n'est plus valable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, date d'entrée en vigueur des nouvelles conditions.

Par ailleurs, nous relevons que vous avez été dûment informés de la modification de nos conditions d'assurance par nos lettres du 16 juin 2012. Nous vous avisions alors que les frais médicaux engagés jusqu'à la notification de notre avertissement seraient indemnisés mais que nos nouvelles conditions spéciales d'assurance seraient par la suite appliquées strictement.

Vous n'avez pas réagi à réception de ces lignes, ni à celles du 13 juillet suivant. Par ailleurs, et malgré nos nombreuses lettres de refus, vous avez continué à consulter le Dr F. \_\_\_\_\_.

Au vu de ce qui précède, nous nous voyons contraints de maintenir le refus de prise en charge des frais médicaux engagés dès la notification de nos lettres d[u] 16 juin 2012 et ce par souci d'équité envers l'ensemble de nos assurés.

*Si vous estimez que cette décision lèse vos droits, vous pouvez former opposition par écrit à l'adresse de notre institution ou lors d'un entretien personnel dans nos bureaux dans les 30 jours à compter de la date à laquelle elle vous a été notifiée. L'opposition devra contenir des conclusions et **être motivée**. Le délai précité ne peut pas être prolongé.*

Pour le surplus, nous prenons bonne note de votre souhait d'opter, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, pour l'assurance obligatoire des soins, catégorie [...], laquelle offre le libre choix du fournisseur de soins. Néanmoins, afin de mettre à jour vos polices d'assurance, nous vous saurions gré de bien vouloir nous faire parvenir cette demande dûment datée et signée par vous-mêmes. En effet, seul votre fils, M. C.M. \_\_\_\_\_, nous a fait part de cette intention dans ses lignes des 16 novembre et 11 décembre 2012. »

Le 22 janvier 2013, U. \_\_\_\_\_ a adressé à A.M. \_\_\_\_\_ un courrier identique à ceux des 13 juillet, 25 août, 18 septembre, 5 octobre, 6 novembre et 9 décembre 2012.

Le 30 janvier 2013, C.M. \_\_\_\_\_, agissant pour ses parents, a formé opposition à l'encontre de la décision du 9 janvier 2013. Il s'est notamment référé aux motifs exposés dans ses lettres des 16 novembre et 11 décembre 2012 et a demandé le remboursement, sans délai, de

l'ensemble des frais médicaux relevant de l'assurance-maladie de base encore impayés, ceci jusqu'au 31 décembre 2012.

Le 20 février 2013, U.\_\_\_\_\_ a adressé à A.M.\_\_\_\_\_ un courrier identique à ceux des 13 juillet, 25 août, 18 septembre, 5 octobre, 6 novembre, 9 décembre 2012 et 22 janvier 2013. Elle a fait de même le 12 mars 2013 à l'attention de chacun des époux M.\_\_\_\_\_.

Par décision sur opposition du 15 mars 2013, réceptionnée le 18 mars 2013, U.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de B.M.\_\_\_\_\_ et A.M.\_\_\_\_\_. Elle a notamment considéré, sur la base des chiffres 23.2 et 23.5 [recte : 23.4 pour la version en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012] de ses conditions spéciales d'assurance relatives au modèle « médecin de famille », que les frais médicaux engagés après la notification des lettres d'avertissement du 16 juin 2012 ne pouvaient pas être indemnisés. Ceci concernait les prestations du Dr F.\_\_\_\_\_, ainsi que les médicaments prescrits par le Dr C.M.\_\_\_\_\_, spécialiste qui ne pouvait pas non plus être reconnu comme médecin de famille de ses parents et en faveur duquel aucun bon de délégation ne lui était parvenu. En prenant en charge - à bien plaisir - les frais médicaux jusqu'à la notification des courriers du 16 juin 2012, U.\_\_\_\_\_ avait tenu compte du fait que la version 2012 des conditions spéciales d'assurance avait échappé à la connaissances des époux M.\_\_\_\_\_. Malgré les lettres d'avertissement et les nombreux refus de supporter les frais médicaux, les intéressés avaient toutefois continué à consulter le Dr F.\_\_\_\_\_.

**B.** Par acte du 17 avril 2013, A.M.\_\_\_\_\_, agissant par l'intermédiaire de l'avocat Jean-Emmanuel Rossel, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en prenant, sous suite de frais et dépens, les conclusions suivantes :

« I. Annuler la décision d'U.\_\_\_\_\_ du 9 janvier 2013.

II. Dire que les soins des Docteurs F.\_\_\_\_\_ et C.M.\_\_\_\_\_ doivent être couverts par U.\_\_\_\_\_ dans la mesure où les

honoraires facturés correspondent au tarif des médecins généralistes.

- III. Dire qu'U.\_\_\_\_\_ est débitrice de A.M.\_\_\_\_\_ de la somme de frs 3447.65, avec intérêts à 5% l'an dès le 30 janvier 2013, date de l'opposition de A.M.\_\_\_\_\_. »

Le recourant fait valoir que la décision d'U.\_\_\_\_\_ ne repose sur aucun argument sérieux, de sorte qu'elle est arbitraire. Il estime que le but de l'art. 41 LAMal est de permettre aux assureurs de ne couvrir que les honoraires calculés selon le tarif des généralistes. Si un médecin généraliste est en sus au bénéfice d'une ou de plusieurs spécialisations, le choix d'un tel praticien par le patient ne doit pouvoir être écarté que si son tarif est plus élevé qu'un généraliste sans autre spécialisation. Dès lors que les Drs F.\_\_\_\_\_ et C.M.\_\_\_\_\_ travaillent selon le tarif des médecins généralistes, il n'y a aucune raison de refuser la couverture de leurs soins, ni celle des médicaments prescrits par le Dr C.M.\_\_\_\_\_. Le recourant relève enfin que les prestations du Dr F.\_\_\_\_\_ en faveur de B.M.\_\_\_\_\_ ont été prises en charge par U.\_\_\_\_\_, alors même que son épouse a conclu un contrat d'assurance identique au sien.

Le recourant a également produit un bordereau de pièces, parmi lesquelles figure notamment un décompte manuscrit de ses frais médicaux s'élevant à 3'447 fr. 65.

Dans sa réponse du 21 mai 2013, U.\_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours, reprenant en substance la motivation de sa décision sur opposition du 15 mars 2013. Elle expose en outre que c'est à tort que certains frais médicaux ont été remboursés à B.M.\_\_\_\_\_. Si elle renonce à en demander la restitution, cette erreur ne saurait en aucun cas justifier la prise en charge des autres frais refusés à juste titre aux époux M.\_\_\_\_\_, qui s'élèvent en l'état à 3'430 fr. 25 pour le recourant et à 361 fr. 80 pour B.M.\_\_\_\_\_, selon les pièces figurant au bordereau produit.

Le 14 juin 2013, U.\_\_\_\_\_ a informé la Cour de céans du transfert de son patrimoine et d'une partie de ses activités à E.\_\_\_\_\_ SA

(ci-après : l'intimée, également s'agissant de la désignation d'U.\_\_\_\_\_), publié dans la Feuille officielle suisse du commerce le 27 mai 2013. Cette dernière société se substituait ainsi à elle dans la procédure de recours pendante.

Le recourant a déposé sa réplique le 19 août 2013. Il soutient qu'au moment de la modification des conditions spéciales d'assurance, rien ne lui permettait de penser que la dérogation accordée en faveur du Dr F.\_\_\_\_\_, cessait, et que cette modification n'a pas abrogé ladite dérogation. Il conteste en outre que l'intimée ait commis la moindre erreur dans le paiement des frais médicaux de B.M.\_\_\_\_\_.

L'intimée a dupliqué le 11 septembre 2013. Elle relève que les conditions spéciales d'assurance dans leur version 2006 - en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2011 - ne permettaient pas d'imposer aux assurés ayant opté pour le modèle « médecin de famille » de restriction par rapport aux médecins bénéficiant d'une spécialisation, raison pour laquelle elle avait accepté le Dr F.\_\_\_\_\_ en tant que médecin de famille des époux M.\_\_\_\_\_. Cet accord du 10 février 2010 n'était ainsi pas exceptionnel et relevait uniquement d'une application correcte des conditions spéciales d'assurance alors en vigueur. L'intimée est d'avis que la modification de ces dernières avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2012 a rendu caduque la désignation du Dr F.\_\_\_\_\_ en tant que médecin de référence. Enfin, elle maintient que les remboursements effectués en faveur de B.M.\_\_\_\_\_ résultent d'une erreur.

A l'appui de cette écriture, l'intimée a produit les conditions spéciales d'assurance « Catégorie B - [...] Assurance obligatoire des soins modèle "médecin de famille" », dans leur version en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007. L'art. 23 avait alors la teneur suivante :

- « 23.1 En souscrivant au modèle "médecin de famille", l'assuré accepte de se conformer aux conditions particulières décrites ci-après sous chiffres 23.2 à 23.5.
- 23.2 L'assuré s'engage à consulter en premier recours le médecin de famille qu'il aura choisi et dont il aura

communiqué les coordonnées à U.\_\_\_\_\_. Le médecin de famille est son interlocuteur de référence. Il coordonne toutes les questions médicales. Il décide également s'il peut poursuivre lui-même le traitement ou s'il doit recourir à un spécialiste.

23.3 [...]. »

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Sauf dérogation expresse, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie (cf. art. 1 al. 1 LAMal). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, interjeté dans le respect du délai et des autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). Au vu des conclusions prises par le recourant, la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., de sorte que la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales statuant comme juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur l'obligation de l'intimée de prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, les frais médicaux du recourant liés aux soins fournis et aux médicaments prescrits par les Drs F.\_\_\_\_\_ et C.M.\_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, respectivement dès le 17 juin 2012.

**3. a)** En cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. L'assureur prend en charge les coûts jusqu'à concurrence du tarif applicable au lieu de résidence ou de travail de l'assuré ou dans les environs (art. 41 al. 1 LAMal). L'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (cf. art. 62 al. 1 et 3 LAMal) ; l'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs (art. 41 al. 4 LAMal). Conformément à l'art. 62 al. 1 LAMal, l'assureur peut réduire les primes des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations.

La limitation du choix du fournisseur de prestations constitue ainsi une des formes particulières d'assurance admises par la LAMal (cf. également l'art. 99 al. 1 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102], qui permet aux assureurs de pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, des assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations).

**b/aa)** Sur la base de l'art. 41 al. 4 LAMal, l'intimée a passé, avec une partie de ses assurés, des contrats limitant le choix du fournisseur de prestations. Ces contrats sont régis par les conditions spéciales d'assurance « Catégorie B - [...] Assurance obligatoire des soins modèle "médecin de famille" », qui sont des conditions intégrées au contrat d'assurance liant l'intimée aux assurés qui y souscrivent.

Le recourant ne conteste pas avoir conclu avec l'intimée un contrat d'assurance obligatoire des soins restreignant le choix de son fournisseur de prestations. Il ne fait pas non plus valoir qu'il ne serait pas lié par les conditions spéciales d'assurance ou qu'il n'aurait pas reçu la nouvelle version de celles-ci en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Il critique en revanche le refus exprimé par l'assureur de prendre en charge ses frais médicaux relatifs aux soins fournis et aux médicaments prescrits par les Drs F. \_\_\_\_\_ et C.M. \_\_\_\_\_, estimant que ces praticiens travaillent selon

le tarif des médecins généralistes et qu'il n'y a donc aucune raison de refuser la couverture de leurs soins.

**bb)** Dans leur teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007, les conditions spéciales d'assurance édictées par l'intimée prévoyaient, à l'art. 23.2, l'engagement de l'assuré à consulter en premier recours le médecin de famille qu'il aurait choisi et dont il lui aurait communiqué les coordonnées. C'est dans ce contexte que l'intimée a indiqué, le 10 février 2010, que le Dr F.\_\_\_\_\_ pouvait être désigné en tant que médecin de famille du recourant et de son épouse au sens des conditions spéciales d'assurance relatives à ce modèle. Malgré le terme initialement utilisé par l'intimée, il ne s'agissait ainsi pas d'une dérogation, mais plutôt de la validation du choix du médecin de famille fait par l'assuré.

Par la suite, l'intimée a modifié ses conditions spéciales d'assurance, avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2012. Elle a en particulier ajouté, à l'art. 23.2, la mention selon laquelle le médecin de famille devait être choisi « parmi tout médecin généraliste, interniste sans autre spécialisation » et prévu que le traitement par un spécialiste devait se faire sur la base d'un avis de délégation du médecin de famille, à l'exception des consultations en ophtalmologie ou en gynécologie. La désignation du Dr F.\_\_\_\_\_ - qui est également au bénéfice d'une spécialisation en hématologie - en qualité de médecin de famille du recourant n'était alors plus conforme aux nouvelles conditions spéciales d'assurance, plus restrictives que les précédentes. L'intimée était ainsi habilitée à refuser le remboursement des frais des prestations fournies par ce médecin dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Il en va de même s'agissant des éventuels soins et des médicaments prescrits par le Dr C.M.\_\_\_\_\_, dès lors que celui-ci est aussi spécialiste en allergologie et immunologie clinique. Il convient au demeurant de relever que, nonobstant ce qui précède, l'intimée a pris en charge, à bien plaisir, les frais médicaux de l'assuré jusqu'au 16 juin 2012. Enfin, les considérations du recourant sur l'absence de différence de coût entre les prestations d'un médecin généraliste et celles des Drs F.\_\_\_\_\_ et C.M.\_\_\_\_\_ ne changent rien en l'espèce. En effet, l'intéressé est lié par les conditions spéciales

d'assurance de l'intimée relatives au modèle du médecin de famille auquel il a souscrit, qui n'apparaissent, en l'état, pas contraires à la LAMal.

**4. a)** Le recourant soutient que la décision de l'intimée refusant la prise en charge de ses frais médicaux est arbitraire.

**b)** Selon la jurisprudence, l'arbitraire, prohibé par l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), ne résulte pas du seul fait qu'une autre solution pourrait entrer en considération ou même qu'elle serait préférable ; la décision attaquée doit être manifestement insoutenable, se trouver en contradiction claire avec la situation de fait, violer gravement une norme ou un principe juridique indiscuté, ou encore heurter de manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité. Pour qu'une décision soit annulée pour cause d'arbitraire, il ne suffit pas que la motivation formulée soit insoutenable, il faut encore que la décision apparaisse arbitraire dans son résultat (ATF 137 I 1 consid. 2.4, 136 I 316 consid. 2.2.2, 136 III 552 consid. 4.2, 133 I 149 consid. 3.1).

**c)** Au vu des éléments exposés précédemment (cf. consid. 3b), la décision sur opposition litigieuse ne saurait être qualifiée d'arbitraire. En effet, elle est conforme aux conditions spéciales d'assurance relatives au modèle « médecin de famille » applicables dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012. De plus, comme cela sera développé ci-après au considérant 6, le recourant a été à répétition informé par l'intimée de la modification des conditions spéciales d'assurance. Il a été invité à communiquer les coordonnées d'un autre médecin agréé et la possibilité de revenir à un modèle d'assurance obligatoire des soins ordinaires, permettant le libre choix du médecin, lui a été offerte. Ainsi, la décision refusant de rembourser les frais médicaux du recourant dès la notification du courrier du 16 juin 2012 n'est pas insoutenable. Elle ne correspond pas aux cas d'arbitraire retenus par la jurisprudence susmentionnée et n'est pas non plus arbitraire dans son résultat.



**5. a)** Le recourant relève que les frais médicaux relatifs aux prestations fournies par le Dr F. \_\_\_\_\_ en faveur de son épouse ont, contrairement aux siens, été supportés par l'intimée.

**b)** Le principe de l'égalité de traitement, consacré à l'art. 8 al. 1 Cst., commande que le juge traite de la même manière des situations semblables et de manière différente des situations dissemblables (ATF 131 V 107 consid. 3.4.2 et les références citées). Toutefois, selon la jurisprudence, le principe de la légalité de l'activité administrative prévaut sur celui de l'égalité de traitement. Par conséquent, le justiciable ne peut généralement pas invoquer une inégalité devant la loi, lorsque celle-ci est correctement appliquée à son cas, alors qu'elle aurait été faussement, voire pas appliquée du tout, dans d'autres cas (ATF 134 V 34 consid. 9 et les références citées). Cela suppose cependant, de la part de l'autorité dont la décision est attaquée, la volonté d'appliquer correctement à l'avenir les dispositions légales en cause. Autrement dit, le justiciable ne peut prétendre à l'égalité dans l'illégalité que s'il y a lieu de prévoir que l'administration persévérera dans l'inobservation de la loi. Encore faut-il que les situations à considérer soient identiques ou du moins comparables (ATF 126 V 390 consid. 6a, 116 V 231 consid. 4b, 115 la 81 consid. 2 et les références citées ; TF 8C\_48/2008 du 16 mai 2008 consid. 5).

**c)** En l'espèce, le fait que l'intimée ait pris en charge certains frais médicaux de B.M. \_\_\_\_\_ - qui a conclu avec cet assureur un contrat identique à celui du recourant -, n'est pas pertinent. En effet, le contenu des conditions spéciales d'assurance est clair. On peut en outre déduire de l'envoi au recourant des nombreux courriers de refus de prise en charge de ses propres frais, ainsi que de la lettre d'avertissement du 16 juin 2012 adressée aux époux M. \_\_\_\_\_, que l'intimée n'a jamais eu l'intention de renoncer à appliquer les conditions spéciales d'assurance en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, ni de persévérer dans un éventuel remboursement de frais médicaux de praticiens ne remplissant pas ces conditions. Il faut ainsi retenir - au degré de la vraisemblance prépondérante qui prévaut en droit des assurances sociales (cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2) - que le

remboursement à B.M.\_\_\_\_\_ des frais médicaux occasionnés par les soins du Dr F.\_\_\_\_\_ résulte bien d'une erreur commise par l'intimée. Le recourant ne saurait en conséquence se prévaloir, par rapport à son épouse, de l'égalité de traitement dans l'illégalité.

**6. a)** Selon l'art. 27 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2, première et deuxième phrases).

Tandis que l'alinéa 1 de cette disposition pose une obligation générale et permanente de renseigner, indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées – obligation de renseigner qui sera satisfaite par le biais de brochures, fiches, instructions, etc. –, l'alinéa 2 prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents. Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations. Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique ; son contenu dépend de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (ATF 131 V 472 consid. 4 ; TF 9C\_865/2010 du 8 juin 2011 consid. 5.1).

**b)** En l'espèce, dans son courrier du 16 juin 2012, l'intimée a attiré l'attention du recourant et de son épouse sur le fait que les frais médicaux dont ils demandaient le remboursement ne correspondaient pas

aux conditions de leur modèle d'assurance « médecin de famille ». Elle a indiqué qu'elle acceptait néanmoins de prendre en charge ces frais, tout en soulignant qu'elle appliquerait dorénavant ses conditions spéciales d'assurance en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Après avoir rappelé la nouvelle teneur de l'art. 23.2 de ces conditions, l'intimée a invité les intéressés à lui communiquer les coordonnées d'un médecin agréé ou à l'informer par écrit qu'ils souhaitaient opter pour le modèle d'assurance obligatoire des soins offrant le libre choix du médecin.

Le recourant a par la suite à répétitions été rendu attentif au nouveau contenu des conditions spéciales d'assurance, par courriers des 13 juillet, 25 août, 18 septembre, 5 octobre, 6 novembre et 9 décembre 2012, ainsi que des 22 janvier, 20 février et 12 mars 2013. L'intimée lui a alors également indiqué qu'elle était disposée à prendre en charge ses frais médicaux, s'il décidait de revenir au modèle d'assurance obligatoire des soins ordinaire, avec libre choix du médecin. Ce changement pouvait se faire avec effet rétroactif et entraînerait une adaptation de sa prime mensuelle.

Dans sa correspondance du 10 octobre 2012, l'intimée a en outre expliqué au recourant les raisons pour lesquelles le Dr F. \_\_\_\_\_ ne pouvait plus être désigné en tant que médecin de famille au sens de ses nouvelles conditions spéciales d'assurance. Elle a prié l'assuré de choisir un nouveau médecin de famille remplissant les conditions prescrites ou de modifier son affiliation à l'assurance obligatoire des soins. Le 26 novembre 2012, l'intimée a confirmé sa position et a précisé au recourant qu'il pouvait requérir une décision formelle.

Au vu de ce qui précède, on ne saurait considérer que l'intimée a violé son devoir de renseigner le recourant. Elle a informé à satisfaction de droit l'assuré sur le fait que ses frais médicaux ne pouvaient pas être pris en charge selon les nouvelles conditions spéciales d'assurance, dont elle a rappelé le contenu, et exposé les options qui se présentaient à lui pour remédier à cette situation ou modifier son affiliation à l'assurance obligatoire des soins.

**7. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise, qui ne prête pas le flanc à la critique, confirmée.

**b)** S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
prononce :**

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 15 mars 2013 par U.\_\_\_\_\_, aujourd'hui E.\_\_\_\_\_ SA, 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 :

- Me Jean-Emmanuel Rossel, avocat (pour A.M.\_\_\_\_\_),
- E.\_\_\_\_\_ SA,
- 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 :