

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mai 2011

Présidence de Mme PASCHE, juge unique
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

U._____, à Morges, recourante, représentée par Orion Assurance de
Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

F._____, à Martigny, intimée.

Art. 29 al. 2 Cst.; 34 al. 2 LAMal; 36 al. 1 et 2 OAMal

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après: l'assurée), née en 1958, est assurée auprès de F._____ (ci-après: la caisse), membre du P._____, pour l'assurance obligatoire des soins, avec en 2009 une franchise annuelle de 1'000 francs.

A la suite d'un séjour en Egypte en juin 2009, l'assurée a adressé à la caisse une facture datée du 10 juin 2009 concernant un traitement médical suivi dans ce pays, d'un montant de 510 euros, ramené à 450 euros avec la mention «after discount».

Le 4 novembre 2009, à réception de la facture susmentionnée, la caisse a invité l'assurée à remplir un questionnaire intitulé «Traitement médical à l'étranger». L'assurée a retourné ce questionnaire, dûment rempli et signé le 9 novembre 2009. Elle y mentionnait avoir séjourné en Egypte du 3 au 14 juin 2009, pour des vacances, et avoir reçu des soins à l' [...], donnés par le Dr V._____. A la question «Diagnostic précis de l'affection médicale?», l'assurée a répondu «intoxication sévère - déshydratation avancée due aux vomissements + diarrhées, céphalées importantes». Le traitement avait duré deux jours, soit les 9 et 10 juin 2009, sans qu'il n'y ait une hospitalisation. A la question «Les factures médicales ont-elles été payées comptant, par carte de crédit, par chèque? (Joindre une preuve de paiement comme par exemple un justificatif bancaire ou postal confirmant le paiement des notes ou la preuve du retrait de liquidités pour effectuer le paiement comptant)», l'assurée a apporté la réponse suivante: «Comptant - argent pris en Suisse, pas de justificatif, notre cpte bancaire».

Par courrier du 19 novembre 2009, la caisse a informé l'assurée que sa facture était encore en suspens et qu'elle avait mandaté son partenaire à l'étranger afin de vérifier que les tarifs pratiqués par le fournisseur de soins consultés ne soient pas abusifs et correspondent à la norme de la région du pays dans lequel elle avait séjourné.

Le 5 mai 2010, Mondial Assistance a transmis à la caisse les informations suivantes:

«01. Le centre médical/centre hospitalier/cabinet médical/existe-il?

Oui, « [...] » existe.

02. Le médecin facturant y exerce-t-il régulièrement son activité?

Le médecin facturant est le médecin de l'hôtel qui travaille pour l'hôpital.

03. Existe-il un site internet de référence pour ce centre médical/centre hospitalier/cabinet médical? Si oui, quelle est l'adresse internet?

www. [...].com (le site internet est actuellement hors service)

04. Le centre médical/centre hospitalier/cabinet médical/ est-il équipé pour dispenser le traitement facturé?

L'hôpital est seulement équipé pour les traitements faciles.

05. Le centre médical/centre hospitalier/cabinet médical mentionné sur la facture est-il reconnu par la sécurité sociale du pays? Si non, quel est son status (hôpital privé subventionné, hôpital privé non subventionné,...)

Il s'agit d'un hôpital privé.

[...]

07. L'assuré(e) a-t-il (elle) été en traitement chez le médecin facturant/centre médical/centre hospitalier/cabinet médical aux dates mentionnées sur la (les) factures(s)?

Non, ni le docteur de l'hôtel ni l'hôpital « [...] » se souviennent de la patiente. L'hôpital a confirmé qu'ils n'ont pas d'informations sur cette patiente et qu'elle n'était pas traitée dans cet hôpital.

08. Quel est le diagnostic médical précis donné par le médecin traitant? (attention! la simple mention «maladie» ou «accident» n'est pas suffisante)

Le diagnostic est gastroentérite selon le rapport médical.

09. S'agit-il d'un traitement vraiment urgent ou celui-ci aurait pu être différé et planifié ultérieurement?

Voir réponse sous question 7

10. Le traitement facturé correspond-il aux déclarations du médecin facturant ou de son remplaçant?

Non, ni le docteur de l'hôtel ni l'hôpital « [...] » se souviennent de la patiente.

11. Les médicaments prescrits (s'il y en a) correspondent-ils au traitement dispensé?

Voir réponse sous question 7

12. Sommes-nous en présence de fausses factures ou d'une surfacturation manifeste d'un traitement effectivement dispensé?

Oui, il s'agit de fausses factures et en plus, les prix sont exagérés.

L'hôpital a confirmé qu'ils n'ont pas d'informations sur cette patiente et qu'elle n'était pas traitée dans cet hôpital (voir e-mail en annexe).

En outre, un traitement simple comme il est nécessaire pour une gastroentérite coûterait seulement env. EUR 150.00 dans cette région.

Nous avons aussi reçu l'information que cet hôpital est connu pour les fraudes. Ils ont même fait des opérations ou traitements superflus pour pouvoir élever les factures (pas dans ce cas).»

Mondial Assistance a joint à son envoi un courriel daté du 3 mai 2010 avec pour sujet «U. _____», à la teneur suivante:

«We would like to inform you that we have no information about this client as he was not treated in our medical facilities.»

Le 18 mai 2010, la caisse a communiqué à l'assurée une décision formelle par laquelle elle refusait la prise en charge des frais relatifs au traitement médical effectué le 10 juin 2009 en Egypte et se montant à 450 euros, soit 679 fr. 85 (réd.: 1 euro correspondant à 1 fr. 5107), aux motifs suivants:

«En référence au questionnaire que vous nous avez retourné dûment daté et signé, nous constatons que vous ne nous avez pas remis, d'une part, un document attestant un retrait de liquidités (par exemple: un justificatif bancaire ou de carte de crédit) ou un éventuel emprunt à une tierce personne et, d'autre part, une pièce démontrant le paiement de la note d'honoraires. Ceci est de nature à confirmer le bien-fondé de nos doutes quant à la prestation alléguée.

Dès lors, nous avons mandaté notre partenaire à l'étranger pour un contrôle approfondi de la facture de 450.00 euros, soit Fr. 679.85. Selon les informations recueillies sur place, nous constatons que:

- Le docteur de l'hôtel et l'hôpital [...] nous ont confirmé qu'ils n'ont aucune information à votre sujet et que vous n'avez pas été en traitement ni auprès du cabinet du médecin, ni auprès de l'établissement hospitalier.
- Un traitement simple comme il est nécessaire pour une gastroentérite coûterait environ 150.00 euros dans cette région.
- Cet hôpital est également connu pour ces cas de fraudes.

Au vu de cette situation, nous avons toutes les raisons de croire que la note d'honoraires présentée est fausse.»

Par courrier du 17 juin 2010, l'assurée, par le biais d'Orion Assurance de Protection Juridique SA, s'est opposée à la décision de la caisse. Elle a sollicité que son dossier lui soit envoyé et qu'un délai supplémentaire lui soit accordé pour motiver l'opposition. La caisse lui a adressé le dossier le 25 juin 2010 et lui a accordé un délai supplémentaire de 15 jours pour motiver son opposition. L'assurée, toujours par sa protection juridique, a complété son opposition le 12 juillet 2010. Elle relevait qu'aucun rapport du «partenaire étranger» de la caisse ne figurait au dossier, qu'une photographie prise par hasard à l'hôpital prouvait la réalité des soins, qu'il n'y avait rien d'exceptionnel pour un touriste suisse de payer une facture de 450 euros en liquide, que dite facture détaillait chacune des prestations et que le montant de 450 euros ne semblait pas exorbitant et restait largement inférieur aux prix suisses. Elle en déduisait qu'en refusant le remboursement des frais de traitement justifiés à l'étranger, la caisse avait violé l'art. 36 OAMal (ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102) et concluait à l'annulation de la décision entreprise et à la prise en charge des frais de traitement.

Par décision sur opposition du 20 août 2010, la caisse a confirmé son refus de prise en charge des frais relatifs aux soins médicaux effectués le 10 juin 2009 en Egypte. La motivation de cette décision était en substance la suivante:

«Madame U._____ n'a toujours pas remis une quelconque preuve de retrait d'argent et/ou d'emprunt, comme mentionné dans notre décision. Elle n'a également pas fourni un document attestant le paiement de la note d'honoraires alléguée.

Dans son rapport d'enquête, notre partenaire à l'étranger relève notamment que le docteur de l'hôtel et l'hôpital [...] confirment qu'ils n'ont aucune information au sujet de Madame U._____ et qu'elle n'a pas été en traitement ni auprès du cabinet du médecin, ni auprès de l'établissement hospitalier. De plus, cet hôpital est connu pour ces cas de fraudes.

Ces différents constats sont de nature à confirmer le bien-fondé de nos doutes quant à la prestation alléguée.

Vu ce qui précède, nous ne sommes pas en mesure de déterminer si le traitement médical a effectivement été dispensé et s'il est conforme aux tarifs d'usage pratiqués dans le pays de séjour. Nous lui confirmons dès lors notre refus d'allouer une quelconque participation financière sur la base de la facture et des éléments en notre possession en raison d'un degré de vraisemblance insuffisant.»

B. L'assurée, toujours représentée par sa protection juridique, a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 24 août 2010, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée, celle-ci étant invitée à lui fournir le rapport d'enquête avec un délai raisonnable pour se déterminer, et subsidiairement à ce que la caisse soit condamnée à prendre en charge la facture de l'Hôpital [...]. Elle se plaint d'une violation de son droit d'être entendue dès lors que la caisse lui a adressé son dossier sans le rapport du partenaire étranger sur lequel elle avait basé sa décision. Elle fait ensuite valoir une violation de l'art. 36 OAMal, invoquant qu'une photographie - qu'elle produit - prouve la réalité des soins, qu'il n'y a rien d'exceptionnel pour un touriste suisse de payer en liquide une facture de 450 euros, que celle-ci détaille les prestations effectuées et que le montant de 450 euros ne semble pas exorbitant et reste largement inférieur aux prix suisses.

Dans sa réponse du 27 septembre 2010, l'intimée conclut au rejet du recours, subsidiairement à ce que l'écriture de la recourante lui soit retournée pour rectification du nom de l'intimée, un délai lui étant imparti pour prendre position sur le courrier de Mondial Assistance du 5 mai 2010. En substance, elle fait valoir que le recours doit être déclaré irrecevable car il devait être adressé contre F._____ et non pas contre

P._____, qu'elle a communiqué le contenu essentiel du rapport de Mondial Assistance à la recourante dans sa décision du 18 mai 2010 et qu'elle a eu la possibilité de s'exprimer et fournir des contre-preuves, de sorte qu'il n'y a pas eu violation du droit d'être entendu, qu'il est à craindre que la recourante n'ait jamais été traitée à l' [...], que les déclarations de celle-ci sont en contradiction avec le dossier, qu'aucun traitement n'a eu lieu et que la recourante n'a pas produit de preuve de paiement d'un traitement, ni établi qu'elle aurait payé la somme de 450 euros à un médecin ou à l' [...]. Il ne peut ainsi être établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'un traitement aurait été effectué et que des coûts en auraient découlé.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable. Peu importe à cet égard que la page de garde du recours mentionne qu'il est dirigé contre la décision de «P._____», et non de «F._____». En effet, l'acte de recours est signé, indique les conclusions et motifs du recours, comprend un exposé succinct des faits invoqués, et la décision attaquée y est jointe, conformément aux art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36).

b) La LPA-VD, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances

sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse – qui s'élève à 679 fr. 85 – étant inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si un traitement a été effectué en juin 2009 en Egypte et, dans l'affirmative, s'il est à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

3. Dans un premier moyen, la recourante invoque une violation du droit d'être entendue, dans la mesure où la caisse intimée lui a adressé son dossier sans le rapport établi par Mondial Assistance sur lequel elle avait basé sa décision du 18 mai 2010. Elle lui reproche en substance de ne pas avoir pu se déterminer quant à son contenu, la privant de vérifier la crédibilité du détective, de ses méthodes de travail et de ses sources.

a) Le droit d'être entendu, prévu à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101) constitue une garantie générale de procédure. Il comprend le droit pour l'administré, respectivement le justiciable, de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, enfin de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid.

3.1; ATF I 507/03 du 15 janvier 2004, consid. 2.2 et les références). La procédure de notification d'un projet de décision concrétise la garantie du droit d'être entendu dans le cadre de la procédure préalable: par la notification d'un tel acte, l'administration informe l'assuré de la suite qu'elle entend donner à sa requête, généralement sur le fond, et lui permet de se prononcer sur les éléments retenus (ATF 9C_115/2007 du 22 janvier 2008, consid. 5.2, qui renvoie notamment à Kieser, ATSG Kommentar, Zurich 2003, n° 7 et 8 ad art. 42 LPGA et les références).

S'agissant d'une garantie constitutionnelle de caractère formel, la violation du droit d'être entendu doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF I 68/07 du 11 janvier 2008, consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence toutefois, une telle violation est réparée - à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF I 904/06 du 19 mars 2007, consid. 4.3 et les références).

b) En l'espèce, il ne fait aucun doute que le droit d'être entendue de la recourante a été violé. Il n'est pas admissible que le rapport de Mondial Assistance ne lui ait pas été communiqué, à tout le moins de manière caviardée. Ce grief, de nature formelle, justifierait ainsi une annulation pure et simple de la décision attaquée. Toutefois, dès lors que l'autorité de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen, ceci dans le cadre d'une procédure régie par la maxime d'office et au cours de laquelle la recourante a pu prendre connaissance du dossier complet et a pu faire valoir ses arguments, il y a lieu de considérer que, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, le vice se trouve corrigé en instance de recours, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. La recourante a en effet reçu copie de l'avis du 27 août 2010 impartissant un délai à la caisse pour déposer sa réponse et pour envoyer son dossier complet à la Cour des assurances sociales. Elle a ensuite reçu copie de la réplique de la caisse, laquelle faisait notamment état des réponses

données par Mondial Assistance, sous pièce 6. Si l'assurée entendait réagir à ces documents, elle avait toute latitude de le faire.

4. a) En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. Selon l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Faisant usage de cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal (ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102), intitulé "Prestations à l'étranger". Selon cette disposition, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre un traitement (al. 2). Les traitements effectués à l'étranger sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (al. 4). Ce qui est donc déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger; il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008, consid. 3.2; TFA K_65/03 du 5 août 2003, consid. 2.1; Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2e éd. 2007, n° 475 ss p. 560 s.).

b) Selon la jurisprudence, une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal n'est admissible que dans deux éventualités du point de vue de la LAMal: ou bien il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse; ou bien il est établi, dans un cas particulier, qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et

notablement plus élevés; il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante; en revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal (ATF 131 V 271 consid. 3.2; TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008, consid. 3.1; RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1; 126 V 353 consid. 5b et les références; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1; 126 V 319 consid. 5a). S'il n'est pas possible d'établir un état de fait vraisemblablement conforme à la réalité, il est statué en défaveur de la partie qui entendait déduire un droit d'un état de fait demeuré sans preuve (ATF 115 V 133 consid. 8a).

5. En l'espèce, l'intimée soutient qu'aucun traitement n'a eu lieu, en se fondant sur le rapport établi le 5 mai 2010 par Mondial Assistance. Il convient dès lors d'apprécier, au degré de la vraisemblance prépondérante, si l'assurée a effectivement suivi un traitement à l'étranger, avant d'examiner, le cas échéant, la nécessité dudit traitement et la quotité de la facture litigieuse.

a) Il n'est pas contesté que l'assurée a passé des vacances en Egypte au mois de juin 2009. S'agissant du rapport de Mondial Assistance sur lequel se fonde l'intimée, il a été jugé dans une affaire opposant F._____ à l'un de ses assurés que les observations effectuées par une société spécialisée dans l'assistance et l'assurance-voyage, en qualité de mandataire de l'intimée, devaient être appréciées comme de simples allégations de parties, auxquelles il n'y avait pas lieu d'allouer une valeur probante particulière (TF K 120/06 du 26 juillet 2007, consid. 3.2). A cela s'ajoute que le courriel du 3 mai 2010 auquel se réfère Mondial Assistance pour affirmer que l'assurée n'avait pas été traitée auprès de l' [...] paraît faire référence à un client masculin («he was not treated in our medical facilities»). De surcroît, l'intimée paraît considérer que la recourante a été hospitalisée auprès de l' [...]. Or cette dernière a répondu par la négative à la question de la caisse de savoir s'il s'agissait d'une hospitalisation (cf. questionnaire signé le 9 novembre 2009). En outre, s'il convient d'admettre qu'il n'existe aucune trace administrative du passage de l'assurée à l' [...], on ne saurait prétendre qu'il s'agit d'un fait inhabituel dans un pays en voie de développement (cf. à cet égard également TF K 120/06 précité, consid. 3.2 *in fine*). La recourante produit par ailleurs un relevé relatif à des examens sanguins, portant son nom et la date du 10 juin 2009. L'intimée allègue que la recourante n'amène pas la preuve du paiement de la somme de 450 euros. Or la facture portait initialement sur un montant de 510 euros, ramené à 450 euros «after discount», mention à côté de laquelle est apposée une signature, ce qui plaide en faveur du paiement de la facture. Quant à l'absence de preuve d'un retrait de 450 euros par la recourante, elle n'est pas suffisante pour exclure que cette dernière ait subi un traitement en Egypte. Il n'est au demeurant pas extraordinaire de partir en vacances en couple pour une durée de 11 jours avec un montant en espèce de cet ordre.

Dans ces circonstances, il convient de retenir que le traitement de l'assurée en Egypte les 9 et 10 juin 2009 est établi avec un degré de vraisemblance suffisant.

b) Il est constant qu'une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal n'entre pas en considération, dès lors qu'il n'est pas contesté que le type de traitement dispensé à la recourante l'est couramment en Suisse. Le traitement médical dont la recourante a bénéficié les 9 et 10 juin 2009 en Egypte ne peut donc être à la charge de l'assurance obligatoire des soins que s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il a été effectué en urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal.

A cet égard, il résulte de la facture datée du 10 juin 2009 que la recourante a présenté une gastroentérite accompagnée d'une déshydratation modérée («moderate deshydratation») et d'une faible fièvre («temp 37.6°»), la patiente étant invitée à demeurer au lit pour quatre jours, soit du 9 au 13 juin 2009. Elle a en outre subi des examens sanguins.

Il y a dès lors lieu de retenir que le traitement en cause, dont la recourante avait besoin, présentait le degré d'urgence requis, respectivement qu'un retour en Suisse n'était pas approprié dans le cas d'espèce, de sorte que les conditions posées par l'art. 36 al. 2 OAMal concernant la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'un traitement à l'étranger sont remplies.

c) S'agissant enfin des coûts du traitement, il résulte du rapport de Mondial Assistance du 5 mai 2010 qu'ils auraient dû se monter à 150 euros dans cette région pour un traitement simple de gastroentérite. Sur ce point, rien ne permet de remettre en cause l'appréciation de cette société. Le médecin qui a examiné la recourante a du reste relevé que la déshydratation constatée était modérée. La recourante ne présentait pas de forte fièvre, et des jours de repos lui ont été conseillés. Il convient ainsi de considérer que le traitement dont a bénéficié la recourante les 9 et 10 juin 2009 doit être pris en charge par l'intimée, à titre de l'assurance obligatoire des soins, à concurrence d'un total de 150 euros, ce qui correspond à 226 fr. 60 (selon le taux de change

appliqué par la caisse dans son décompte de prestations du 18 mai 2010, savoir 1 euro = 1 fr. 5107).

6. Il s'ensuit que le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit au remboursement du traitement dont elle a bénéficié en Egypte, du 9 au 10 juin 2009, à concurrence d'un montant total de 226 fr. 60, sous déduction de sa participation et/ou de son éventuelle franchise.

7. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu d'un seul échange d'écritures, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 800 fr. à la charge de l'intimée (art. 55 al. 2 LPA-VD).

Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision sur opposition du 20 août 2010 est réformée en ce sens que F._____ doit prendre en charge le traitement reçu par U._____ en Egypte du 9 au 10 juin 2009 à concurrence de 226 fr. 60 (deux cent vingt-six francs et soixante centimes), sous déduction de sa participation et/ou de son éventuelle franchise.
- III.** F._____ versera à U._____ la somme de 800 fr. (huit cents francs) à titre de dépens.

IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Orion Assurance de Protection Juridique SA (pour U. _____)
- F. _____
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :