

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3686/2017

ATAS/597/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 juin 2018**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN, représentée par  
ASSUAS Association suisse des assurés

recourante

contre

ASSURA, sise à LE MONT-SUR-LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa  
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

---



---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1950, est assurée auprès d'Assura pour l'assurance de base selon la LAMal (Assura-Basis SA) et pour les assurances complémentaires selon la LCA (Assura SA).
2. Le 30 janvier 2017, elle a adressé à Assura une déclaration d'accident indiquant qu'elle était retraitée et que, le 1<sup>er</sup> janvier 2017 alors qu'elle se trouvait en Floride, elle était tombée dans des escaliers et avait de ce fait subi de multiples fractures à la cheville et à la jambe droites. Le traitement n'était pas terminé et elle était suivie, à Genève, par le docteur B\_\_\_\_\_. Elle avait été hospitalisée du 1<sup>er</sup> janvier au 5 janvier 2017. Elle avait contracté une assurance-accidents complémentaire Mondia. Les frais médicaux relatifs à l'assurance obligatoire des soins étaient les suivants :
  - 1<sup>er</sup> janvier 2017, Cape Canaveral Hospital : CHF 75'950.24 ;
  - 1<sup>er</sup> janvier 2017, Brevard Pathology service : CHF 443.25 ;
  - 5 janvier 2017, Walgreens Pharmacy : CHF 13.10, CHF 23.43, CHF 11.05 et CHF 2.86 ;
  - 1<sup>er</sup> janvier 2017, Dr C\_\_\_\_\_ : CHF 2'458.40.

L'assurée a transmis à Assura les factures concernées en annexe de sa déclaration d'accident.

3. Assura a adressé un décompte de prestations à l'assurée, le 28 février 2017, fixant le montant dû à cette dernière à CHF 6'176.- au total.
4. À teneur d'un décompte rectificatif du 3 mars 2017, l'assurée devait à Assura le montant de CHF 30.-, correspondant à une contribution hospitalière complémentaire pour tenir compte du fait que son hospitalisation en Floride avait duré jusqu'au 5 janvier et non jusqu'au 3 janvier 2017.
5. Selon un décompte du 7 mars 2017, Assura ne prenait pas en charge CHF 19'574.85 relatifs à un traitement du 1<sup>er</sup> janvier 2017.
6. Le 8 mars 2017, l'assurée a informé Assura ne rien comprendre à son décompte. Elle avait souscrit une assurance-maladie et accidents de base et ne voyait pas pourquoi Assura refusait de lui rembourser ses factures.
7. Par courrier du 14 mars 2017 indiquant une adresse à Loèche-les Bains, l'assurée a demandé à Assura pourquoi elle ne couvrait pas les frais liés à son accident du 1<sup>er</sup> janvier 2017. Elle avait souscrit à l'assurance Mondia parce qu'elle était à la retraite et qu'elle aimait voyager avec son époux. Elle ne savait pas qu'elle n'avait droit qu'à quarante-cinq jours d'absence.
8. Le 29 mars 2017, Assura a informé l'assurée que les soins prodigués en urgence à l'étranger étaient pris en charge par l'assurance obligatoire des soins jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu

---

en Suisse. Dans le cas d'une hospitalisation, c'était le système de facturation forfaitaire SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) qui s'appliquait. Elle avait calculé le SwissDRG correspondant à la nature de son affection, qui équivalait au montant de CHF 4'680.- et au montant CHF 9'360.-, multiplié par deux. La différence de tarif de CHF 91'497.60 n'incombait pas à l'assurance obligatoire des soins, mais à son assurance complémentaire Mondia. Or, selon les conditions spéciales pour l'assurance-maladie complémentaire, la catégorie Mondia donnait droit aux prestations lors d'un séjour temporaire à l'étranger dont la durée n'excédait pas quarante-cinq jours consécutifs. Étant donné qu'aucune demande d'extension de sa couverture n'avait été formulée avant son départ, Assura n'était pas en mesure de participer aux frais précités.

9. Le 7 avril 2017, Assura a adressé un décompte de prestations à l'assurée indiquant que le montant facturé pour le traitement du 1<sup>er</sup> janvier 2017 (LCA Mondia) de CHF 535.40 n'était pas remboursé.
10. Le 18 mai 2017, l'association suisse des assurés (ci-après Assuas) a informé Assura avoir été mandatée par l'assurée, domiciliée à Loèche-les-Bains, pour la défense de ses intérêts, avec élection de domicile en ses locaux. Sa mandante contestait le refus d'Assura de prendre en charge la totalité des frais médicaux liés à son accident aux États-Unis. Assura avait sous-évalué le montant des soins en Suisse, puisque, selon ses médecins, l'opération qu'elle avait subie en Floride aurait coûté au moins CHF 17'000.- en Suisse.

Concernant la complémentaire Mondia, l'argument évoqué pour justifier le refus de la prise en charge n'emportait pas conviction, au motif qu'une couverture de quarante-cinq jours par année impliquait une couverture de nonante jours sur deux ans. Elle avait séjourné aux États-Unis du 13 octobre 2016 au 11 janvier 2017, soit moins de nonante jours au total, et c'était donc à tort qu'Assura refusait de prendre en charge ses soins aux États-Unis.

11. Le 20 juin 2017, Assura a informé l'assurée que si elle entendait contester son calcul du SwissDRG, dont une copie lui était remise, il lui appartenait de lui adresser le calcul d'un autre SwissDRG, qui serait transmis à sa cellule spécialisée dans ce genre d'estimation pour comparaison. La couverture d'assurance Mondia n'était pas limitée à quarante-cinq jours par année civile, mais pour chaque séjour temporaire à l'étranger.

Selon l'extrait de SwissDRG transmis à l'assurée, le montant tarifaire à retenir était de CHF 4'679.- et le montant à rembourser (le double) de CHF 9'360.-. Cet extrait mentionne notamment les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital, les diagnostics et la description de l'intervention.

12. Le 19 juin 2017, Assuas a adressé à Assura une opposition de sa mandante, rappelant le domicile de cette dernière à Loèche-les-Bains. Elle concluait à l'annulation du courrier du 29 mars 2017 et à ce qu'il soit dit que l'assurée avait droit au remboursement de ses frais de prise en charge de l'accident du 1<sup>er</sup> janvier

---

2017 aux États-Unis au titre de la LAMal et de la complémentaire Mondia et, subsidiairement, à ce qu'une décision formelle avec indication des voies de droit concernant la couverture LAMal accidents lui soit notifiée. Elle faisait valoir, pièce l'appui, qu'il ressortait d'un rapport médical établi le 30 mai 2017 par le Dr B\_\_\_\_\_ que l'intimée avait sous-évalué le coût de son opération, qui aurait coûté en Suisse au moins CHF 7'000.- sans tenir compte des frais d'hospitalisation ni du matériel utilisé. Ce médecin estimait que les conséquences de l'accident de la recourante auraient coûté en réalité CHF 11'965.- en Suisse. En conséquence, l'intimée devrait lui rembourser le double de ce montant, soit CHF 23'930.-.

13. Par décision du 10 juillet 2017, Assura a maintenu sa position et précisé que l'assurée pouvait, s'agissant de l'assurance de base, former opposition à l'adresse de son institution et, s'agissant de l'assurance complémentaire, ouvrir action devant les tribunaux compétents en matière d'assurance complémentaire à l'assurance-maladie sociale.
14. Le 11 septembre 2017, l'assurée a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève contre la décision d'Assura du 10 juillet 2017. Selon l'art. 58 al. 1 LPGa, le tribunal des assurances compétent était celui du canton de domicile de l'assurée ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Elle était en l'occurrence domiciliée à la rue D\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ à Meyrin. Elle concluait à l'annulation de la décision sur opposition du 11 juillet 2017, avec suite de frais et dépens, et à ce qu'il soit dit qu'elle avait droit au remboursement de CHF 96'177.- à titre de remboursement des frais de prise en charge de son accident du 1<sup>er</sup> janvier aux États-Unis et au montant de CHF 96'177.- à titre des frais de prise en charge de son accident au titre de la complémentaire Mondia. Subsidiairement, elle concluait à ce que la chambre de céans ordonne une réévaluation du coût de son accident survenu aux États-Unis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et à ce qu'il soit dit qu'Assura devait lui rembourser le coût de l'évaluation ordonnée au titre de l'assurance-accidents ou au titre de l'assurance-voyage Mondia.
15. Par réponse du 11 octobre 2017, Assura a conclu à ce que le recours du 11 septembre soit déclaré prématuré, dès lors qu'elle n'avait pas rendu de décision sur opposition le 11 juillet 2017, et à ce que la chambre de céans se déclare incompétente à raison du lieu, tant pour le volet LAMal que pour le volet LCA du recours, dès lors que la seule adresse connue de l'assurée qui figurait sur sa police d'assurance, ses courriers et sur la procuration d'Assuas se situait à Loèche-les-Bains.
16. Par réplique du 30 octobre 2017, la recourante a fait valoir que son recours n'était pas prématuré. En effet, plusieurs courriers de refus de prise en charge de l'assureur avaient précédé son recours à la chambre des assurances sociales, notamment son courrier de refus de prise en charge du 29 mars 2017 qui lui avait été adressé directement. Un second refus de prise en charge lui avait été adressé par l'intermédiaire de son conseil. Après ces deux refus de prise en charge, il était logique de considérer que l'assureur avait très clairement pris et maintenu sa

décision, malgré deux demandes de reconsidération. Tenant compte du fait que l'assureur persistait dans son refus, Assuas lui avait adressé un courrier daté du 19 juin 2017 clairement intitulé opposition, qui exposait à nouveau les raisons pour lesquelles l'assureur devait prendre en charge les frais de l'accident. Un troisième refus de prise en charge avait alors été notifié à Assuas le 10 juillet 2017. Ce dernier courrier indiquait qu'au cas où elle ne serait pas d'accord avec la décision, elle avait la possibilité d'ouvrir action devant les tribunaux compétents en matière d'assurance complémentaire et assurance-maladie sociale. Elle peinait dès lors à comprendre la stratégie douteuse dont comptait se prévaloir l'assurance en niant avoir rendu une décision sur opposition ou du moins son équivalent, alors que par trois fois, elle avait maintenu sa décision de refus de prise en charge des frais d'accident et indiqué le recours au tribunal comme voie de droit. En agissant de la sorte, l'assureur se livrait à une méthode dilatoire visant à retarder la procédure ainsi qu'à du pur formalisme excessif totalement insoutenable.

Contrairement à ce que prétendait l'assureur, c'était à juste titre que la recourante avait saisi la chambre des assurances sociales du canton de Genève. Il n'était pas contesté qu'elle avait été domiciliée en Valais. Toutefois, après sa retraite, elle avait décidé de se rapprocher de sa fille qui vivait à Genève. Partant, elle avait un nouveau domicile à Genève. D'ailleurs, c'étaient les coordonnées de ce même domicile qu'elle avait communiquées à son conseil et qui avaient été enregistrées dans la base de données de ce dernier.

17. Par duplique du 22 novembre 2017, Assura a persisté à soutenir qu'aucune demande de décision formelle n'avait été prise. S'agissant de la compétence locale de la chambre des assurances sociales, Assura relevait que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'adresse officielle de l'assurée se situait en Valais comme cela était indiqué dans sa proposition d'assurance du 10 novembre 2014. C'était d'ailleurs sur la base de cette adresse qu'étaient calculées ses primes et à cette adresse que ses décomptes de prestations et le suivi administratif lui étaient adressés. Toutefois, il ressortait d'un document du contrôle des habitants du 21 novembre 2017 de la commune de Loèche-les-Bains que la recourante n'était pas inscrite dans le registre des habitants de cette commune. Au vu de ces éléments peu clairs et contradictoires, il appartenait à la chambre des assurances sociales de déterminer le domicile de l'assurée afin de se prononcer sur sa compétence. Si la chambre des assurances sociales devait se déclarer compétente pour juger de cette cause, Assura maintenait que le recours de l'assurée s'agissant de l'assurance obligatoire des soins était prématuré et concluait au rejet des conclusions LAMal et LCA formulées par la recourante.
18. La chambre des assurances sociales a enregistré le recours sous la procédure A/3686/2017, en tant qu'il contestait une décision fondée sur la LAMal, et sous la procédure A/5096/2017, en tant qu'il constituait une demande fondée sur la LCA.
19. À teneur d'un extrait du registre de l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après OCPM), la recourante a été domiciliée à Genève du 20 mars

---

1977 au 30 novembre 2014, date à laquelle elle a quitté la Suisse pour les États-Unis.

20. Lors d'une audience du 9 mars 2018 devant la chambre de céans :

a) La recourante a déclaré : « Je vis comme une globe-trotter. Je suis seule la plupart du temps, car je suis séparée. Je n'ai pas de domicile fixe. J'ai un point de chute à Meyrin où se trouvent deux de mes enfants. J'ai vécu à Genève depuis 1976 et j'y ai travaillé jusqu'à fin 2004. Avec les enfants, nous avons acheté un appartement à Loèche-les-Bains pour les vacances et je me suis domiciliée là-bas car les enfants montent régulièrement et ils peuvent prendre mon courrier. Je ne me suis pas domiciliée officiellement à Loèche-les-Bains, mais j'ai donné cette adresse à mes interlocuteurs en Suisse. Je ne paie pas d'impôts. Je ne reçois même plus de déclaration depuis 2007 ou 2008. Je vis avec CHF 2'000.- de retraite et mes économies. Je suis séparée depuis 2002 ou 2003. Je suis partie seule aux Etats-Unis en 2004. En fait je suis partie le 3 janvier 2005 mais officiellement, pour les papiers, à fin décembre 2004. Je suis partie la première fois en Floride une dizaine de jours. Je voulais découvrir les États-Unis, mais après dix jours je suis partie pour l'Argentine et j'ai voyagé pendant huit mois en remontant vers le Nord. J'ai retrouvé mon mari au Canada. Le lieu où je reviens le plus régulièrement est Meyrin. J'ai un logement en Floride. J'y réside entre trois et six mois par année. J'ai eu mon accident à l'extérieur de ce logement qui correspond à un quatre pièces genevois. Quand je viens à Genève, je réside entre trois ou quatre autres adresses différentes. Je fais du home ou du animal sitting. Je n'ai pas d'adresse personnelle. Par exemple, je suis arrivée en Suisse le 12 décembre 2017. J'étais avec mon fils et des amis. Je me suis rendue directement à Loèche. J'y suis restée jusqu'au début janvier 2018. Ensuite je suis restée sur Genève en naviguant dans les domiciles de mes enfants. Je ne reste en général pas plus d'une semaine chez eux.

Un jour j'aimerais m'installer à Genève ou dans les proches horizons, mais pour l'instant je veux encore voyager et découvrir le monde. Si je vais en Floride, je reste trois mois d'affilée, étant précisé que je ne peux pas y rester plus longtemps. Je peux faire deux séjours de trois mois dans l'année. J'ai été soignée après mon accident dans un hôpital public en Floride ».

b) La fille de la recourante, Madame E\_\_\_\_\_ a déclaré : « Mes parents ont quitté la Suisse en 2005. Ils ont pris une retraite anticipée dans le but de voyager et de s'établir en Floride. La première année ils sont partis pendant neuf mois puis ils sont revenus à Genève. Ils vont et viennent selon leurs disponibilités et leurs envies. Quand ils viennent en Suisse, ils résident chez les membres de notre famille. Nous sommes très solidaires. Nous avons un pied-à-terre de trois pièces à Loèche-les-Bains pour les vacances. Il m'arrive d'aller en Floride presque chaque année pour les vacances. Quand mes parents sont ici, on profite de leur appartement là-bas et eux profitent du nôtre. Ma mère est souvent chez moi, même quand je ne suis pas en vacances, pendant la semaine et elle va le weekend à Loèche-les-Bains. En général, ma mère est toujours avec mon père, enfin plutôt les weekends, car la

semaine mon père habite sur un bateau qu'il a racheté l'année passée. Auparavant ils avaient déjà un bateau à F\_\_\_\_\_. Pendant la belle saison, ils y dormaient. Ils ne pouvaient pas avoir un appartement à Genève puisque c'était hors de prix vu qu'ils étaient beaucoup absents. Mes parents voyagent beaucoup depuis dix ans. Ils vont également régulièrement en Floride, mais ils ne peuvent y rester longtemps car ils n'ont pas la green card. S'ils l'avaient, je pense qu'ils y resteraient toute l'année car c'est leur rêve.

Le représentant de l'intimée a déclaré que le système SWISS-DRG était géré par les hôpitaux et les assureurs-maladie. L'intimée avait une cellule spécialisée capable d'établir un SWISS-DRG et de contrôler les factures reçues. C'était des codeuses DRG qui avaient une formation pour établir les factures, sans être forcément médecins. L'estimation du Dr B\_\_\_\_\_ n'était pas déterminante. Seule un autre avis SWISS-DRG pouvait remettre en cause celui de l'intimée. Cela pouvait être un calcul établi par le CHUV ou par le service compétent pour émettre des factures, ce qui n'était pas le cas d'un médecin. Il s'agissait d'un procédé complexe. Il leur arrivait de modifier une décision sur la base d'un SWISSDRG produit par leurs assurés. Si la chambre des assurances sociales s'estimait compétente, Assura maintiendrait sa position et la teneur de sa décision. Par gain de paix et de temps et par économie de procédure, elle renoncerait toutefois à sa demande de prononcer une décision sur opposition.

21. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **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) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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).

En l'espèce, le litige porte sur les prestations de l'intimé en application de la LAMal (art. 1a al. 2 let. b et 28 LAMal et 36 al. 2 de ordonnance sur l'assurance maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), la chambre de céans est dès lors compétente à raison de la matière.

b. Selon l'art. 58 al. 1 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2). Le tribunal qui décline sa compétence transmet sans délai le recours au tribunal compétent (al. 3).

Par domicile, il faut entendre le lieu où la personne concernée réside avec l'intention de s'y établir (art. 23 al. 1 CC). La notion de domicile englobe deux éléments : objectivement, la résidence effective dans un lieu donné et, subjectivement, la volonté de s'y établir, soit d'en faire le centre de son existence, de ses intérêts personnels et professionnels. Selon la jurisprudence, ce n'est pas la volonté intime de l'intéressé qui est déterminante, mais les circonstances objectives, reconnaissables pour les tiers, qui permettent de déduire une telle intention (ATF 120 III 8 consid. 2a).

c. En l'espèce, il ressort des déclarations de la recourante que son lieu de résidence principal est en Floride où elle possède une maison et où elle a la volonté de s'établir, et ce, quand bien même elle n'est pas au bénéfice d'une autorisation de séjour lui permettant de s'installer durablement aux États-Unis. Il convient dès lors de tenir compte pour déterminer le tribunal compétent pour connaître du présent litige de son dernier domicile en Suisse en application de l'art. 58 al. 2 LPGA. Ce domicile était à Genève selon le registre de l'OCPM et les déclarations de la recourante. Bien qu'elle ait mentionné à plusieurs reprises dans sa correspondance une adresse à Loèche-les-Bains, elle n'a jamais eu l'intention d'y résider principalement à teneur de ses déclarations qui ont été confirmées sur ce point par celles de sa fille. La chambre de céans est ainsi également compétente ratione loci pour connaître du recours.

2. a. L'art. 52 al. 1 LPGA prévoit qu'avant d'être soumises à la chambre de céans, les décisions d'un assureur doivent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues.

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

Dans un arrêt 9C\_975/2011 du 22 février 2012 consid. 3, s'agissant d'un cas dans lequel l'assureur n'avait pas pris de décision formelle, le Tribunal fédéral a considéré que le renvoi de la cause à l'assureur pour qu'il statue sous la forme d'une décision au sens de l'art. 49 al. 1 LPGA n'était, en l'espèce, pas compatible avec le droit des parties à un traitement rapide de leur cause en relation avec le principe de l'économie de procédure.

b. En l'espèce, il n'est pas contestable que la décision du 23 décembre 2017 aurait en principe dû faire l'objet d'une opposition au lieu d'un recours. L'intimée ayant toutefois renoncé à s'en prévaloir, il convient d'entrer en matière sur le recours

malgré l'absence d'une décision sur opposition, en application du principe de l'économie de la procédure et conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral.

3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante au remboursement des frais encourus aux États-Unis à suite de son accident survenu le 1<sup>er</sup> janvier 2017 à hauteur de CHF 96'177.-.
5. En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal.

Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques.

Selon l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales (phr. 1).

Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36, intitulé « Prestations à l'étranger ». Selon l'al. 1 de cette disposition, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.1 et les références citées).

Aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Ce qui est déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées). Dans ce cas, les prestations sont prises en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (al. 4).

En ce qui concerne le remboursement des prestations hospitalières en soins somatiques aigus, le système tarifaire SwissDRG est applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 à l'échelon national. Il repose sur un système de forfaits par cas (art. 49 LAMal et 59d al. 1 OAMal).

6. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3).

À cet égard, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1; ATF 126 V 353 consid. 5b). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

7. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 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, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).
8. En l'espèce, l'intimée ne conteste pas les pièces produites par la recourante relatives aux coûts de son hospitalisation et de son traitement en Floride, mais limite sa participation à ces derniers au double du montant de CHF 4'680.-. La décision de l'intimée est fondée sur la tarification SwissDRG conformément à la législation

fédérale en la matière. Cette estimation n'est pas sérieusement remise en cause par celle du médecin traitant de la recourante, qui n'a pas pour mission première de facturer les prestations médicales. Il en résulte que la décision prise par l'intimée le 10 juillet 2017 doit être confirmée et le recours rejeté.

9. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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); 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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