

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3390/2016

ATAS/664/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 juillet 2017

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniela LINHARES

recourante

contre

HELSANA ASSURANCES SA, sise à LAUSANNE

intimée

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria Esther SPEDALIERO et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1958, de nationalité portugaise, domiciliée dans le canton de Genève, est assurée auprès d'HELSANA Assurances SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), y compris en couverture du risque d'accident.
2. En date du 18 décembre 2015 vers 9h00, alors en séjour au Portugal pour les fêtes de fin d'année, l'assurée est tombée d'un escabeau, se blessant au niveau du visage, de la bouche et des dents. D'après les indications qu'elle fournira le 18 février 2016 à l'assurance, en réponse au questionnaire que celle-ci lui avait adressé à son domicile genevois à la suite de l'annonce téléphonique de cet accident, l'assurée était montée sur un petit escabeau pour prendre un bol en haut d'une armoire et, en raison d'une faiblesse à la cheville droite, elle était tombée, ce qui avait occasionné des lésions au niveau du visage, de la bouche et des dents.
3. L'assurée a été opérée le même jour, 18 décembre 2015, à la clinique dentaire MIME à Vale de Cambra au Portugal. Son état s'étant stabilisé, elle a été « déchargée » le 11 janvier 2016. La facture que ladite clinique a établie le 11 janvier 2016 s'est montée à EUR 13'500.-.
4. Par courrier du 18 février 2016, l'assurée a retourné à l'assurance le questionnaire précité « en cas de maladies ou d'accidents lors de séjours à l'étranger », en précisant qu'elle était tombée d'une échelle le 18 décembre 2015, avait « tapé avec la mâchoire » et avait dû être opérée d'urgence, « selon rapport en annexe », et elle lui a communiqué la facture d'honoraires et d'opération précitée, de EUR 13'500.-, que sa fille avait payée.
5. Par courrier du 3 mars 2017, accusant réception de la facture précitée, l'assurance a prié l'assurée de lui faire parvenir quatre documents pour qu'elle puisse traiter le dossier en connaissance de cause, à savoir la facture originale, le justificatif de paiement, le rapport médical détaillé ainsi que les radiographies avant et après traitement.
6. Le 4 avril 2016, l'assurée a adressé à l'assurance un courrier analogue à celui qu'elle lui avait envoyé le 18 février 2016, indiquant comme annexes « Facture Mime, Reçu Mime, Certificat médical, Rapport médical, Radios avant et après ».

Le 21 juin 2016, l'assurée a relancé l'assurance par téléphone et par un courrier similaire lui renvoyant les mêmes annexes, à savoir :

- un certificat médical (en français) de la docteure B_____, médecin dentiste, du 11 janvier 2016, expliquant que l'assurée était venue à la clinique MIME le 18 décembre 2015 après une chute accidentelle d'une échelle, qu'elle avait été observée et opérée le jour-même, et que, présentant une situation clinique stable, elle avait été déchargée le 11 janvier 2016 ;
- un certificat médical (en portugais) du 11 janvier 2016 du docteur C_____ de la clinique dentaire MIME ;

- un rapport médical (en portugais) non daté et non signé (comportant a priori les indications qui figureront ultérieurement dans les réponses à un questionnaire « Lésions dentaires selon la LAMal », qui sera transmis le 19 mars 2017) ;
 - une facture de la clinique MIME du 11 janvier 2016 de EUR 13'500.- (soit EUR 10'000.- pour une chirurgie de la mâche inférieure en raison de fractures par accident, EUR 500.- pour une anesthésie générale, EUR 1'000.- d'honoraires d'anesthésiste, EUR 1'000.- d'honoraires de chirurgien et EUR 1'000.- d'honoraires de personnel infirmier) ;
 - une radiographie.
7. Par courrier du 28 juin 2016, l'assurance a informé l'assurée qu'afin de pouvoir évaluer sa prise en charge des coûts, il lui était nécessaire d'obtenir « le protocole opératoire de l'intervention effectuée le 11 janvier 2016 » ainsi que « tout le dossier radiologique dentaire avant et après l'accident », sa demande du 3 mars 2016 étant demeurée sans réponse.
 8. Par recommandé du 8 juillet 2016, l'assurée a envoyé à l'assurance le « rapport de l'intervention », la « facture détaillée », une « copie de la radio avant et après », ainsi qu'à nouveau la facture d'honoraires et de l'opération de EUR 13'500.-.
 9. Le 12 juillet 2016, l'assurance a indiqué à l'assurée qu'il devait soumettre le dossier à son service spécialisé afin de déterminer sa prise en charge.
 10. Selon l'avis qu'a rendu le médecin-dentiste conseil de l'assurance en date du 9 août 2016, l'évènement du 18 décembre 2015 ne constituait pas, avec une prépondérance vraisemblable, ne serait-ce qu'une cause partielle du dommage dentaire considéré. Il n'y avait aucun cliché radiologique mettant en évidence une fracture complète de la mandibule, car il n'y avait pas de radiographie faite avant l'intervention. Aucun cliché ne montrait les dents qui avaient été extraites. Aucun des clichés n'était daté. À la question de savoir si le traitement considéré avait été requis en raison de l'accident invoqué du 18 décembre 2015, ledit médecin-dentiste répondait que rien ne prouvait que l'attelle visible sur la radiographie était liée à un accident ; sans documentation initiale, aucune prise en charge ne pouvait être faite, car il n'y avait pas de preuve, le cas échéant du fait d'une faute professionnelle du dentiste. Sans collaboration complète du dentiste (« OPG datées, Rx initiales et facture détaillée »), il n'y avait pas matière à remboursement de la facture présentée. À la question de savoir si les soins effectués selon la facture du 11 janvier 2016 étaient efficaces, adéquats et économiques, ledit médecin dentiste répondait « Non », en précisant « Pas de détail, et pas de dents sur les Rx ! donc pas d'extraction ! » et ajoutant qu'il y avait une probable tentative d'abus des prestations de l'assurance. En conclusion, il recommandait de ne pas entrer en matière.
 11. Par courrier du 5 septembre 2016, l'assurance a communiqué à l'assurée sa décision, sur la base du rapport de son médecin-dentiste conseil, de refuser la prise en charge de la facture de EUR 13'500.-. Les documents en sa possession étaient

insuffisants pour qu'elle puisse se déterminer à ce propos. Lors d'un accident, des documents radiologiques étaient effectués de suite lors de la consultation d'urgence pour constater l'état du sinistre. Les radiographies transmises ne mentionnaient aucune date et aucune des dents extraites n'étaient visibles. La facture de EUR 13'500.- n'était pas détaillée ; il n'était pas possible de déterminer les soins dentaires et médicaux.

12. Par recommandé du 19 septembre 2016, l'assurée a formé opposition contre cette décision. Elle avait adressé à l'assurance les documents qu'elle avait reçus de la clinique MIME, « les radios avant et après l'accident, ainsi que le rapport du médecin et sa facture ». Elle demandait à l'assurance de réexaminer le dossier et de lui verser au moins le coût de l'opération.
13. Par courrier du 27 septembre 2016, l'assurance a rappelé que les coûts des traitements à l'étranger étaient pris en charge par l'assurance obligatoire des soins conformément à l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), ceci lorsque l'assuré y séjournait temporairement et qu'un retour en Suisse n'était pas possible. Le cas échéant, il n'existait selon la loi aucun droit à un remboursement ; c'était à bien plaisir que l'assurance remboursait les traitements effectués dans les pays limitrophes. Certaines conditions devaient être remplies. La demande de garantie devait être vérifiable et parvenir à l'assurance avant le traitement. Les documents requis pour la vérification de l'obligation de prise en charge devaient être joints avec un tarif comparable au système suisse. En l'occurrence, d'après les documents en possession de l'assurance, les traitements avaient été effectués sans l'accord préalable de l'assurance. Cette dernière maintenait sa position du 5 septembre 2016.
14. Par acte du 6 octobre 2016, l'assurée, désormais représentée par une avocate, a fait recours le 6 octobre 2016 contre les décisions de l'assurance des 5 et 27 septembre 2016, en concluant à leur annulation et à la condamnation de l'assurance à prendre en charge les frais relatifs à son accident et à lui verser la somme de CHF 14'666.- avec intérêts à 5 % dès le 11 janvier 2016, sous suite de frais et dépens.

Quand bien même l'assurance n'avait jamais rendu de décision mentionnant les voies de droit pourtant obligatoires, le recours était recevable ; les courriers attaqués répondaient à la notion de décision.

L'assurée avait été victime d'un accident le 18 décembre 2015 et opérée le jour-même au vu des lésions qu'elle avait subies ; il s'agissait-là indéniablement d'un cas d'urgence. Il ne lui avait pas été possible de revenir en Suisse pour se faire soigner ; un retard de traitement aurait eu pour conséquence d'aggraver son état de santé. Il ne lui avait également pas été possible, au vu des circonstances et de l'urgence de la situation, de faire une demande de garantie à l'assurance avant de se faire opérer. Les conditions fixées respectivement par les art. 25 al. 2 et 29 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) et par l'art. 34 al. 2 OAMal étaient remplies.

15. Dans sa réponse du 18 octobre 2016, l'assurance a conclu à l'irrecevabilité du recours. Elle n'avait pas rendu de décision mentionnant les voies de droit ; ses courriers des 5 et 27 septembre 2016 ne pouvaient être assimilés à des décisions formelles ; la procédure d'opposition était obligatoire. La recourante n'avait pas non plus sollicité qu'elle rende une décision en bonne et due forme ; l'on ne se trouvait par conséquent pas dans un cas de déni de justice, la procédure n'ayant de surcroît jamais connu de retard.
16. Dans des observations du 2 novembre 2016, l'assurée a relevé qu'elle avait formellement fait opposition à la décision de l'assurance du 5 septembre 2016. Celle-ci avait maintenu sa position initiale par lettre du 27 septembre 2016. Cette lettre pouvait et devait être considérée comme une décision sur opposition. L'absence des voies de recours était une erreur de la part de l'intimée et ne devait pas lui porter préjudice. Si par impossible la chambre des assurances sociales devait déclarer le recours irrecevable, il lui faudrait ordonner à l'assurance de rendre une décision en bonne et due forme.
17. Sur demande de la chambre de céans, l'assurance a indiqué le 15 novembre 2016 n'être pas en mesure de rendre une décision formelle, tous les documents utiles ne lui ayant pas été transmis par l'assurée, en particulier pas le protocole de l'intervention effectuée le 11 janvier 2016 ni le dossier radiologique dentaire avant et après l'accident. L'assurance avait expliqué à la fille de cette dernière, lors d'un entretien téléphonique le 30 juin 2016, qu'il lui fallait obtenir plus de précisions, en particulier tout le dossier radiologique du dentiste-traitant, ce à quoi la fille de la recourante avait répondu que sa mère n'avait pas de dentiste traitant et que ses dents étaient en parfait état avant l'accident, les seuls traitements dentaires qu'elle ait eus ayant consisté en des détartrages tous les ans.

Afin de pouvoir déterminer le droit aux prestations, il était important de disposer d'un dossier complet permettant d'établir l'état dentaire avant l'accident, et il n'était pas possible à l'assurance de le faire, n'ayant pu obtenir de dossier complet. Les rapports médicaux transmis étaient peu précis quant aux dégâts causés par l'accident ; on ne savait pas pourquoi autant de dents avaient été extraites ; il n'était pas habituel de faire des extractions et des implants le même jour ; on ignorait le suivi quotidien entre l'accident du 18 décembre 2015 et le 11 janvier 2016 ; les clichés transmis n'étaient pas datés ; selon ces clichés, les dents supérieures semblaient avoir subi des traitements antérieurs à l'accident ; on ne pouvait déduire de ces clichés que les extractions étaient fraîches ; il ne s'agissait que d'une fissure mandibulaire n'entraînant généralement pas de gros dégâts dentaires ; la facture n'était pas détaillée (il n'en ressortait ni la durée de l'hospitalisation, ni les soins fournis). Avant de se prononcer en toute connaissance de cause, l'assurance devait être en possession des documents suivants : dossier radiologique avant et après l'accident, avec des clichés datés (les clichés fournis semblaient faire état de la dentition uniquement après traitement, alors que des clichés avant le traitement avaient dû nécessairement être effectués) ; des rapports médicaux originaux et signés ; le protocole opératoire de l'intervention chirurgicale du 11 janvier 2016 ;

un dossier dentaire (avec radiologie) auprès des dentistes-traitants suisse et/ou portugais ainsi qu'auprès des hygiénistes dentaires suisses et/ou portugais ; une facture originale suite à la consultation d'urgence du 18 décembre 2015 ; une facture originale suite à l'intervention chirurgicale du 11 janvier 2016. Une fois ces différents documents reçus, l'assurance soumettrait à nouveau le dossier à son médecin-dentiste conseil pour évaluation ; en cas de doute, il ne serait pas exclu qu'une expertise soit mise en œuvre. La question de l'urgence du traitement considéré à l'étranger serait étudiée de manière plus approfondie. Ce n'est qu'alors que l'intimée pourrait rendre une décision conforme au droit.

L'intimée a en outre rappelé le devoir de collaborer de l'assurée, et l'a invité à transmettre au médecin-dentiste l'ayant soignée au Portugal le questionnaire « Lésions dentaires selon la LAMal », joint à son écriture.

18. Le 19 mars 2017, après avoir sollicité plusieurs prolongations de délai en raison des difficultés à obtenir différentes informations et pièces, l'assurée a transmis un « nouvel original » détaillé de la facture du 11 janvier 2016, un certificat médical cette fois-ci signé du Dr C_____ de la clinique MIME, et le formulaire « Lésions dentaires selon la LAMal ». Elle avait déjà transmis à l'assurance les radiographies originales, dont elle ne disposait pas de copie. Elle n'avait pas de radiographies avant l'accident ; le médecin-dentiste qui la soignait habituellement au Portugal ayant fermé son cabinet et elle n'avait pas pu récupérer son dossier. Dudit formulaire, rempli sur la base du rapport du Dr C_____ et signé par ce dernier avec mention de la date du 5 janvier 2016, résultait que l'assurée avait chuté d'une échelle et s'était partiellement fracturée la mâchoire, provoquant une fracture des couronnes sans lésion de la pulpe au niveau des dents 11 à 13 et 21 à 23 ainsi qu'une fracture de racine au niveau des dents 31 à 35 et 41 à 45. Elle avait immédiatement bénéficié d'une radiographie « Pamorex ». Le traitement alors proposé avait été la pose d'une couronne en céramique sur les dents 11 à 13 et 21 à 23, ainsi que des implants dentaires sur les dents 32, 34, 36, 42, 44 et 46, ainsi que d'une prothèse fixe et d'une plaque de stabilisation pendant trente jours.
19. L'assurance a pris position sur cette écriture le 4 avril 2017. Il manquait toujours le dossier radiologique avant l'accident. L'affirmation selon laquelle le médecin-dentiste traitant de l'assurée aurait fermé son cabinet et qu'elle n'aurait pas pu récupérer son dossier paraissait fort étonnante, car lorsque l'assurance avait requis ce dernier, il lui avait été répondu que l'assurée n'avait pas de dentiste traitant et avait des dents en parfait état avant l'accident. N'avaient par ailleurs toujours pas été fournis les clichés qui avaient dû être réalisés le jour de l'accident, avant tout traitement, afin d'évaluer l'étendue des dégâts et de décider du plan de traitement. Les clichés en possession de l'assurance n'étaient pas datés et étaient insuffisants pour permettre une prise de position. Le questionnaire « Lésions dentaires selon la LAMal » n'avait pas été rempli de façon complète, certaines questions primordiales n'ayant pas reçu de réponse. Le protocole opératoire de l'intervention chirurgicale n'avait toujours pas été fourni ; on ignorait toujours en quoi consistait une « intrusion traumatique de diverses pièces de dentisterie », et quel avait été le suivi

quotidien entre l'accident du 18 décembre 2015 et le 11 janvier 2016. Le service administratif de l'assurance était entré directement en contact avec la clinique MIME afin d'obtenir les informations et pièces utiles. L'assurance a maintenu que le recours était irrecevable, une décision en bonne et due forme ne pouvant être rendue tant que les informations utiles et nécessaires n'étaient pas fournies ; il n'y avait pas eu de décision ni de décision sur opposition. La chambre des assurances sociales devait rendre une décision incidente si elle estimait que le recours était recevable, et lui impartir un délai pour déposer sa réponse « au fond » avec copie du dossier.

À cette écriture était joint un courriel du même 4 avril 2017 de Madame D_____, conseillère en médecine dentaire auprès de l'assurance, à la clinique MIME énumérant les pièces nécessaires pour que l'assurance puisse prendre une décision quant à une prise en charge de la facture précitée de EUR 13'500.-, à savoir les radiographies datées (en particulier celles effectuées avant le traitement), un rapport médical détaillé expliquant les lésions constatées lors de l'arrivée aux urgences le 18 décembre 2015 au niveau des dents inférieures et supérieures et des explications concernant la mention « intrusion traumatique de diverses pièces de dentisterie », les points 4 (Examen pour les accidents et les maladies selon la LAMal) et 9 (Devis) du questionnaire « Lésions dentaires selon la LAMal » avec le nom complet du médecin-dentiste référent, le protocole opératoire complet (soit l'explication du déroulement de l'intervention chirurgicale), les rapports des soins au quotidien détaillés avec les dates d'intervention (du 18 décembre 2015 au 11 janvier 2016), les détails de la facture émise avec l'indication des jours d'intervention et la séparation des soins médicaux et dentaires.

20. L'assurée a indiqué le 27 avril 2017 persister dans les conclusions de son recours et les termes de ses courriers successifs.
21. Par courrier du 30 mai 2017, l'assurance a adressé à la chambre de céans le courriel de réponse en portugais de la clinique MIME du 10 mai 2017 au courriel précité du 4 avril 2017. Selon l'assurance, les informations transmises par ladite clinique étaient totalement insatisfaisantes et ne répondaient en rien aux questions posées puisque le médecin ne faisait que renvoyer à des rapports médicaux déjà envoyés. L'assurance incitait l'assurée à intervenir auprès de la clinique, en particulier du Dr C_____, afin d'obtenir les renseignements requis, ainsi qu'à récupérer son dossier radiologique d'avant l'accident.
22. Le 13 juillet 2017, l'assurée a indiqué avoir appelé la clinique MIME à plusieurs reprises, mais cette dernière s'était montrée peu coopérante. Les filles de l'assurée ainsi que son avocate avaient également contacté la clinique, également sans succès. Un dernier délai au 12 juillet 2017 à minuit avait été fixé à ladite clinique, mais aucune réponse n'était arrivée. Dans son courriel précité du 10 mai 2017, le Dr C_____ expliquait qu'il avait déjà envoyé tout le dossier radiologique à l'assurée et avait déjà répondu aux questions de l'assurance. Il ne pouvait pas rédiger une autre facture plus détaillée, le programme informatique de la clinique

ne le permettant pas. L'assurée demandait à être entendue par la chambre des assurances sociales afin de donner toutes les explications de vive voix.

23. Par recommandé du 15 juillet 2017, l'assurée a remis à la chambre des assurances sociales un courriel de la clinique MIME du même jour, aux termes duquel son auteur indiquait qu'il souhaitait pouvoir aider mais qu'il avait déjà envoyé à plusieurs reprises tout ce qui lui était demandé, avait rédigé déjà trois rapports (certains en français), répondant à toutes les questions posées, et toutes les radiographies effectuées avait été envoyées.
24. Le 27 juillet 2017, la chambre des assurances sociales a transmis ce courrier à l'assurance, pour information.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Elle est donc le cas échéant compétente pour juger du cas d'espèce.

b. La recourante a déposé son recours dans le délai de recours de trente jours prévu par l'art. 60 LPGA, s'agissant tant du courrier de l'intimé du 5 septembre 2016 que de celui du 27 septembre 2016.

Le recours satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

La recourante a le cas échéant qualité pour recourir, étant touchée par les actes qu'elle conteste et ayant un intérêt digne de protection à leur annulation ou leur modification.

c. Il reste à examiner, sur le plan de la recevabilité du recours, si les actes contestés représentent des actes sujets à recours. La recourante l'affirme, tandis que l'intimé le conteste.

2. a. Bien qu'il soit question en l'espèce de la prise en charge d'un accident, le litige relève de la LAMal, dès lors qu'aucune assurance-accidents n'a à assumer la prise en charge requise (art. 1a al. 2 let. b LAMal). La LAMal renvoie à la LPGA pour les matières régies par cette dernière, en particulier les questions de procédure, sans prévoir de dérogation spécifique qui serait ici pertinente (art. 1 LAMal). S'agissant des prestations prévues par la LAMal dont le versement est ici requis, un recours à la chambre de céans suppose donc, en vertu des art. 49, 52 et 56 LPGA, que l'intimé ait rendu d'abord une décision sujette à opposition, puis, en cas d'opposition, une décision sur opposition, ou alors – hypothèse d'un déni de justice,

visée par l'art. 56 al. 2 LPGA – que l'intimé, malgré une demande de la recourante, n'ait pas rendu de décision ou de décision sur opposition.

b. Cette seconde hypothèse n'est pas réalisée en l'espèce. Non seulement la recourante n'a pas mis l'intimé en demeure de rendre une décision ou une décision sur opposition (y compris, fût-ce tacitement, après le dépôt de son recours), mais encore l'intimé n'a, dans le contexte de cette affaire, ni tardé à statuer ni refusé de statuer. D'ailleurs, d'après la recourante, l'intimé a statué, respectivement a rendu une décision le 5 septembre 2106 et une décision sur opposition le 27 septembre 2016. Mais, de son côté, l'intimé indique qu'il n'a pas statué, n'ayant pas encore pu le faire, faute d'avoir reçu les renseignements et documents nécessaires à l'examen de la demande de prestations de la recourante.

3. a. Selon l'art. 49 al. 3 phr. 1 et 2 LPGA, les décisions doivent indiquer les voies de droit et être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. L'art. 49 al. 1 *in initio* LPGA précise qu'elles doivent être rendues par écrit. À teneur de l'art. 35 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), applicable dans la mesure où la LPGA n'est pas applicable ou ne règle pas une question touchant à la procédure devant les assureurs sociaux, elles doivent être désignées comme telles (art. 3 let. d^{bis} PA ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 47 ad art. 40, pour qui cette exigence fait partie du devoir de renseigner prévue par l'art. 27 al. 1 LPGA ; cf. aussi art. 46 al. 1 *in initio* LPA).

b. Il est vrai qu'aucun des deux courriers précités de l'intimé n'indique de voies de droit à utiliser le cas échéant pour les contester. Cela ne saurait cependant suffire à dénier un caractère décisionnaire et, partant, sujet à recours, à une prise de position qui, pour le surplus, répondrait à la notion de décision, à savoir – selon une définition classique, communément admise et reprise notamment à l'art. 5 PA et à l'art. 4 LPA, également valable en matière d'assurances sociales (ATF 130 V 388 consid. 2.3 ; Ueli KIESER, op. cit., n. 3 s. ad art. 49) – un acte individuel et concret qui règle de manière unilatérale et contraignante un rapport juridique dans un cas particulier en application de normes de droit public (Stéphane GRODECKI / Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, n. 62 ss ; Pierre MOOR / Étienne POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3^{ème} éd., 2011, p. 173 ss ; Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, 2011, n. 783 ss). La notification irrégulière d'une décision ne doit en effet entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 phr. 3 LPGA ; Ueli KIESER, op. cit., n. 62 ad art. 49).

c. Le courrier précité du 5 septembre 2016 faisait part à la recourante explicitement de sa « décision » de « refuser la prise en charge » de la facture de EUR 13'500.-. Par ailleurs, répondant au courrier du 19 septembre 2016 de la recourante, interprétable comme une opposition à cette « décision », l'intimé lui a indiqué, par son courrier du 27 septembre 2016, « maintenir (sa) prise de position du 5 septembre 2016 ».

La recourante pouvait, de bonne foi, considérer les deux courriers précités comme des décisions, respectivement initiale et sur opposition, et elle a été avisée de ne pas s'exposer au risque de voir le refus de prendre en charge y étant exprimé acquérir un caractère définitif faute de contestation en temps utile, donc de déposer un recours contre ces actes auprès de la chambre de céans.

d. Toutefois, dès lors que l'intimé affirme avec insistance n'avoir pas statué sur la prétention de la recourante et au demeurant dans l'intérêt même de cette dernière (de quand même finir par obtenir les renseignements et documents requis pertinemment), il sied de relever que l'intimé a avancé des motifs d'un ordre différent dans l'un et l'autre de ces deux courriers. Il faut en tenir compte dans l'interprétation et la qualification à donner à ces deux courriers.

Celui du 5 septembre 2016 est fondé sur la considération qu'en l'état, lorsqu'il a communiqué cette prise de position (comme d'ailleurs tout au long de la procédure contentieuse), l'intimé estimait n'être pas en possession des documents et renseignements nécessaires lui permettant de se prononcer sur le droit de la recourante au remboursement de la facture présentée, mais ne pas exclure que la recourante puisse le cas échéant avoir droit audit remboursement ; dans cette perspective, ledit courrier peut être compris, au regard des développements qu'a connue la procédure, comme l'expression de la position provisoire de l'intimé, ou alors comme l'indication de la décision qu'elle devrait le cas échéant rendre formellement si elle était invitée à le faire, ou encore, implicitement, comme une nouvelle invitation – insuffisante, comme on le verra (consid. 4) – à produire les pièces estimées manquantes. Quant à lui, le courrier du 27 septembre 2016 est motivé par la considération que le traitement subi par la recourante au Portugal ne pourrait relever de l'assurance obligatoire des soins parce qu'il serait intervenu lors d'un séjour temporaire à l'étranger soit alors qu'il ne serait pas démontré qu'il était urgent et que la recourante ne pouvait pas rentrer en Suisse pour le subir, soit parce que la recourante n'a pas requis ni *a fortiori* obtenu une garantie de prise en charge avant de se soumettre à ce traitement au Portugal.

Il résulte du dossier, en particulier des développements qu'a connue la procédure, que lorsqu'il a envoyé ces deux courriers en septembre 2016 (et d'ailleurs encore à ce jour), l'intimé estimait (et estime) que les renseignements et documents fournis par la recourante ne lui permettaient pas d'arrêter sa position définitive, et qu'à défaut de les obtenir, il pourrait aussi mettre en doute l'urgence de subir l'opération et les traitements considérés et l'impossibilité de venir recevoir les soins appropriés en Suisse ou d'obtenir préalablement une garantie de prise en charge.

4. a. À ce stade, il importe de rappeler que, selon la maxime inquisitoire régissant la procédure en matière d'assurances sociales, l'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) doit établir d'office les faits déterminants, sans être lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à établir les faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale,

vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, op. cit., n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). Les parties ont cependant l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). On dit à ce propos que s'il dispense les parties de l'obligation de prouver, le principe inquisitoire ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est finalement à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputé à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond à la réalité, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 ; Ueli KIESER, op. cit., n. 13 ss ad art. 43 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., p. 500 n. 29).

b. L'assureur doit éclaircir les faits pertinents en principe avant de rendre sa décision (ATF 132 V 368), en suivant une procédure permettant à l'assuré d'exercer son droit d'être entendu, qui est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) et concrétisé en droit des assurances sociales par l'art. 43 phr. 1 LPGA. La phr. 2 de cette disposition permet cependant d'en différer l'exercice jusqu'au moment qui précède la prise de la décision sur opposition lorsqu'existe une telle voie de contestation.

L'art. 43 al. 3 LPGA traite des conséquences de la violation du devoir de collaborer, en prévoyant, à sa phr. 1, que si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou 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 (Ueli KIESER, op. cit., n. 86 ss ad art. 43). Sur le plan procédural, avant de prendre une telle décision, l'art. 43 al. 3 phr. 2 LPGA exige que l'assureur ait adressé à l'assuré ou, le cas échéant, à un autre requérant, une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable. Cette exigence doit être respectée dans tous les cas (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., p. 510 n. 58), sans exception (ATF 122 V 219 s. ; ATAS/396/2017 du 23 mai 2017 consid. 4c ; Ueli KIESER, op. cit., n. 93 ad art. 43).

c. En l'espèce, la chambre de céans n'a pas à dire de façon détaillée de quels renseignements et documents l'intimé doit disposer pour pouvoir se prononcer sur la prétention en remboursement de la recourante, étant rappelé que le sujet ne devrait pas être abordé dans la perspective de rapporter une preuve absolue des faits pertinents dès lors qu'en matière d'assurances sociales, sauf disposition contraire de la loi, il y a lieu de s'en tenir aux faits qui, faute d'être établis de manière

irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; ATF 126 V 319 consid. 5a; 125 V 193 consid. 2; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

Il appert cependant que l'intimé a besoin de renseignements dûment étayés pour se prononcer sur la demande de remboursement de la recourante, notamment – à titre d'exemples – concernant l'état de la dentition de cette dernière d'une part avant l'accident et d'autre part après l'accident mais avant l'intervention, le déroulement de l'intervention chirurgicale (soit un protocole opératoire complet), la durée de l'hospitalisation, les soins prodigués (ou le suivi quotidien) entre le 18 décembre 2015 et le 11 janvier 2016, une éventuelle intervention effectuée le 11 janvier 2016. Seulement, il lui incombe, dans la mesure où il ne lui appartient pas de les requérir lui-même, de suivre le moment venu la procédure prévue par l'art. 43 al. 3 phr. 2 LPGA précité, autrement dit – non sans tenir compte des difficultés concrètes et en conséquence du temps nécessaire à l'obtention des renseignements et documents nécessaires – de mettre la recourante en demeure de se les procurer et de les produire (de surcroît en les faisant traduire dans la langue de la procédure), en l'informant qu'en cas de refus inexcusable de donner suite à cette sommation, il se prononcera en l'état du dossier ou mettra un terme à l'instruction et décidera de ne pas entrer en matière.

Or, une telle mise en demeure ne constitue pas une décision, contrairement à une décision prise en l'état du dossier ou un refus d'entrée en matière subséquents (Ueli KIESER, op. cit., n. 93 *in fine* et 102 ad art. 43).

d. Aucun des deux courriers considérés en l'espèce ne satisfait aux exigences précitées d'une mise en demeure, mais c'est bien le sens que l'intimé apparaît avoir entendu leur donner. Il se justifie dès lors de retenir en définitive, au demeurant sans que les intérêts de la recourante ne s'en trouvent lésés, que ce n'est pas une décision et une décision sur opposition que l'intimé a rendues respectivement les 5 et 27 septembre 2015, si bien que le recours doit être déclaré irrecevable, à charge pour l'intimé, avec la collaboration de la recourante, de poursuivre et le moment venu de clore l'instruction de la demande de remboursement présentée par la recourante. La bonne foi interdirait à l'intimé de considérer qu'il a déjà statué.

5. a. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).
- b. Bien qu'elle a eu des raisons de recourir (consid. 3c), la recourante ne peut être considérée comme obtenant gain de cause, ne serait-ce que partiellement, si bien qu'elle ne saurait prétendre à l'allocation d'une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA). Il n'y a pas non plus lieu d'en allouer une à l'intimé en tant qu'assureur social (Ueli KIESER, op. cit., n. 199 s. ad art. 61).

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

1. Déclare le recours irrecevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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 - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne); 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le