



POUVOIR JUDICIAIRE

A/630/2018

ATAS/94/2020

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

**Arrêt du 11 février 2020**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

HOIRIE DE FEU A\_\_\_\_\_, domicilié à GENTHOD, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Yvan JEANNERET

recourante

contre

AVENIR ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise  
rue des Cèdres 5, MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1947, est assuré depuis 1998 auprès de AVENIR ASSURANCE MALADIE SA pour l'assurance obligatoire des soins. Il est également au bénéfice de quatre assurances complémentaires, en cas d'hospitalisation, pour les médecines alternatives et pour les soins complémentaires.
2. Par décision du 9 avril 2008, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité, au motif qu'il souffre d'une récurrence d'un cancer de la prostate avec métastases osseuses et d'un diabète de type B, notamment. Cette décision a été confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - le 26 août 2010 (ATAS/872/2010), puis par le Tribunal fédéral le 5 juillet 2011 (9C\_844/2010).
3. L'assuré a séjourné à la Clinique Paracelsus Clinica dans les Grisons du 9 au 29 avril 2017. Un devis avait été établi le 30 mars 2017 et transmis à l'assureur pour un montant de CHF 2'653.40 concernant les prestations LAMal.

L'assuré a adressé quinze factures de la clinique à l'assureur pour un total de CHF 11'521.05, ainsi qu'une facture datée du 29 avril 2017, confirmant ce montant de CHF 11'521.05 pour les soins médicaux « medical services » et fixant celui de l'hébergement en pension complète « accomodation with full board » à CHF 2'718.38. Des décomptes de prestations ont été établis par l'assureur les 12 et 17 mai 2017, selon lesquels la prise en charge de l'intégralité de certaines des factures était refusée.

4. Par courriel du 29 mai 2017, l'assureur a indiqué que quatre factures avaient été pénalisées à 50% en raison de l'absence du bon de délégation, mais annoncé que celui-ci ayant entretemps été enregistré, la correction y relative sera prochainement apportée. Il a également informé l'assuré de ce que certaines thérapies, dont la prise en charge avait été initialement refusée, pouvaient en réalité l'être, de sorte qu'un décompte rectificatif serait établi. Ce décompte a été adressé à l'assuré le 2 juin 2017.
5. Par décision du 28 novembre 2017, l'assureur, se référant aux différents courriels échangés, a rappelé que « sur les factures de la Paracelsus Clinica, seules les prestations à charge de l'AOS sont remboursées par votre assurance de base, en déduction des participations légales ».

Il a admis que ses décomptes rectificatifs allaient faire l'objet d'adaptations afin qu'ils soient plus clairs pour les assurés, mais a précisé que « les décomptes déjà émis et ceux effectués avant la mise en production des nouveaux décomptes resteront inchangés ». Il a à cet égard rappelé qu'il avait demandé à l'assuré de le contacter par téléphone afin qu'il puisse répondre précisément à toutes ses demandes d'une manière regroupée et circonstanciée, ajoutant que « nous aurions pu effectuer une analyse détaillée de la prise en charge de vos factures au fur et à mesure de vos questions, ce qui reste difficile par échange de courriel ».

6. L'assuré a formé opposition le 23 décembre 2017. Il reproche à l'assureur de ne pas lui avoir donné de réponse claire, vu les descriptions inexistantes ou laconiques contenues dans ses décomptes et sa correspondance.

7. Par décision du 23 janvier 2018, l'assureur a rejeté l'opposition.

Il a expliqué que les traitements facturés avec des positions de la tarification des médecins (Tarmed) avaient été pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, que s'agissant des médicaments, du matériel facturé et des analyses de laboratoire, un contrôle était effectué afin de savoir si ces derniers étaient ou non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Il a joint à sa décision sur opposition un tableau sur la base duquel ont été traitées les factures de la Paracelsus Clinica en ne mentionnant que les prises en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins.

8. L'assuré, représenté par Me Yvan JEANNERET, a interjeté recours le 22 février 2018 contre ladite décision sur opposition. Il considère que les frais médicaux relatifs au traitement de son cancer doivent être pris en charge par l'assureur au titre de l'assurance maladie obligatoire des soins et rappelle à cet égard que le séjour et les thérapies effectués auprès de Paracelsus Clinica s'inscrivent précisément dans le traitement du cancer de la prostate dont il est atteint.

Il conclut à ce que l'assureur soit condamné à lui payer la somme de CHF 9'279.73, représentant la différence entre la totalité des frais médicaux (CHF 14'177.55) et le montant remboursé (CHF 4'897.82).

9. Dans sa réponse du 14 juin 2018, l'assureur a rappelé que deux devis lui avaient été adressés à la fin du mois de mars 2017, s'agissant des traitements auprès de Paracelsus Clinica, le premier concernant les prestations dites LAMal de CHF 2'653.40 et le second, les prestations dites LCA de CHF 11'333.65.

Il a repris la liste des factures LAMal. Il a indiqué qu'il les avait prises en charge dans leur totalité, déduction faite de la quote-part, ce qui représentait un montant total de CHF 2'152.01, - montant dont il a relevé qu'il correspondait à la fourchette prévue par le devis qui lui avait été adressé en mars 2017, de CHF 2'653.40 -. Il a procédé de même pour les factures, dont il considère qu'elles relèvent de la LCA. Il a expliqué pour chacune d'entre elles pour quelles raisons certains frais n'avaient pas été pris en charge.

Il a conclu au rejet du recours.

10. Le 10 juillet 2018, l'assuré a déclaré qu'il ne souhaitait pas répliquer aux écritures de l'assureur.

Par courrier du 18 juillet 2018, la chambre de céans l'a toutefois invité à se déterminer sur les explications fournies par l'assureur le 14 juin 2018, dès lors qu'il reprochait à ce dernier de n'avoir pas « clairement démontré que les traitements suivis ne devaient pas être pris en charge ».

11. Dans sa réplique du 17 août 2018, l'assuré a relevé que le cumul de couvertures était source de confusion, qu'il avait sollicité de l'assureur, à répétées reprises, qu'il détaille sa prise en charge, afin de comprendre quelles prestations étaient couvertes - ou devraient l'être - et à quel titre. Il avait alors reçu des informations contradictoires - voire erronées -, ce qui l'avait contraint à saisir la chambre de céans d'un recours, afin que l'étendue de la participation de l'assureur en sa qualité d'assurance obligatoire des soins puisse être déterminée. Cet éclaircissement lui permettrait de réclamer ensuite la prise en charge des prestations couvertes par les assurances complémentaires dont il bénéficiait auprès du même assureur.
12. Par courrier du 10 septembre 2018, l'assureur a rappelé qu'il ne pratiquait que l'assurance obligatoire des soins et ne proposait pas d'assurance complémentaire, précisant que les assurances complémentaires conclues par l'assuré l'avaient été auprès de Mutuel Assurances SA ou auprès du Groupe Mutuel assurance - GMA SA.
13. Le 26 septembre 2018, l'assuré a constaté que la réponse de l'assureur montrait bien la confusion qui régnait entre les différents assureurs du Groupe Mutuel. Il répète qu'il est essentiel d'établir l'étendue de la participation de l'assureur en sa qualité d'assurance obligatoire des soins, de sorte qu'il pourra ensuite réclamer du Groupe Mutuel et de ses entités concernées la prise en charge des prestations non couvertes par l'assurance de base.
14. Par courrier du 27 février 2019, Me JEANNERET a informé la chambre de céans que l'assuré était décédé le \_\_\_\_\_ 2019. Il a communiqué le certificat d'héritier le 13 mars 2019.
15. Le 22 mars 2019, la chambre de céans a interrogé les héritiers sur le point de savoir s'ils souhaitaient retirer le recours ou poursuivre la procédure.
16. Madame A\_\_\_\_\_, épouse de l'assuré, Madame B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, ses enfants, les 3, 4 et 5 avril 2019 respectivement, ont indiqué qu'ils souhaitaient poursuivre la procédure en sa mémoire.
17. Par courrier du 30 avril 2019, la chambre de céans a informé les trois héritiers que la cause avait été gardée à juger.
18. Le 10 juillet 2019, Me JEANNERET a annoncé que ceux-ci lui avaient confié la défense de leurs intérêts.
19. Sur ce, la cause a 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 loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur l'étendue de la participation de l'assureur en sa qualité d'assurance obligatoire des soins, et plus particulièrement sur la question de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des traitements dispensés à l'assuré lors de son séjour à la Paracelsus Clinica.
4. Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire de soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les médicaments prescrits par un médecin (al. 2 let. b). 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.

Aux termes de l'art. 32 LAMal,

« <sup>1</sup> Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

<sup>2</sup> L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement ».

L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 130 V 532 consid. 2.2; 128 V 159 consid. 5c/aa). L'efficacité d'un médicament – soit son utilité thérapeutique – doit être démontrée de manière scientifique. À cet égard, il ne suffit pas de se fonder sur les résultats concrets du traitement dans un cas isolé mais bien d'apprécier l'efficacité des résultats obtenus par un traitement de manière générale et non en fonction d'un cas isolé. En sus des méthodes purement scientifiques, on peut également se fonder par exemple sur des statistiques. L'essai clinique est la méthode la plus fiable pour amener la preuve de l'efficacité, mais les effets d'une thérapie doivent pouvoir être constatés de manière objective, le résultat doit être reproductible, et le lien de causalité entre l'agent thérapeutique et son effet doit être démontré (ATF 133 V 115 consid. 3.2.1). En matière de formation scolaire spéciale de l'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a par exemple admis que le caractère scientifiquement reconnu d'une méthode pouvait ressortir d'une expertise ou de la littérature spécialisée (ATF 123 V 53 consid. 2 b/cc). Si la notion du caractère scientifiquement reconnu a été remplacée par celle de l'efficacité lors de la révision de l'assurance-maladie afin de tenir

---

compte des traitements relevant de médecines complémentaires (Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 77 p. 140), cette jurisprudence reste néanmoins valable en tant qu'elle porte sur la nature des preuves scientifiques admissibles.

La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c).

Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2).

Ces critères doivent également s'appliquer lorsqu'il s'agit de déterminer sous l'angle de l'efficacité, laquelle de deux mesures médicales entrant alternativement en ligne de compte doit être choisie au regard de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 304 consid. 6.1).

5. a. Pour garantir que les prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire remplissent les exigences de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique, l'art. 33 LAMal prévoit un système pour désigner les prestations susceptibles d'être prises en charge. Ce système distingue selon le type de fournisseurs de prestations et/ou selon la nature de la prestation dispensée et est concrétisé par l'art. 33 OAMal (ATF 129 V 167 consid. 3.2 p. 170). En ce qui concerne les prestations énumérées à l'art. 25 al. 2 let. b LAMal (analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques), le législateur a prévu un système dit de liste positive, qui est à la fois exhaustif et contraignant, à la différence du catalogue de certaines prestations fournies par les médecins de l'Annexe 1 à l'OPAS (cf. ATF 130 V 532 consid. 3.4; 129 V 167 consid. 3.4 p. 172 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_912/2010).
- b. Sur la base de la délégation de compétence de l'art. 33 al. 1 et 5 LAMal, le Conseil fédéral, soit pour lui le Département fédéral de l'intérieur, a établi la liste des prestations fournies par des médecins dont les coûts ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire ou ne le sont qu'à certaines conditions (art. 33 let. a OAMal , art. 1 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 [Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31] et son annexe 1).
- c. Conformément à l'art. 52 al. 1 let. b LAMal (en corrélation avec les art. 34 et 37e OAMal), l'Office fédéral de la santé publique, après avoir consulté la Commission fédérale des médicaments et conformément aux principes des

---

art. 32 al. 1 et 43 al. 6 LAMal, établit une liste, avec des prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités, annexe 4 de l'OPAS). Aux termes de l'art. 73 OAMal, l'admission dans une liste peut être assortie d'une limitation; celle-ci peut notamment se rapporter à la quantité ou aux indications médicales. De telles limitations constituent des instruments de contrôle de l'économicité et non pas une forme de rationalisation des prestations (RAMA 2001 p. 158 consid. 2d; Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, *in*: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Soziale Sicherheit, p. 101, n. 436). Elles ont également pour but d'exclure ou de limiter la possibilité d'utiliser de manière abusive des médicaments de la liste des spécialités (ATF 129 V 32 consid. 5.2 ; K 156/01 consid. 3.3.1 ; ATF 128 V 159).

6. La liste des spécialités a un caractère à la fois exhaustif et contraignant. La prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire d'une prestation correspondant à une analyse, un appareil ou un moyen, ou encore un produit thérapeutique suppose en principe que l'analyse, respectivement le moyen, l'appareil ou le médicament en cause, figure dans la liste des analyses (LAna, annexe 3 de l'OPAS), respectivement la liste des moyens et appareils (LiMA, annexe de l'OPAS) ou la liste des spécialités. En d'autres termes, le système légal exclut la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une prestation sous forme d'analyse, d'appareil, de moyen ou encore de produit thérapeutique si elle n'est pas mentionnée dans la LAna, respectivement la LiMA ou la liste des spécialités (RAMA 2003 p. 299, consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 147/06 du 9 janvier 2008 consid. 4.1). En particulier, même si un médicament, qui ne figure pas sur la liste des spécialités (ou la liste des médicaments avec tarif) est prescrit par un médecin et est efficace, approprié et économique au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, il n'a pas à être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 134 V 83 consid. 4.1).
7. a. Les conditions de mise sur le marché d'un médicament sont réglées notamment par la loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (LPTh ; RS 812.21) et se rapportent toujours à des indications médicales précises. La prescription d'un médicament pour des indications autres que celles prévues par l'autorisation et reprises dans le compendium suisse des médicaments, dite prescription "hors étiquette" ou *off label*, n'est en principe pas soumise à l'obligation de remboursement par l'assurance-maladie (ATF 130 V 542 consid. 5.4.2 et 6). Des exceptions à ce principe existent lorsqu'il y a un complexe thérapeutique ou dans le cas d'une maladie potentiellement fatale ou entraînant des problèmes de santé graves et chroniques et pour laquelle il n'existe pas d'autre traitement efficace (ATF 136 V 395 consid. 5.2). Dans ce dernier cas, le médicament doit toutefois présenter une utilité thérapeutique importante (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 83/04 du 2 mai 2005 consid. 2.2).
- b. À la suite de l'adoption du postulat 10.3261 "Prise en charge des médicaments hors étiquette et maladies orphelines" déposé par le Conseiller aux États Didier BERBERAT, le Conseil fédéral a accepté de modifier l'OAMal afin d'y intégrer les

exceptions reconnues par le Tribunal fédéral au principe de la liste afin de donner un signal sur l'importance de la mise en pratique de ces exceptions (BO 2010 CE 843). Il a ainsi édicté l'art. 71a et 71b OAMal, entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2011.

L'art. 71a OAMal régit désormais la prise en charge des coûts d'un médicament admis dans la liste des spécialités et utilisé pour d'autres indications que celles autorisées dans l'information professionnelle ou prévues par la limitation. La teneur de l'alinéa premier est la suivante: l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'un médicament admis dans la liste des spécialités et utilisé pour une autre indication que celle autorisée par l'institut ou prévue par la limitation fixée dans la liste des spécialités, au sens de l'art. 73, si :

- l'usage du médicament constitue un préalable indispensable à la réalisation d'une autre prestation prise en charge par l'assurance obligatoire des soins et que celle-ci est largement prédominante (let. a).
- ou si l'usage du médicament permet d'escompter un bénéfice élevé contre une maladie susceptible d'être mortelle pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques et que, faute d'alternative thérapeutique, il n'existe pas d'autre traitement efficace autorisé (let. b).

Elle prend en charge les coûts du médicament seulement si l'assureur a donné une garantie spéciale après avoir consulté le médecin-conseil (art. 71a al. 2). Le rapport entre la somme à rembourser et le bénéfice thérapeutique du médicament doit être adéquat. L'assureur fixe le montant du remboursement. Le prix maximal est celui qui figure dans la liste des spécialités (art. 71a al. 3).

L'art. 71b OAMal régleme la prise en charge des coûts d'un médicament ne figurant pas dans la liste des spécialités. Il dispose que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'un médicament prêt à l'emploi autorisé par l'institut lorsqu'il ne figure pas sur la liste des spécialités et qu'il est utilisé pour les indications mentionnées sur la notice ou en dehors de celles-ci, si les conditions mentionnées à l'art. 71a, al. 1, let. a ou b, sont remplies (al. 1). Elle prend en charge les coûts d'un médicament non autorisé par l'institut mais pouvant être importé selon la LPT si les conditions mentionnées à l'art. 71a, al. 1, let. a ou b, sont remplies et que le médicament est autorisé pour l'indication correspondante par un État ayant institué un système équivalent d'autorisation de mise sur le marché reconnu par l'institut (al. 2). Elle prend en charge les coûts du médicament (al. 3).

Ces nouvelles dispositions sont certes plus restrictives que la jurisprudence dès lors qu'elles exigent notamment que le médicament ait été autorisé pour une indication similaire dans un autre pays, ce qui ne ressort pas expressément de la jurisprudence qu'elles étaient censées codifier. Elles n'affectent cependant pas la portée des exceptions consenties par la jurisprudence dans les cas qu'elles ne règlent pas expressément, par exemple celui d'un médicament autorisé à l'étranger pour une

utilisation thérapeutique différente de celle à laquelle il est destiné dans le cas d'espèce.

8. 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 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; ATF I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).
9. a. En l'espèce, l'assuré souhaitait que soit éclaircie la question de l'étendue de la participation de l'assureur en sa qualité d'assurance obligatoire des soins, s'agissant des factures relatives à son séjour du 9 au 29 avril 2017 à la Paracelsus Clinica. Il se plaignait de n'être en mesure ni de vérifier l'exactitude des décomptes, ni de se déterminer sur les motifs de refus invoqués par l'assureur pour ne pas entrer en matière. Il reprochait à l'assureur de ne pas lui avoir donné de réponse claire, vu les descriptions inexistantes ou laconiques contenues dans ses décomptes et sa correspondance principalement et d'avoir refusé la prise en charge de certaines prestations sans en expliquer clairement les motifs.

Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 124 V 90 consid. 2 notamment).

b. Selon l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre aux exigences de motivation, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties (ATF 129 I 232 consid. 3.2; ATF 126 I 97 consid. 2b).

La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à

l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa ; ATF 124 V 181 consid. 1a ; ATF 124 V 375 consid. 3b et les références).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 132 consid. 2b et les références).

c. Force est de constater en l'espèce que l'assureur a créé une certaine confusion, en adressant à l'assuré ses décomptes des 12 et 17 mai 2017, puis son décompte rectificatif du 2 juin 2017. Il a du reste lui-même admis, d'une façon générale, que ses décomptes n'étaient pas clairs pour les assurés et a indiqué que ceux-ci allaient à l'avenir être améliorés. Il convient toutefois de relever que si le décompte du 2 juin 2017 se borne à mentionner les montants pris en charge sans aucune motivation, ceux des 12 et 17 mai 2017 précisent les raisons pour lesquelles certains frais sont écartés de l'assurance obligatoire des soins. L'assureur a par ailleurs complété ces explications de façon encore plus détaillée dans sa décision sur opposition du 23 janvier 2018 en établissant un tableau, puis dans ses écritures des 14 juin et 10 septembre 2018.

Il sied à ce stade d'examiner si une violation du droit d'être entendu a néanmoins été commise par l'assureur.

10. a. Dans son recours, l'assuré allègue avoir déboursé CHF 14'249.43 conformément à une facture datée du 29 avril 2017. Selon l'assureur, cette facture ne comporte pas le nom du fournisseur de soins, ne remplit pas les exigences des tarifications TARMED et comporte de nombreuses prestations non médicales.

b. Il y a toutefois lieu de relever que cette facture de CHF 14'249.43 ne fait que récapituler, d'une part, les quinze factures que l'assuré a transmises à l'assureur pour un total de CHF 11'521.05, et comprend, d'autre part, des prestations relevant des frais de séjour. Il va de soi que ces prestations ne concernant pas l'assurance obligatoire des soins, l'assureur n'a pas à les prendre en charge.

c. Reste en conséquence à examiner de quelle manière l'assureur a traité ces quinze factures ayant fait l'objet des décomptes des 12 et 17 mai 2017 et du décompte rectificatif du 2 juin 2017.

c/aa. Il y a lieu de constater, sur la base du tableau annexé à la décision sur opposition du 23 janvier 2018, que les factures de CHF 44.70, CHF 553.-, CHF 127.85, CHF 1'074.55, CHF 11.20 et CHF 26.90 ont été intégralement remboursées par l'assureur. D'autres factures n'ont été prises en charge que partiellement, à savoir :

- celle de CHF 2'398.30, à hauteur de CHF 4.05
- celle de CHF 2'646.90, à hauteur de CHF 159.90
- celle de CHF 2'982.80, à hauteur de CHF 55.70
- celle de CHF 210.60, à hauteur de CHF 12.50
- et celle de CHF 314.50, à hauteur de CHF 300.90

Au total, l'assureur, selon son tableau, a remboursé CHF 2'371.25, alors que dans sa réponse du 14 juin 2018, il affirme avoir versé CHF 2'152.01.

Il a par ailleurs refusé de prendre en charge les factures de CHF 244.35, CHF 225.-, CHF 172.40 et de CHF 702.-, ce, en application du ch. 10 de l'annexe 1 OPAS (médecines complémentaires), de l'art. 65 OAMal (liste spéciale des médicaments) et de la LiMa de l'annexe 2 OPAS pour le matériel, et celle de CHF 11.-, parce que correspondant à des frais de port et d'emballage.

L'assureur indique ainsi, d'une façon générale, quelles sont les dispositions qu'il entend appliquer, sans préciser pour chacune des factures, quel médicament est pris en charge et quel ne l'est pas.

c/bb. Du décompte rectificatif du 2 juin 2017 en revanche, il résulte que les factures intégralement remboursées selon le tableau susmentionné ne l'ont en réalité été que partiellement (exemple : celle de CHF 1'074.55 pour CHF 483.49 et de CHF 553.- pour CHF 248.80), ce sans explication.

Les montants figurant sur le tableau, d'une part, et sur le décompte du 2 juin 2017, d'autre part, sont également différents pour :

- la facture de CHF 2'398.30, prise en charge pour CHF 4.05, qui l'aurait en réalité été pour CHF 483.99.
- la facture de CHF 2'646.90, prise en charge pour CHF 159.90, qui l'aurait en réalité été pour CHF 704.72.
- la facture de CHF 2'982.80, prise en charge pour CHF 55.70, qui l'aurait en réalité été pour CHF 691.84.

À noter qu'il n'est pas question dans le décompte du 2 juin 2017 des factures de CHF 210.60 et de CHF 314.50.

Quant à la facture de CHF 2'656.50, l'assureur en avait demandé la copie à l'assuré pour se déterminer. On ignore si elle a d'ores et déjà été transmise.

Force est en conséquence de conclure à une violation du droit d'être entendu commise par l'assureur, au vu de la motivation lacunaire et des contradictions relevées entre le tableau annexé à la décision sur opposition du 23 janvier 2018 et le décompte rectificatif du 2 juin 2017.

11. Aussi le recours est-il admis et la cause renvoyée à l'assureur à charge pour lui d'établir un décompte de prestations clair, détaillé et motivé.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Renvoie la cause à l'assureur, à charge pour lui d'établir un décompte de prestations clair, détaillé et motivé.
4. Condamne l'assureur à verser à l'hoirie la somme de CHF 1'500.-, à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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