



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3772/2017

ATAS/749/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 août 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER
FÜLLEMANN

recourante

contre

CSS ASSURANCE-MALADIE SA, Droit & Compliance, sise
Tribtschenstrasse 21, LUCERNE

intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Georges ZUFFEREY et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée, l'opposante ou la recourante), née le _____1950, est assurée depuis le 1^{er} janvier 2014 auprès de la CSS Assurance-maladie SA (ci-après : la CSS, l'assureur-maladie ou l'intimée), pour l'assurance-maladie obligatoire des soins (AOS) selon la LAMal. Elle était précédemment assurée auprès d'INTRAS Assurance-maladie SA (ci-après : INTRAS).
2. Le 16 juillet 2015, son médecin-dentiste traitant, la doctoresse B_____ (ci-après : la dentiste traitante), a transmis à la CSS un formulaire de lésion dentaire selon la LAMal non complété, accompagné d'un devis pour un montant de CHF 5'454.55 pour l'extraction des dents 12-11-21-22, la confection d'une prothèse totale supérieure ainsi qu'une prothèse à châssis coulé inférieure.
3. En date du 21 août 2015, la CSS a constaté que le traitement immunosuppresseur, dont l'assurée avait bénéficié en 1994, ne relevait pas de l'art. 19 let. b de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS – RS 832.112.31), raison pour laquelle elle a refusé la prise en charge.
4. Par courrier du 4 septembre 2015, l'assurée, intervenant par son assurance protection juridique, a communiqué à la CSS la copie d'une attestation médicale du docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne oncologie-hématologie, du 12 mars 2015. Ce médecin indiquait que la patiente, qu'il suivait depuis 1993, avait dû se soumettre, en mai 1994, à un traitement dentaire important, dans le cadre d'une thrombopénie idiopathique. À l'époque, la patiente devait subir une splénectomie, et un traitement immunosuppresseur. Il convenait d'enlever certaines dents pour éviter tout phénomène infectieux secondaire à l'immunodéficience liée à l'affection hématologique et aux décisions thérapeutiques. Il constatait : « 20 ans plus tard, sans surprise, nous assistons à une détérioration de l'état dentaire, consécutif même tardivement aux décisions prises en 1994, dans le cadre d'une maladie hématologique, thrombopénie idiopathique qui n'a depuis lors jamais récidivé ».

L'assurée rappelait dans le courrier susmentionné qu'en 1994 le traitement avait été pris en charge « par vos soins » (*Ndr. Recte: INTRAS*), et qu'il ne s'agissait là que des simples suites de la maladie.

5. Le 20 novembre 2015, la CSS a maintenu son refus, conformément à son courrier du 21 août 2015: l'assurée avait bénéficié d'un traitement immunosuppresseur en 1994 dans le contexte d'une thrombopénie idiopathique. Ce traitement relevait bien de l'art. 19 let. b OPAS. Ce dernier prévoit l'élimination de foyers actifs avant le traitement médical. Selon la jurisprudence, les lésions évitables du système de la mastication, survenues après le traitement médical, ne sont pas à la charge de l'assurance-maladie. La détérioration dentaire survenue depuis 1994 était la conséquence d'une atteinte parodontale, pathologie évitable par des mesures

d'hygiène adaptées. Le traitement n'était dès lors pas à la charge de l'assurance puisqu'il découlait de lésions évitables.

6. Par courrier du 4 janvier 2016, l'assurée a contesté la position de la CSS, joignant un rapport médical de sa dentiste traitante du 5 décembre 2015.

Selon ce rapport, en 1994 (il y avait vingt-et-un ans) la patiente avait dû subir une importante intervention dentaire en raison d'un purpura idiopathique. De nombreuses dents avaient dû être extraites en raison du traitement immunosuppresseur que la patiente allait recevoir; elles avaient été remplacées par des prothèses amovibles. La dentiste traitante avait vu la patiente pour la première fois le 9 juillet 2015. Les prothèses étaient très vieilles et usées et les dents supérieures (restaient de 12 à 22) étaient mobiles. La solution la plus judicieuse était sans doute d'extraire les quatre dents restantes et de réaliser de nouvelles prothèses. Elle ne pouvait effectivement pas à ce jour prouver une relation causale entre l'atteinte parodontale des quatre dents restantes à l'arcade supérieure et la maladie ou les médicaments pris à l'époque. Toujours est-il que les prothèses, vieilles de vingt-et-un ans, et réalisées avec certitude à cause de la maladie, devaient être changées. Cette requête était juste et non excessive et elle entraînait dans les suites des événements médicaux de 1994. La confection de nouvelles prothèses devait dès lors être prise en charge par l'assurance-maladie.

L'assurée a relevé que, selon les art. 31 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal – RS 832.10) et 19 OPAS, l'assurance-maladie a l'obligation de prendre en charge les coûts des soins dentaires lorsqu'ils sont nécessaires ou occasionnés par une maladie grave ou ses séquelles. Selon la jurisprudence, ces soins englobent le rétablissement de la fonction masticatoire au moyen de prothèses dentaires, et le traitement médical à charge de l'assurance ne comprend pas uniquement les mesures médicales servant à la guérison de la maladie, mais englobe aussi les mesures servant à éliminer les atteintes secondaires dues à la maladie.

7. Par courrier du 14 avril 2016, la CSS a indiqué au mandataire de l'assurée avoir réexaminé le dossier: elle avait soumis le dossier à son dentiste-conseil, lequel observait que la conséquence des extractions liées à l'assainissement, en 1994, avait été la confection de deux prothèses partielles prise en charge à l'époque par l'assureur-maladie. Il estimait en revanche qu'actuellement les dents restantes devaient être extraites en raison d'un délabrement parodontal dont l'origine n'était pas liée au traitement immunosuppresseur de l'époque (la dentiste traitante affirmait qu'une relation causale entre l'atteinte parodontale menant à la perte des dents restantes et le traitement médical en 1994 ne pouvait pas être établie).

Sur ces bases, la CSS estimait que les prothèses réalisées à l'époque et payées par l'assureur-maladie étant aujourd'hui « vieilles et usées », elle pouvait accepter de les rembourser selon un « Pro forma » correspondant aux frais de leur remplacement tel qu'elles avaient été confectionnées à l'époque, l'assurance se déchargeant de

toute responsabilité à l'avenir. La CSS invitait la dentiste traitante à lui faire parvenir un devis pour deux prothèses partielles (valeur du point à CHF 3.10, laboratoire selon l'ancien tarif avec la valeur du point à CHF 5.55). Les frais pour les soins dentaires (extraction) et le supplément des frais prothétiques seraient à la charge de l'assurée et devaient lui être facturés directement.

8. La dentiste traitante a établi, en date du 27 avril 2016, une estimation d'honoraires sur la base des éléments demandés par l'assureur-maladie dans son courrier précédent : le montant total de ce devis était de CHF 4'520.75 (incluant les deux prothèses partielles [CHF 2'073.90] et les frais de laboratoire [CHF 2'446.85 selon détail annexé]).
9. Par courrier du 3 mai 2016, l'assurée a pris acte de la prise en charge des frais pour les deux prothèses partielles. Elle contestait toutefois que l'assurance se déchargeât de toute responsabilité à l'avenir pour cet aspect. Au vu du dossier, cette position n'était pas du tout justifiée, ni d'ailleurs motivée par la CSS. Le traitement actuel était nécessaire, vu l'usure des prothèses; il s'inscrivait manifestement dans la continuation de celui effectué en 1994. Ainsi, les traitements en lien avec la maladie déclarée en 1994 devaient continuer à être pris en charge par l'assurance-maladie. Elle sollicitait donc la confirmation de la prise en charge pour l'avenir.
10. Sans réponse à ce dernier courrier, le mandataire de l'assurée a adressé un rappel à la CSS.
11. Par courrier du 9 juin 2016, l'assurée a communiqué à la CSS copie d'un courrier d'INTRAS du 11 février 2010 confirmant la prise en charge des soins dentaires (à l'époque par le docteur D_____, dentiste), ainsi qu'une copie des factures de l'époque (recte: décomptes de prestations pour des traitements en 2006, 2007 et 2009) et d'une copie du certificat médical du 6 octobre 2009 du Dr C_____, attestant qu'un traitement dentaire avait été instauré pour éliminer tout risque de foyer infectieux sous-jacent à la maladie (ITP ; purpura thrombopénique immunologique) et que les soins dentaires actuels étaient les conséquences des décisions prises en 1994.
12. Par courrier du 14 juin 2016, la CSS a relevé que les prothèses mises en place en 1994 avaient été réalisées sous le régime de la LAMA, avant l'entrée en vigueur de la LAMal; que l'ancienne loi sur l'assurance-maladie ne prévoyait pas de remboursement pour les traitements dentaires ; et qu'en conséquence les prothèses n'auraient donc pas dû être prises en charge par l'assureur-maladie. La CSS pourrait dès lors refuser la prise en charge (confection des nouvelles prothèses), mais elle avait décidé, au vu des circonstances particulières, d'accorder un pro forma. Elle maintenait donc sa position, le remboursement des frais correspondrait au montant du devis susmentionné du 27 avril 2016, à titre pro forma, sous déduction de la participation aux coûts.
13. Par courrier du 18 juillet 2016, l'assurée, représentée par son conseil, a à nouveau contesté la prise de position de la CSS: en 1994, c'était après une visite chez le

médecin-conseil d'INTRAS que la prise en charge par l'assureur-maladie des prothèses dentaires ainsi que des contrôles et réglages annuels par le dentiste et l'hygiéniste, avait été confirmée. En 2009, la prise en charge des soins dentaires du Dr D_____ avait dans un premier temps été refusée, puis admise par courrier d'INTRAS du 11 février 2010. D'autres décomptes de prestations d'INTRAS, des 23 septembre 2006 et 5 mai 2007, attestaient aussi de la prise en charge de traitements médico-dentaires toujours en lien avec la problématique susmentionnée. Sur le fond, la CSS multipliait les motifs pour lesquels elle laissait la désagréable impression de trouver tout argument a priori acceptable pour refuser la prise en charge : ainsi en allait-il de la mise en cause de la bonne hygiène buccale et dentaire de l'assurée (parodontose nécessitant l'extraction des quatre dents supérieures). Elle demandait réponse à ces questions et prise de position définitive avant d'examiner la nécessité de demander la mise en œuvre d'une expertise.

14. Par décision du 9 novembre 2016, la CSS acceptait le remplacement des prothèses dentaires existantes, à titre de pro forma pour le montant de CHF 4'520.75, le traitement dentaire prévu par la dentiste traitante selon devis du 9 juillet 2015 de CHF 5'454.55 n'étant pas couvert par l'AOS.
15. Le 12 décembre 2016, l'assurée a formé opposition à cette décision. Le refus de prise en charge de la totalité du traitement se fondait sur le fait que la relation causale entre « la maladie parodontale menant à la perte des dents restantes » et le traitement médical de 1994 ne pourrait pas être prouvée. La « maladie parodontale menant à la perte des dents restantes » était contestée. Sur les quatre dents subsistant sur la mâchoire supérieure, seule une dent devait être extraite. L'extraction des trois autres dents était liée à l'existence des prothèses et au fait que leur stabilité ne pourrait plus être garantie à long terme. Les six dents restantes depuis 1994 sur la mâchoire inférieure étaient dans un état impeccable. En conséquence, la totalité du traitement préconisé devait être prise en charge sur la base de l'art. 18 OPAS, subsidiairement de l'art. 19 OPAS.
16. Le 27 février 2017, la CSS a fait parvenir à l'assurée « les pièces administratives et médicales d'INTRAS (2009 et 2010), notamment la réponse du Dr D_____ du 26 juin 2009 à une demande de renseignements médicaux du 22 juin 2009 d'INTRAS, dans laquelle le médecin a indiqué que la dent n° 23, mobile, avait été extraite le 23 avril 2009. À la question de savoir si le cas relevait de la LAMal et s'il y avait « une correspondance OPAS art. 17 à 19 », il a répondu par la négative. La CSS a imparti un délai à l'assurée pour compléter son opposition par rapport à ces documents.
17. Par courrier du 24 mars 2017, l'assurée a produit de nouveaux documents:
 - un courriel de l'assureur protection juridique du 1^{er} mars 2017 à la Dresse B_____ ainsi que la réponse de cette dernière du 20 mars 2017, selon laquelle les quatre dents restantes à l'arcade supérieure présentaient une mobilité très importante et avaient été extraites et remplacées prothétiquement. L'image

radiologique montrait une perte osseuse conséquente autour de ces dents. Aucune n'était adaptée ni à la mastication ni pour supporter un crochet prothétique. La maladie parodontale avait une origine multifactorielle. Il était difficile de déterminer la cause unique ayant mené à cette atteinte chez la patiente. L'hygiène dentaire n'était pas le seul facteur menant à une parodontite. Depuis la première consultation au cabinet, l'hygiène de la patiente avait toujours été adéquate ;

- une attestation du docteur E_____, ophtalmologue FMH du 20 décembre 2016, attestant que l'atteinte glaucomateuse de la patiente était à mettre en rapport avec un traitement à la cortisone entre 1994 et 1998 que la patiente avait subi et dont les doses étaient importantes.

18. Dans son appréciation du 18 avril 2017, le médecin-dentiste conseil a relevé que le purpura thrombopénique idiopathique (PTI), actuellement connu sous le nom de purpura thrombopénique immunologique, était une pathologie due à une destruction des plaquettes dans le cadre d'un processus auto-immun médié par des auto-anticorps. Dans le cadre du PTI, les auto-anticorps étaient dirigés contre des antigènes situés sur les glycoprotéines plaquettaires. Le siège de destruction le plus fréquent était la rate. Les plaquettes participaient au maintien de l'intégrité vasculaire et à une coagulation normale. Une thrombopénie excessive se manifestait par un syndrome hémorragique. En cas de traumatisme ou de geste traumatique (extraction dentaire, p. ex.), une hémorragie excessive, extériorisée ou non, pouvait survenir. L'objectif du traitement était de réduire ou de supprimer le risque hémorragique sévère associé aux thrombopénies très profondes. Dans ce contexte, l'assurée aurait bénéficié d'un traitement immunosuppresseur de longue durée entre 1994 et 1998, ainsi que d'une splénectomie, en raison du PTI dont elle avait souffert. L'immunosuppression avait pour but d'inhiber l'activation du système immunitaire afin de limiter la destruction des plaquettes.

L'administration de corticoïdes de longue durée pouvait entraîner des complications osseuses, à savoir l'ostéoporose et l'ostéonécrose aseptique d'un os. En principe, l'administration de corticoïdes pour une longue durée s'accompagnait de mesures de prévention afin d'éviter ces effets secondaires. L'administration de corticoïdes entraînait un risque plus important d'infection, raison pour laquelle l'assurée aurait bénéficié d'un assainissement bucco-dentaire pour éliminer les foyers infectieux à l'époque. Il paraissait fort probable que toute dégradation parodontale en relation avec les corticoïdes se serait déjà présentée à l'époque. La progression de la maladie parodontale constatée chez l'assurée était, selon le degré de vraisemblance prépondérante, une conséquence de sa parodontite chronique et des facteurs habituels y associés (hygiène bucco-dentaire, stress, facteurs génétiques, bactéries spécifiques, tabagisme, etc.). Par conséquent, il s'agissait bien d'une maladie évitable qui n'était pas à la charge de l'assureur. Le lien entre l'immunosuppression de 1994 et l'état actuel de la dentition de l'assurée ne pouvait être établie.

Sur le plan médical, la nécessité d'extraire les dents 12 à 22 ne pouvait pas être niée mais ce n'était pas pour autant à la charge de l'assureur. L'extraction de ces quatre dents restantes à l'arcade supérieure était, selon le degré de vraisemblance prépondérante, une conséquence de la maladie parodontale présentée par l'assurée. Cette relation ne relevait d'aucun article de l'OPAS et n'était par conséquent pas à la charge de l'assureur. Toutefois, si les prothèses existantes avaient été réalisées en 1994 dans le cadre d'un traitement à la charge de l'AOS, l'entretien desdites prothèses relevait de la responsabilité de l'assureur. La Dresse B_____ estimait que les prothèses étaient « vieilles et usées ». Dès lors, la réfection des prothèses telles qu'elles avaient été réalisées dans le cadre du traitement dentaire en 1994 était à la charge de l'assureur. Le devis pro forma de la Dresse B_____ pour un montant de CHF 4'520.75 était adéquat. L'argument qui consistait à mettre la réfection des prothèses en relation avec l'extraction de la dent 23 en 2009, c'est-à-dire l'extraction d'une dent mobile et son remplacement sur la prothèse existante, était hors propos. Cet état avait par ailleurs été souligné par le Dr D_____ en date du 26 juin 2009. Le traitement proposé par la Dresse B_____ ne relevait ni de l'art. 18 al. 1 let. a ch. 5 OPAS ni de l'art. 19 let. b OPAS.

En conclusion, les prothèses « vieilles et usées » pourraient être remplacées à la charge de l'AOS dans le cadre de l'entretien. Les soins dentaires actuellement nécessaires et le supplément de frais y associés étaient à la charge de l'assurée. Par ailleurs, il s'avérait que les soins réalisés en 1994 (LAMA) n'étaient pas couverts par l'assurance sociale. L'art. 12 LAMA ne prévoyait aucune prestation pour soins dentaires. Le médecin-dentiste conseil recommandait à l'assureur de maintenir sa position.

19. Par courrier du 5 mai 2017, la CSS a indiqué à l'assurée qu'elle envisageait une *reformatio in pejus* et lui impartissait dès lors un délai au 24 mai 2017 pour se déterminer sur un éventuel retrait de son opposition.
20. Intervenant désormais assistée d'une avocate, l'assurée a indiqué à la CSS, par courrier du 11 juillet 2017, qu'entre-temps les traitements litigieux avaient dû intervenir, dès lors qu'il était urgent qu'elle les subisse, et qui totalisaient entre le 12 juin 2015 et le 13 juin 2016, selon les factures annexées, un montant total de CHF 4'772.60, dont à déduire le montant de prise en charge acceptée par la CSS (CHF 4'520.75), qui déterminait un solde de CHF 251.85, valeur litigieuse réduite à ce montant. L'objet du litige consistait également à admettre que le remboursement s'effectuerait conformément à la loi, et non pas à titre de pro forma, de manière à ce que les droits de l'assurée concernant les frais futurs soient réservés.

Il ressort de la facture du 13 octobre 2015 que les prothèses ont été réalisées le 6 août 2015.

21. La CSS a rendu sa décision sur opposition le 18 juillet 2017: l'opposition était rejetée ; le montant de CHF 4'520.75 que la CSS avait accepté de prendre en charge

n'était pas à la charge de l'AOS; et la décision du 9 novembre 2016 était confirmée s'agissant du refus de prise en charge du traitement dentaire prévu par la Dresse B_____ selon son devis du 9 juillet 2015 de CHF 5'454. 55.

Le constat du conseil de l'assurée selon lequel la prise en charge du devis de CHF 4'520.75 avait été acceptée par la CSS et que la valeur litigieuse était ainsi réduite au solde de CHF 251.85 était erroné en raison du fait que précisément la CSS avait averti l'assurée qu'elle envisageait de revenir sur son acceptation. Dans la mesure où l'assurée a maintenu son opposition malgré l'annonce que l'assureur-maladie risquait de réformer sa décision au détriment de l'assurée, la CSS était en droit de le faire. Il s'agissait en outre de définir l'objet du litige au vu de la confusion dont faisait mention l'opposante dans son courrier du 11 juillet 2017 sur les factures (recte: devis) de CHF 5'454.55 et CHF 4'520.75. Dans sa demande initiale, l'assurée avait demandé la prise en charge de l'extraction des dents 11, 12, 21 et 22, la confection d'une prothèse totale supérieure ainsi qu'une prothèse inférieure à châssis coulé, de sorte que le litige se scindait en deux parties : d'une part, l'entretien des prothèses réalisées en 1994; et d'autre part, l'extraction des dents ainsi que la mise en place d'une nouvelle prothèse. La facture initiale de CHF 5'454.55 correspondait au traitement complet préconisé par la dentiste traitante, à savoir l'extraction de quatre dents et la mise en place d'une nouvelle prothèse qui remplacerait celle en place depuis 1994; le second devis établi à la demande de la CSS correspondait au seul traitement de la réfection de la prothèse posée en 1994. La CSS était revenue sur sa décision de prendre en charge à hauteur de CHF 4'520.75 les frais de prothèses, pour deux raisons : d'une part l'assurée n'avait pas apporté la preuve qu'INTRAS avait effectivement pris en charge les frais de prothèses en 1994, sous l'empire de la LAMA; d'autre part la CSS ne saurait prendre les nouveaux frais en charge au seul motif qu'entre-temps elle aurait fusionné avec la précédente compagnie d'assurances où était affiliée l'assurée.

Selon la LAMal, ni l'extraction des dents ni la pose d'une prothèse ne seraient aujourd'hui à charge de l'AOS sur la base de l'art. 18 al. 1 let. a ch. 5 OPAS. Ledit article ne comprend pas les traitements strictement dentaires (Atlas SSO des maladies avec effet sur le système de la mastication). Il prend en charge les soins d'un traitement dentaire dû à la maladie. Une diathèse hémorragique augmente le risque d'hémorragie. Dès lors, les soins dentaires occasionnés par la diathèse hémorragique se limitent aux soins qui permettent de stopper l'hémorragie. Cela ne comprend pas l'extraction des dents. En l'occurrence, l'extraction des dents visait à éliminer les foyers infectieux nécessaires sur le plan médical dû à l'immunosuppression selon le rapport du Dr C_____ qui a attesté le 6 octobre 2009 que sa patiente avait été traitée pour une IPT en 1994, maladie ayant imposé un traitement dentaire draconien pour éliminer tout risque de foyers infectieux sous-jacents. Or, cette mesure visait dès lors à garantir le traitement médical. Il convenait donc d'examiner si elle pouvait être prise en charge selon l'art. 19 OPAS. L'art. 19 let. b OPAS entre en ligne de compte lorsqu'une intervention nécessite un

traitement immunosuppresseur de longue durée, tel qu'une greffe. Ce n'était pas le cas de l'opposante qui souffrait d'une purpura thrombopénique idiopathique. Ainsi, l'extraction de la dent et la pose d'une prothèse ne pouvait pas non plus être à charge de l'assurance-maladie sur la base de l'art. 19 let. b OPAS. La CSS a cité un arrêt du Tribunal fédéral (K 48/03 du 3 juin 2004) et relevé que, compte tenu du fait que l'assurance-maladie n'avait pas à prendre en charge le traitement prothétique en 1994, la CSS n'avait pas à prendre en charge la réfection de la prothèse. La décision formelle du 9 novembre 2016 était dès lors réformée dans ce sens que le remplacement des prothèses existantes pour un montant de CHF 4'520.75 n'était pas à charge de l'assurance-maladie.

Quant à l'extraction des dents 11, 12, 21 et 22 et la nouvelle prothèse, la dentiste traitante exposait que lorsqu'elle avait vu la patiente pour la première fois le 9 juillet 2015, les prothèses (posées il y avait vingt-et-un ans) étaient vieilles et usées et les dents supérieures étaient mobiles. Elle recommandait d'extraire les quatre dents restantes et de réaliser de nouvelles prothèses. Elle concédait ne pas pouvoir effectivement prouver, à ce jour, une relation causale entre l'atteinte parodontale des quatre dents restantes à l'arcade supérieure et la maladie ou les médicaments pris à l'époque. Se référant à l'avis de son médecin-dentiste conseil, la CSS a considéré que, compte tenu du fait que d'une part le lien de causalité entre la maladie dont avait souffert l'opposante en 1994 et l'extraction des quatre dents à ce jour ne pouvait pas être prouvée, et que d'autre part ce traitement ne tombait pas sous le coup des art. 17 à 19 OPAS, il n'était pas à charge de l'AOS.

Enfin, contrairement à ce que prétendait l'assurée, ce n'était pas parce que son précédent assureur-maladie (INTRAS) avait pris en charge la précédente extraction, soit de la dent numéro 23 en 2009, que les nouvelles extractions devaient être à charge de l'assureur actuel. L'assurée ne pouvait se prévaloir du principe de la bonne foi, dont les conditions n'étaient pas réunies : ce n'était pas la CSS qui était intervenue en 2009; la situation concrète n'était pas la même, les dents concernées étant différentes; la CSS avait refusé immédiatement la prise en charge lors de la demande, de sorte que l'assurée était consciente de la situation. Le dentiste-conseil de la CSS relevait en outre que l'extraction de la dent 23 en 2009 ne tombait sous aucune des dispositions de l'OPAS (chapitre 5 soins dentaires art. 17 à 19 OPAS). Il en résultait que la décision formelle du 9 novembre 2016 devait être réformée, en ce sens que le remplacement des prothèses existantes pour le montant de CHF 4'520.75 n'était pas à la charge de la CSS et le traitement dentaire prévu par la dentiste traitante selon devis du 9 juillet 2015 de CHF 5'454.55 n'était pas couvert par l'AOS.

22. Par mémoire du 13 septembre 2017, la recourante, représentée par son conseil, a recouru contre la décision sur opposition du 18 juillet 2017, en concluant, sous suite de dépens, à son annulation et à la condamnation de l'intimée à prendre en charge les factures litigieuses totalisant CHF 4'772.60; la somme totale portant intérêt à 5 % l'an dès le 15 juin 2017.

La recourante a relevé qu'il existait probablement une confusion concernant les traitements à prendre en charge. De fait, le premier devis de CHF 5'454.55 de la dentiste traitante avait été annulé et remplacé par le devis du 27 avril 2016 de CHF 4'520.75. Le fait qu'il ne soit pas expressément indiqué qu'il annulait et remplaçait celui du 16 juillet 2015 avait probablement entraîné la confusion. Outre cela, en l'absence de la dentiste traitante, son remplaçant avait effectué un traitement qui concernait la prothèse provisoire supérieure et la facture y relative (jointe au recours) pour la période du 27 juillet au 2 août 2016 d'un montant de CHF 498.85 avait été envoyée directement à la CSS. Elle avait été avisée que cette facture était prise en charge sous déduction de la quote-part de 10 %.

En droit, la recourante a contesté la *reformatio in pejus*. Elle demandait la prise en charge des factures mentionnées dans son complément d'opposition, pour un total de CHF 4'772.60, lesquelles correspondaient au remplacement de la prothèse partielle supérieure par une prothèse totale supérieure suite à l'extraction des seules dents restantes (11, 12, 21 et 22), et du remplacement de la prothèse inférieure à châssis coulé, en raison de l'usure. Le revirement de l'intimée – qui avait accepté la prise en charge selon devis de CHF 4'520.75 et revenait sans motif pertinent sur sa décision – était inacceptable. La recourante a fait valoir que l'ensemble des traitements mentionnés dans la procédure était une conséquence de la maladie initiale. Tant INTRAS que la CSS (qui lui a succédé par fusion) avaient payé des factures, qui étaient en relation avec le traitement de 1994 et ses conséquences. Il n'y avait dès lors pas de raison de faire une différence de traitement entre les prestations accordées par INTRAS et la CSS. La recourante s'est prévalu encore de la protection du principe de la bonne foi, invoquant le fait que les assureurs LAMal concernés avaient créé chez elle une attente légitime. Enfin, se référant à l'art. 26 LPGA, elle a réclamé des intérêts à 5 % l'an dès le 12 juin 2017 sur la somme totale due.

23. Dans sa réponse du 9 octobre 2017, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours, à la confirmation de la décision entreprise, et à ce qu'il soit dit qu'elle n'était pas tenue au remboursement ni selon le devis de CHF 4'520.75 ni selon celui de CHF 5'454.55.

L'intimée a précisé liminairement qu'elle n'avait pas fusionné avec INTRAS. Les deux sociétés étaient des sociétés anonymes distinctes, inscrites séparément au registre du commerce. Elles faisaient toutes deux partie du Groupe CSS. INTRAS avait été reprise par ce dernier. Les deux sociétés avaient leur propre pouvoir d'appréciation, et n'étaient pas tenues par les décisions prises par l'autre, comme le prétendait à tort, la recourante.

Cette dernière avait effectué le traitement dentaire, de sorte qu'elle demandait la prise en charge des factures de prestations résultant d'un montant de CHF 4'772.60 qui correspondait, d'après elle, au remplacement de la prothèse partielle supérieure par une prothèse totale supérieure, suite à l'extraction des seules dents restantes (11, 12, 21 et 22), et du remplacement de la prothèse inférieure à châssis coulé, en

raison de l'usure. Or, elle ignorait d'une part que la prise en charge d'un traitement dentaire se faisait avec l'accord préalable de l'assureur sur la base d'un devis. D'autre part, certaines factures présentées par la recourante portaient sur des prestations d'hygiène dentaire, qui n'étaient pas couvertes par l'AOS. En cela, la recourante ne pouvait dès lors, comme elle le faisait dans sa conclusion n° 2, requérir la prise en charge des factures annexées à son courrier du 11 juillet 2017. Dans sa demande initiale, la recourante requérait la prise en charge de l'extraction des dents 11, 12, 21 et 22, la confection d'une prothèse totale supérieure ainsi qu'une prothèse à châssis coulé inférieure. Le présent litige se scindait donc en deux parties: d'une part, l'entretien des prothèses réalisées en 1994 et d'autre part l'extraction des dents susmentionnées, ainsi que la mise en place d'une nouvelle prothèse.

La facture initiale de CHF 5'454.55 correspondait au traitement complet préconisé par la dentiste traitante (extractions susmentionnées, pose d'une nouvelle prothèse remplaçant celle mise en place en 1994). Le second devis, de CHF 4'520.75, établi à la demande de la CSS, correspondait au seul traitement de la réfection de la prothèse posée en 1994.

L'intimée a observé que sous l'empire de la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA) du 13 juin 1911, remplacée dès le 1^{er} janvier 1996 par la LAMal, les mesures dentaires ne constituaient en principe pas des traitements médicaux au sens de l'art. 12 al. 2 ch. 1 et 2 LAMA, de sorte qu'elles n'étaient pas à la charge des caisses-maladie. Sous l'empire de la LAMal, les soins dentaires sont pris en charge s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles. Les art. 17 à 19 OPAS listent les traitements dentaires à charge de l'AOS. À cet égard, l'intimée a réitéré les arguments exposés dans la décision querellée et ajouté que la pose d'une prothèse et son remplacement ne pouvaient pas tomber sous le coup de l'art. 19 let. a OPAS, disposition qui a pour but, selon la jurisprudence, de préparer le patient à une intervention concrète et non pas de mettre à la charge de l'AOS des soins dentaires préventifs ou curatifs liés à des atteintes survenues après les traitements médicaux prodigués.

L'intimée a contesté la réalisation des conditions de la protection de la bonne foi. Elle a rappelé notamment que son médecin-conseil avait relevé que l'argument qui consistait à mettre l'intervention en relation avec l'extraction de la dent 23 en 2009 c'est-à-dire l'extraction d'une dent mobile et son remplacement était hors de propos. Cet état avait d'ailleurs été souligné par le Dr D_____ en date du 26 juin 2009 dans sa réponse au courrier d'INTRAS du 22 juin 2009 ; le médecin avait répondu par la négative à la question de savoir si le cas relevait de la LAMal et s'il présentait une correspondance avec les art. 17 à 19 OPAS.

24. Par courrier du 30 novembre 2017, le conseil de la recourante a sollicité l'audition de la dentiste traitante, et la fixation d'un délai pour sa réplique après cette audition.

25. La chambre de céans a décidé préalablement de convoquer une comparution personnelle des parties, laquelle, initialement fixée au 12 février 2018 a été reportée au 26 février 2018 à la demande du conseil de la recourante.
26. Par courrier du 21 décembre 2017, l'intimée s'est posé la question de l'opportunité de l'audition de la dentiste traitante, d'autant que la recourante ne l'aurait pas proposée dans ses écritures précédentes. Elle demandait encore à la juridiction de préciser l'objet de l'audience.
27. La chambre de céans lui a répondu par courrier du 22 décembre 2017 que la procédure en matière d'assurances sociales est régie par le principe de la maxime inquisitoire: le juge instruit d'office. La convocation pour l'audience du 26 février 2018 ne concernait d'ailleurs que les parties, l'audition du médecin étant réservée.
28. À l'audience de comparution personnelle du 26 février 2018, après un tour d'horizon sur les éléments essentiels qui opposaient les parties, il a été décidé que la recourante interpellerait sa dentiste traitante pour déterminer ou budgéter ce que représenterait, en moyenne, les frais futurs générés par les deux prothèses posées en lieu et place de celles qui avaient été posées en 1994. Les parties poursuivraient ainsi leurs discussions sur une éventuelle transaction, les droits des parties étaient expressément réservés.
29. Le 15 août 2018, le conseil de la recourante ayant indiqué à la chambre de céans que les pourparlers avec l'intimée avaient échoué, la cause a, par suite, été gardée à juger.

EN DROIT

1. 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 LAMal.
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Le délai de recours est de trente jours. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi (art. 56 à 61 LPGA; art. 36 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 [LaLAMal – J 3 05]; art. 89B de la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]), compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.
3. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les coûts de traitement dentaire litigieux, respectivement ceux inhérents au remplacement des prothèses posées en 1994, très vieilles et très usées, l'assureur-maladie intimé revenant, dans la décision entreprise, sur l'acceptation

qu'il avait préalablement donnée, après approbation du devis de CHF 4'520.75, présenté à sa demande par la dentiste traitante, réformant ainsi sa décision initiale au détriment de la recourante.

4. Sous le régime de la LAMA (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015), les mesures dentaires ne constituaient pas, en principe, des traitements médicaux au sens de l'art. 12 al. 2 ch. 1 et 2 LAMA, de sorte qu'elles n'étaient pas à la charge des caisses-maladie au titre de l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Étaient réservées les prestations que les caisses-maladie étaient tenues de fournir pour de telles mesures en vertu de leurs dispositions statutaires ou réglementaires (ATF 116 V 114 consid. 1b). Le caractère dentaire de la mesure n'était pas supprimé par le fait que le traitement appliqué à l'appareil masticateur constituait une mesure préalable et nécessaire à la mise en œuvre du traitement médical d'une maladie. C'est ainsi que le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'une caisse-maladie n'était pas obligée de rembourser à un assuré les frais d'extraction de dents (et des frais de prothèses) préalable à une opération du cœur, afin de supprimer des foyers septiques potentiels et prévenir tout risque oslérien (ATF 116 V 114; voir aussi RAMA 1990 n. K 836 p. 135).
5. Sous l'empire du nouveau droit (entré en vigueur le 1^{er} janvier 1996), l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). Conformément à l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33.
6. Aux termes de l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (let. a), ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (let. b), ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c).

Un lien de causalité entre la nécessité d'administrer le traitement envisagé et la maladie grave doit être établi, au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral 9C_237/2010 du 30 août 2010 consid. 6.3 et la référence ; 9C_580/2012 du 27 février 2013 consid. 4.2).

En cas de soins dentaires, il y a atteinte à la santé, et donc maladie, lorsque l'assuré ne peut pas accomplir de façon satisfaisante des fonctions essentielles comme broyer, mordre, mastiquer et articuler (ATF 125 V 16 consid. 3a). Sont des traitements dentaires, principalement, les mesures thérapeutiques appliquées à l'appareil masticatoire, à savoir le traitement des dents, de l'appareil de soutien de la dent (parodonte), ainsi que les soins aux organes destinés à recevoir une prothèse dentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 101/03 du 22 juillet 2004 consid. 3.2 et la référence).

7. a. Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail les prestations prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal. À l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), le Conseil fédéral a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Le DFI a fait usage de cette sous-délégation aux art. 17 à 19 OPAS.

b. L'art. 17 OPAS énumère les maladies graves et non évitables du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal permettant la prise en charge par l'assurance obligatoire de soins à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige. Il s'agit en particulier des maladies dentaires (let. a): granulome dentaire interne idiopathique (ch.1), dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie (par exemple: abcès, kyste) (ch.2) ; des maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies) (let. b) : parodontite pré pubertaire (ch. 1), parodontite juvénile progressive (ch. 2), effets secondaires irréversibles de médicaments (ch. 3).

Le Tribunal fédéral des assurances a été amené à considérer, de manière générale, que dans la mesure où elle suppose l'existence d'une atteinte qualifiée à la santé, la notion de maladie au sens des art. 17 (phrase introductive) et 17 let. a ch. 2 OPAS est plus restrictive que la notion de maladie valable généralement dans l'assurance-maladie sociale. En d'autres termes, le degré de gravité de la maladie est une des conditions de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements dentaires; les maladies qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal (ATF 127 V 333 consid. 5a et b; SVR 2002 KV 39 p. 142 consid. 3d).

Selon la jurisprudence, est « évitable » toute maladie du système de la mastication qui peut être évitée par une bonne hygiène buccale et dentaire. Dans ce sens, sont visées la carie et la parodontite (ATF 129 V 279 consid. 3.3 ; ATF 125 V 19 ss. consid. 3a; SVR 1999 KV 11 p. 25 consid. 1b/aa). La parodontite est une inflammation du parodonte, c'est-à-dire des tissus de soutien de la dent : gencives, ligament alvéolaire (périodonte), cément, os alvéolaire (ATAS/400/2007 du 11 avril 2007 consid. 11 et la référence).

Il résulte de l'art. 17 let. b OPAS que les frais de traitement d'une parodontopathie qui n'est ni une parodontite pré pubertaire ni une parodontite juvénile progressive ne doivent être pris en charge par l'assurance obligatoires des soins que si cette parodontopathie constitue l'effet secondaire irréversible de médicaments, ce qui implique notamment l'existence d'un lien de causalité (cf. ATF 127 V 339 consid. 7 et 8 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_364/2010 du 29 octobre 2010 consid. 2.2 et 3.3).

c. L'art. 18 al. 1 OPAS (édicte en application de l'art. 31 al. 1 let. b LAMal) dispose que l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les autres maladies graves ou leurs séquelles et nécessaires à leur traitement, dont

l'énumération comprend notamment les maladies du système hématopoïétique (let. a) : diathèses hémorragiques (ch. 5).

Il s'agit de maladies qui ne sont pas, comme telles, des maladies du système de la mastication, mais qui ont des effets nuisibles sur ce dernier (ATF 127 V 391 consid. 1).

d. L'art. 19 OPAS a pour objet la prise en charge des soins dentaires nécessaires afin de réaliser et garantir les traitements médicaux au sens de l'art. 31 al. 1 let. c LAMal : lors du remplacement des valves cardiaques, de l'implantation de prothèses de revascularisation ou de shunt crânien (let. a) ; lors d'interventions qui nécessiteront un traitement immunosuppresseur de longue durée (let. b) ; lors d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie d'une pathologie maligne (let. c) ; lors d'endocardite (let. d) ; en cas de syndrome de l'apnée du sommeil (let. e).

Cette disposition prévoit la prise en charge des soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis (ATF 127 V 391 consid. 1).

L'objectif premier n'est pas de guérir les atteintes du système de mastication mais de garantir le traitement adéquat d'une maladie grave qui ne saurait être compromis en raison du refus de prise en charge d'un traitement dentaire par l'assurance-maladie. Il ne se justifie en revanche pas de mettre à la charge de l'assurance-maladie des traitements dentaires réalisés postérieurement au traitement de la maladie grave et qui auraient pu être évités avec une bonne hygiène bucco-dentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_712/2007 du 5 février 2008 consid. 4.2 et les références).

Les soins dentaires visés par l'art. 31 al. 1 let. c LAMal et 19 OPAS englobent le rétablissement de la fonction masticatoire au moyen de prothèses dentaires, lorsqu'il s'est révélé nécessaire de procéder à l'extraction de dents (ATF 124 V 196 consid. 2d in fine). Le Tribunal fédéral est parvenu à cette conclusion, en relevant qu'il serait difficilement compréhensible, après analyse de la ratio legis de l'art. 25 al. 1 let. b du projet de la LAMal, devenu l'art. 31 al 1 let. c du texte définitif, que le législateur, en édictant cette disposition, qui mentionne non seulement le traitement d'une maladie grave mais également celui de ses séquelles, n'ait eu en vue que l'extraction des dents à titre curatif ou préventif de foyers infectieux, et non les mesures prothétiques destinées à conserver ou à rétablir la fonction masticatoire. La Haute Cour a ensuite procédé à une comparaison avec la jurisprudence selon laquelle le traitement médical à la charge de l'assurance-maladie ne comprend pas uniquement les mesures médicales qui servent à la guérison de la maladie, mais englobe aussi les mesures qui servent à l'élimination d'atteintes secondaires dues à la maladie (cf. ATF 121 V 295 consid. 4b ; 306 consid. 5b). Cette jurisprudence est spécialement applicable à la prise en charge d'implants ou de prothèses tendant au rétablissement de la situation antérieure lors de l'ablation d'une partie du corps, par ex. : la reconstruction du sein après une amputation mammaire (cf. plus spécialement ATF 111 V 234 consid. 3b), la reconstruction d'organes génitaux

après ablation (ATF 120 V 469 consid. 5) ou encore la pose d'une prothèse testiculaire nécessitée par une ablation chirurgicale due à la présence d'une tumeur cancéreuse (ATF 121 V 119), mesures dont le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'elles incombaient obligatoirement aux caisses-maladie. Ces arrêts, bien que rendus sous l'empire de la LAMA, peuvent être transposés, dans le nouveau droit, aux cas où l'extraction de dents pour l'un des motifs prévus rend nécessaire le remplacement de celles-ci par une prothèse (ATF 124 V 196 consid. 2d).

e. Enfin, l'art. 19a OPAS, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1997, concerne les traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales (qui sont énumérées à l'al. 2). Selon l'al. 1, lesdits traitements sont pris en charge par l'assurance lorsqu'ils sont nécessaires après la 20^e année (let. a) ; lorsqu'ils sont nécessaires avant la 20^e année pour un assuré soumis à la LAMal mais qui n'est pas assuré par l'assurance-invalidité fédérale (let. b). L'art. 19a OPAS doit être lu en corrélation avec l'art. 27 LAMal qui dispose qu'en cas d'infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGA) non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie.

8. De jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance est réglée de manière exhaustive aux art. 17 à 19a OPAS (ATF 129 V 80 consid. 1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_364/2010 du 29 octobre 2010 consid. 2.2).
9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

10. 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; 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).
11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment

quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

12. a. En l'occurrence, l'intimée refuse de prendre en charge la réfection de la prothèse (partielle) posée en 1994, à titre d'entretien, ainsi que l'extraction des dents restantes supérieures (11, 12, 21 et 22), mobiles, et leur remplacement par une nouvelle prothèse supérieure.

b. En ce qui concerne la réfection de la prothèse à titre d'entretien, c'est à tort que l'intimée considère que ce traitement n'est pas à la charge de l'AOS, faisant valoir que les soins dentaires prodigués en 1994 n'étaient pas couverts sous l'empire de la LAMA.

À cette époque, selon les renseignements médicaux au dossier, la recourante, atteinte d'un purpura thrombopénique idiopathique, avait subi une splénectomie et bénéficié d'un traitement immunosuppresseur. Dans ce cadre, plusieurs dents avaient été extraites afin d'éliminer les foyers infectieux dû à l'immunosuppression et remplacées par des prothèses amovibles (cf. rapports du Dr C_____ des 12 mars 2015 et 6 octobre 2009, rapport de la Dresse B_____ du 5 décembre 2015). Certes, à ce moment, la LAMA, alors applicable – contrairement à l'art. 19 OPAS, en particulier la let. d, en lien avec l'art. 31 al. 1 let. c LAMal –, ne prévoyait pas la prise en charge desdits traitements. Il n'est toutefois pas exclu qu'INTRAS, la caisse-maladie à laquelle était affiliée la recourante à l'époque, ait fourni les prestations conformément à ses dispositions statutaires ou réglementaires (cf. consid. 4 ci-dessus). Au demeurant, contrairement aux dires de l'intimée selon lesquels la recourante n'a pas prouvé qu'INTRAS avait pris en charge le traitement dentaire en 1994 (i.e. l'extraction de certaines dents et la mise en place d'une prothèse partielle), il ressort du dossier qu'INTRAS a pris en charge des soins dentaires entre 2006 et 2010 (cf. courrier d'INTRAS du 11 février 2010, décomptes de prestations pour des traitements entre 2006 et 2009), soit après l'entrée en vigueur de la LAMal, dont on peut admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'ils étaient une conséquence du traitement subi en 1994. On déduit ainsi de ces documents qu'INTRAS avait pris en charge le traitement prodigué en 1994 ; dans le cas inverse, elle n'aurait pas accepté de prester ultérieurement, dès lors que la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'AOS en cas de maladie est exhaustive. En d'autres termes au degré de la vraisemblance prépondérante à lecture des correspondances produites (cf. ci-dessus en fait ad ch. 11), si INTRAS n'avait pas considéré que les soins dentaires dont la prise en charge était requise entre 2006 et 2010 ne tombaient pas sous le coup des art. 17 à 19 OPAS et qu'ils ne résultaient pas de la problématique survenue en 1994, elle n'aurait pas alloué les prestations y relatives.

Quoi qu'il en soit, l'obligation de prester incombe en principe à l'assureur-maladie qui couvre l'assuré au moment du traitement sujet à remboursement ; en matière d'assurance-maladie en effet, la date de la survenance de la maladie ou de sa première apparition n'est pas décisive pour déterminer l'obligation de prester de l'assurance (ATF 126 V 319 consid. 4a). Ainsi, il incombe à l'intimée, en sa qualité d'assurance-maladie de la recourante au moment des traitements litigieux, de rembourser les frais de ceux-ci pour autant que les conditions de l'art. 31 al. 1 LAMal et de la disposition topique parmi les art. 17 à 19a OPAS soient réunies. Par conséquent, le fait que le traitement dentaire prodigué en 1994 ait été remboursé (ou ne l'ait pas été) par INTRAS n'est de toute manière pas pertinent pour déterminer si, à l'heure actuelle, l'intimée doit prendre en charge les traitements litigieux à la lumière du nouveau droit.

C'est à juste titre que l'intimée a indiqué le 20 novembre 2015 que la nature des affections dont souffrait la recourante en 1994 et les soins dentaires dont elle avait bénéficié à cette époque, préalables et nécessaires à la mise en œuvre du traitement de sa maladie, correspondent à l'état de fait médical mentionné à l'art. 19 let. b OPAS, avant de se rétracter, à tort, dans la décision dont est recours, estimant, cette fois, que ladite disposition entre en ligne de compte lorsqu'une intervention nécessite un traitement immunosuppresseur de longue durée, telle qu'une greffe, ce qui n'avait pas été le cas de la recourante, celle-ci ayant souffert d'un purpura thrombopénique idiopathique. Or, l'intimée omet que la recourante a subi une ablation de sa rate (splénectomie) ainsi qu'un traitement immunosuppresseur entre 1994 et 1998, que le traitement dentaire avait été instauré pour éliminer tout risque de foyer infectieux sous-jacent et que l'art. 19 OPAS couvre précisément ce cas de figure.

Le traitement dont la prise en charge est requise actuellement consiste dans la mise en place d'une nouvelle prothèse, en remplacement de l'appareillage installé en 1994. Les soins dentaires au sens de l'art. 19 OPAS comprennent également la remise en état, dans certaines circonstances, aux frais de l'AOS, d'une prothèse dentaire en mauvais état (arrêt du Tribunal fédéral 9C_712/2007 du 5 février 2008 consid. 4.2). En effet, il va de soi que si le traitement de la maladie grave au sens de l'art. 19 OPAS a requis un soin dentaire préalable, comme en l'espèce – en particulier la nécessité de procéder à l'extraction de dents et le rétablissement de la fonction masticatoire au moyen de prothèses dentaires –, et que l'usure de l'appareil mis en place vingt-et-un ans auparavant (« les prothèses étaient très vieilles et usées » ; cf. rapport de la Dresse B_____ du 5 décembre 2015) nécessite un nouveau traitement prothétique pour conserver la fonction masticatoire, on ne saurait contester à celui-ci le caractère de prestation obligatoire.

On relèvera au passage que, dans l'arrêt K 48/03, cité par l'intimée, qui concernait le cas d'un assuré, qui avait bénéficié de la mise en place en 1982 d'un appareil au titre de mesure médicale nécessaire au traitement d'une infirmité congénitale (fente palatine), prise en charge par l'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a jugé que si

le lien de causalité entre la nécessité d'administrer le nouveau traitement prothétique en 2000 (le premier appareil était usé) et l'infirmité congénitale est donné – point qui nécessitait une instruction complémentaire, car il n'était pas clair si la nouvelle prothèse partielle se rapportait uniquement aux dents ayant fait l'objet de l'appareillage en 1982 ou à d'autres dents –, alors la caisse-maladie devra prendre en charge, au titre de l'AOS, les frais inhérents au traitement prothétique des dents ayant fait l'objet de l'appareillage en 1982. Dans cette affaire, la prise en charge éventuelle du nouveau traitement prothétique en 2000 n'a pas été niée (d'emblée) du fait que l'appareil dentaire avait été mis en place en 1982, soit à une époque où l'art. 19a OPAS, en lien avec les traitements dentaires occasionnés par les infirmes congénitaux, n'était pas encore applicable. Pour rappel, cette disposition est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1997.

En conséquence, si l'appareillage, mis en place sous l'empire de la LAMA, a été dispensé pour des motifs que l'on retrouve dans l'OPAS, comme en l'espèce, alors l'assureur-maladie actuel est tenu de prendre en charge la réfection de l'appareil usé.

Sur le vu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimée a procédé à la *reformatio in pejus* de sa décision du 9 novembre 2016. Le traitement – à hauteur de CHF 4'520.75, sous déduction, le cas échéant, de la participation légale aux coûts (franchise et/ou quote-part) – relatif à la réfection de la prothèse (partielle) posée en 1994 est bel et bien à la charge de l'intimée, conformément à la loi et à la jurisprudence, et non pas seulement à titre de pro forma. En outre, c'est à tort que l'intimée, par pli du 14 avril 2016, après avoir informé la recourante de son acceptation de rembourser le remplacement de la prothèse (partielle), a indiqué qu'elle se déchargeait de toute responsabilité à l'avenir. En effet, le régime de l'assurance obligatoire des soins échappe à la libre disposition des parties (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 27/06 du 9 mai 2007 consid. 4.2). Ainsi, en 2016, l'intimée ne pouvait pas anticiper sur la question de savoir si les conditions légales de la prise en charge d'un traitement futur seraient remplies ou non, étant souligné qu'un assuré a droit aux prestations lorsque les conditions requises par la LAMal sont réunies.

c. S'agissant de l'extraction des dents restantes supérieures (11, 12, 21 et 22), mobiles, et de leur remplacement par une nouvelle prothèse supérieure, l'intimée est d'avis que ce traitement ne relève pas de l'un des états de fait médicaux mentionnés aux art. 17 à 19 OPAS.

Dans son appréciation du 18 avril 2017, le médecin-dentiste conseil a expliqué que le PTI dont était atteinte la recourante est une pathologie due à une destruction des plaquettes dans le cadre d'un processus auto-immun médié par des auto-anticorps et qu'une thrombopénie excessive se manifeste par un syndrome hémorragique qui peut survenir en cas de traumatisme ou de geste traumatique (par ex. : lors d'une extraction dentaire). L'intimée considère que l'extraction desdites dents et la pose de la prothèse n'entrent pas dans la prévision envisagée par l'art. 18 al. 1 let. a ch. 5

OPAS qui se rapporte aux diathèses hémorragiques, les soins dentaires occasionnés par cette maladie se limitant aux traitements permettant de stopper l'hémorragie, ce qui n'inclut pas l'extraction des dents.

Dans la mesure où le Dr C_____ a relevé, dans son rapport du 12 mars 2015, qu'après le traitement, la thrombopénie idiopathique n'avait pas récidivé, ce qui laisse à penser que la recourante ne risque pas de souffrir d'une hémorragie lors de l'extraction de dents, et que la Dresse B_____ n'a pas posé le diagnostic de diathèses hémorragiques, le traitement litigieux ne tombe effectivement pas sous le coup de l'art. 18 al. 1 let. a ch. 5 OPAS.

En revanche, à ce stade, à défaut d'explications circonstanciées, on ignore si le traitement litigieux doit, le cas échéant, être pris en charge par l'intimée sur la base de l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS qui vise les soins dentaires d'une parodontopathie engendrée par les effets secondaires irréversibles de médicaments. Il ressort en effet du dossier que la recourante a suivi un traitement à la cortisone entre 1994 et 1998 (cf. rapport du Dr E_____ du 20 décembre 2016). À cet égard, le médecin-dentiste conseil relève que l'administration de corticoïdes de longue durée peut entraîner des complications osseuses. Le 20 mars 2017, la Dresse B_____ a mentionné que la radiographie montrait une perte osseuse conséquente autour des quatre dents supérieures (11, 12, 21 et 22). Cela étant, le médecin-dentiste conseil conclut qu'il paraît fort probable que toute dégradation parodontale en relation avec les corticoïdes se serait déjà présentée à l'époque et que la progression de la parodontite chez la recourante aurait pu être évitée par des mesures d'hygiène bucco-dentaire. Or, outre le fait que, selon la Dresse B_____, l'hygiène bucco-dentaire de la patiente était adéquate, le médecin-dentiste conseil, alors qu'il reconnaît que la prise de corticoïdes de longue durée peut entraîner des complications osseuses, n'explique nullement si cette médication, dont les doses étaient importantes (cf. rapport précité du Dr E_____, qui ne précise toutefois pas la quantité effective), a eu (ou non) des effets sur les quatre dents supérieures restantes, étant rappelé que l'imagerie a révélé une perte osseuse conséquente autour desdites dents – dont on ignore la cause.

À cet égard, le fait que le Dr D_____ ait le 26 juin 2009 indiqué que l'extraction de la dent 23 ne relevait pas des art. 17 à 19 OPAS n'est pas déterminant, en l'absence d'explications, pas plus que ne l'est le commentaire (sommaire) de la Dresse B_____ quant au lien de causalité entre la parodontite et la maladie ou les médicaments pris à l'époque, qu'elle estime ne pas pouvoir prouver. Cette dentiste, qui a vu la recourante pour la première fois le 9 juillet 2015, n'a pas indiqué s'être renseignée auprès des Drs C_____, qui suit la recourante depuis 1993, et D_____, ancien médecin-dentiste traitant. Son commentaire, non motivé, ne permet pas de savoir si les corticoïdes, utilisés à haute dose (d'après le Dr E_____) et à long terme, ont eu (ou non) des effets sur la parodontite constatée chez la recourante. Ainsi, contrairement à ce que prétend l'intimée, le simple fait que la Dresse B_____ ait indiqué qu'elle ne peut pas prouver (un éventuel) lien de

causalité – sans doute à défaut d’avoir procédé à des investigations – ne signifie guère que, selon la dentiste traitante, la relation causale n’était pas établie. Il appartenait à l’intimée, conformément au principe inquisitoire, d’établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, si et dans quelle mesure les corticoïdes administrés entre 1994 et 1998 étaient la cause (ou non) des mobilités dentaires (11, 12, 21 et 22), singulièrement de l’extraction desdites dents et de la pose de la prothèse (supérieure) qui s’en sont suivies (cf. dans ce sens : arrêt du Tribunal fédéral 9C_580/2012 du 27 février 2013 consid. 4.2).

En conséquence, il convient de renvoyer la cause à l’intimée pour complément d’instruction, auprès d’un médecin indépendant, afin qu’il réponde aux questions demeurées en suspens. Ceci fait, l’intimée statuera à nouveau en ce qui concerne la prise en charge éventuelle de l’extraction des dents supérieures (11, 12, 21 et 22) et de leur remplacement par une nouvelle prothèse supérieure.

13. a. Dans l’hypothèse où il s’avérerait que les corticoïdes administrés entre 1994 et 1998 n’ont pas causé la mobilité des dents susmentionnées, il y a encore lieu d’examiner, par économie de procédure, si l’intimée était néanmoins tenue de rembourser le traitement litigieux, en vertu du principe de la protection de la bonne foi, dont la recourante se prévaut.

b. Le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu’il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu’il a réglé sa conduite d’après une décision, des déclarations ou un comportement déterminé de l’administration. Ainsi, un renseignement ou une décision erronés de l’administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l’autorité soit intervenue dans une situation concrète à l’égard de personnes déterminées, (b) qu’elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, (c) que l’administré n’ait pas pu se rendre compte immédiatement de l’inexactitude du renseignement obtenu, (d) qu’il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et (e) que la réglementation n’ait pas changé depuis le moment où l’assurance a été donnée (ATF 131 II 636 consid. 6.1).

c. En l’espèce, les conditions prévalant à l’application des règles de la bonne foi ne sont pas réunies. En effet, en réponse à la demande de prise en charge du 16 juillet 2015, accompagnée d’un devis, par courrier du 21 août 2015, l’intimée a fait savoir à la recourante qu’elle refusait de prester, refus qui se rapportait également aux coûts de l’extraction des dents supérieures 11, 12, 21 et 22 et de la mise en place d’une prothèse supérieure. Par pli du 20 novembre 2015, l’intimée a réitéré l’absence de prise en charge pour les soins ici en cause. La recourante a donc été informée, avant le début du traitement dont la prise en charge est requise, du refus de prestations, de sorte qu’on ne saurait considérer qu’elle a pris des dispositions auxquelles elle ne peut renoncer sans préjudice. À cet égard, le fait que l’intimée ait remboursé la facture de CHF 498.85 concernant un traitement dentaire pour la

période du 27 juillet au 2 août 2016 n'est pas relevant. Le refus de prise en charge relatif aux dents supérieures selon le devis présenté précédait le début de ce traitement. Si, le 11 juillet 2017, la recourante a transmis à l'intimée des factures afférentes au traitement dentaire (complet) portant sur la période du 12 juin 2015 au 13 juin 2016, cela signifie qu'elle avait en réalité commencé le traitement avant même que l'intimée ne se prononce à ce sujet. On ne peut dès lors pas reprocher à l'intimée d'avoir créé une attente légitime à l'égard de son assurée.

Une telle attente ou assurance ne peut pas non plus être déduite de l'argumentation de la recourante selon laquelle d'autres frais dentaires lui avaient été remboursés auparavant par INTRAS, notamment entre 2006 et 2009. En effet, contrairement à ce que paraît croire la recourante, INTRAS (i.e. INTRAS Assurance-maladie SA), caisse-maladie, inscrite depuis le 26 juin 2008 au registre du commerce du canton de Vaud n'a pas fusionné avec l'intimée (i.e. CSS Assurance-maladie SA), autre caisse-maladie, inscrite au registre du commerce du canton de Lucerne depuis le 5 juin 2003. Toutes deux sont affiliées au Groupe CSS (cf. l'organigramme présenté sur le site Internet du Groupe CSS https://www.css.ch/fr/home/ueber_uns/unternehmen/gruppengesellschaft.html, qui est constitué de la CSS Holding SA et de ses sociétés affiliées. C'est le Groupe CSS qui avait repris INTRAS avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2008 (cf. communiqué du 29 mai 2008, CSS et INTRAS: les autorités de surveillance autorisent le regroupement ; <https://www.presseportal.ch/fr/pm/100003522/100562804>) et non l'intimée. Le fait qu'INTRAS, à laquelle était affiliée la recourante à l'époque, ait fourni des prestations pour des soins dentaires ne permet pas d'établir qu'une promesse de prise en charge pour des prestations futures aurait été donnée – l'étendue de la prise en charge des prestations par l'assurance-maladie obligatoire découle par ailleurs des dispositions de la LAMal, si bien que les conditions de remboursement diffèrent d'un traitement à un autre –, d'autant moins qu'INTRAS et l'intimée, bien qu'elles soient toutes deux membres du Groupe CSS, sont deux entités juridiques distinctes. Les décisions antérieures d'INTRAS n'engagent donc pas la responsabilité de l'intimée.

Partant, dans l'éventualité où les corticoïdes administrés entre 1994 et 1998 n'ont pas causé la mobilité des dents supérieures 11, 12, 21 et 22, la recourante ne pourra pas, au vu des développements qui précèdent, se fonder sur le principe de la bonne foi pour obtenir malgré tout la prise en charge de l'extraction desdites dents et de la mise en place d'une prothèse supérieure.

14. a. Enfin, la recourante réclame des intérêts moratoires à 5 % l'an dès le 15 juin 2017 sur la somme de CHF 4'772.60.
- b. Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

Le point de départ du délai de vingt-quatre mois correspond au moment de la naissance du droit. Pour chaque prestation, il faut consulter la loi spéciale applicable pour déterminer à quel moment naît le droit à cette prestation (Sylvie PÉTREMAND, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 36 ad art. 26 LPGA). En matière d'assurance-maladie, c'est la date du traitement qui est déterminante pour fixer l'obligation éventuelle de prester de l'assureur (ATF 126 V 319 consid. 4a).

Compte tenu des deux délais prévus à l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus au plus tôt douze mois après que l'assuré a fait valoir son droit, dans la mesure où, à ce moment-là, le délai de vingt-quatre mois depuis la naissance du droit est écoulé (PÉTREMAND, op cit., n. 38 ad art. 26 LPGA).

c. En l'occurrence, l'intimée est tenue de rembourser les honoraires relatifs aux soins portant sur la réfection de la prothèse partielle posée en 1994, évalués à CHF 4'520.75. Ces soins ont été réalisés le 6 août 2015 (cf. facture du 13 octobre 2015). Ainsi, la recourante peut prétendre à un intérêt moratoire dès le 1^{er} août 2017, soit le premier jour du mois durant lequel le délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit a expiré (cf. art. 7 al. 2 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 [OPGA – RS 830.11]), étant précisé qu'au 1^{er} juillet 2016, soit douze mois après la demande de prise en charge du 16 juillet 2015, le délai de vingt-quatre mois n'était pas encore écoulé.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et l'intimée condamnée à rembourser à la recourante la somme de CHF 4'520.75, correspondant à la réfection de la prothèse partielle posée en 1994, sous déduction le cas échéant de la franchise et de la quote-part à la charge de la recourante, avec intérêts de 5% dès le 1^{er} août 2017. La cause est également renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision en ce qui concerne la prise en charge éventuelle de l'extraction des dents supérieures 11, 12, 21 et 22 et de la mise en place d'une prothèse supérieure.
16. Au vu de l'issue du recours, l'audition de la dentiste traitante, offerte par la recourante, est, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c), inutile, de sorte que la chambre de céans n'y donnera pas suite.
17. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), arrêtée en l'espèce à CHF 1'500.-.

Pour le surplus, 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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 18 juillet 2017.
4. Condamne l'intimée à rembourser à la recourante la somme de CHF 4'520.75, correspondant à la réfection de la prothèse partielle posée en 1994, sous déduction le cas échéant de la franchise et de la quote-part à la charge de la recourante, avec intérêts de 5% dès le 1^{er} août 2017.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision en ce qui concerne la prise en charge éventuelle de l'extraction des dents supérieures 11, 12, 21 et 22 et de la mise en place d'une prothèse supérieure.
6. Alloue à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens, à la charge de l'intimée.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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