

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 mars 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

K._____, à Clarens, recourante, représentée par Me Aba Neemann,
avocat à Monthey,

et

R._____ **SA**, à Martigny, intimée.

Art. 34 al. 2 LAMal; 36 al. 1 et 2 OAMal; 28 al. 2 LPGA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après: l'assurée), née en 1968, est affiliée auprès de la R._____ SA (ci-après: la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins. A teneur du certificat d'assurance établi par la caisse le 21 janvier 2010, la franchise s'élevait à 300 fr. en 2010.

Dans un certificat médical du 7 mai 2010, le W._____ (ci-après: l'hôpital) de Bangkok a posé le diagnostic de nodule de la glande thyroïde. Il est fait mention d'une intervention médicale durant le mois de juillet 2010. Une radiologie par ultrasons également pratiquée le 7 mai 2010 constate la présence d'un nodule palpable sur la partie droite supérieure du cou de l'assurée d'une taille de 15x4x12 mm.

L'assurée, selon ses explications, devait se rendre en Thaïlande, en vacances avec ses enfants, du 26 juin au 30 juillet 2010.

Selon un rapport de l'hôpital faisant suite à un examen pratiqué le 27 juin 2010 à 08h.27, il est fait mention d'une grosseur palpable située au niveau droit du cou de l'assurée. Il est précisé qu'en comparaison avec un examen réalisé le 7 mai 2010, il n'y avait pas de changement significatif s'agissant d'un nodule sur le lobe droit de la glande thyroïde et d'un petit kyste situé sur le lobe gauche. Il est également fait état d'un examen du 24 avril 2010.

L'assurée a été hospitalisée le 7 juillet 2010 et elle a subi une intervention le même jour. Dans le compte-rendu de cette opération, il est mentionné la présence d'un nodule situé sur le lobe droit de la glande thyroïde de l'assurée détecté depuis 2008. Le diagnostic posé était une lobectomie de la glande thyroïde droite. L'assurée a été hospitalisée jusqu'au 10 juillet 2010.

Selon un courriel du 16 juillet 2010, le billet d'avion électronique de l'assurée indiquait une date d'arrivée en Thaïlande au 27 juin 2010 à 05h.30 ainsi qu'une date de départ au 30 juillet 2010 à 00h.30.

Un questionnaire médical adressé par la caisse et complété le 15 novembre 2010 par l'assurée indique une urgence liée à des signes de tumeur à la thyroïde avec une ablation de la moitié de la thyroïde d'où un traitement du 7 au 10 juillet 2010. Le 22 février 2011, ce même questionnaire médical a à nouveau été retourné à la caisse en mentionnant cette fois-ci un traitement non plus du 7 au 10 juillet 2010 mais des traitements prodigués du 27 au 29 juin 2010. Indiquant ne pas être en traitement avant son séjour à l'étranger, l'assurée a souligné que la consultation d'un médecin suisse à son retour n'était pas nécessaire au vu du résultat du traitement reçu en Thaïlande.

Le 12 août 2010, l'assurée a adressé à la caisse une série de factures justificatives se rapportant à une lobectomie de la glande thyroïde pratiquée à l'hôpital de Bangkok pour une somme totale de 204'998.40 Baths thaïlandais (THB), équivalant à un montant de 6'814 fr. 30, soit:

- une facture n°RCT-2010-392362 du 27 juin 2010 d'un montant de 15'087.00 THB;
- une facture n°RCT-2010-403379 du 2 juillet 2010 d'un montant de 1'670.00 THB;
- une facture n°RCT-2010-423825 du 10 juillet 2010 d'un montant de 177'806 THB;
- une facture n°RCT-2010-431442 du 13 juillet 2010 d'un montant de 2'099.00 THB;
- une facture n°09-RO10127858 du 24 juillet 2010 d'un montant de 2'955.40 THB;
- une facture n°RCT-2010-475173 du 29 juillet 2010 d'un montant de 5'381.00 THB.

Le 30 août 2010, la caisse a adressé à l'assurée un décompte de remboursement n°10-1253328 relatif aux traitements fournis en Thaïlande. Il en résultait que ces traitements n'étaient pas reconnus par la caisse de sorte qu'aucune prestation ne pouvait être allouée par l'assurance obligatoire des soins en cas de traitement volontaire effectué à l'étranger.

Le 9 décembre 2010, la caisse a confirmé son refus de prise en charge du traitement de l'assurée en Thaïlande en ces termes:

"[...]

L'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger selon l'article 36, alinéa 2 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). 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 ce traitement.

Pour nous déterminer, nous avons pris en considération l'avis de notre médecin-conseil. Celui-ci nous confirme que le traitement suivi par Mme K. _____ ne relève pas des dispositions légales précitées. En effet, il s'agit d'un traitement volontaire sans caractère urgent démontré.

Sur la base de ces éléments, nous nous voyons malheureusement dans l'obligation de vous confirmer notre refus de prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.

[...]"

Par décision formelle du 7 mars 2011, la caisse a repris la teneur de sa correspondance précitée, confirmant son refus de prise en charge de la somme de 204'998.40 Baths thaïlandais, soit 6'814 fr. 30 conformément au décompte de prestations précédemment adressé le 30 août 2010.

Le 6 avril 2011, l'assurée représentée par son conseil Me Aba Neemann a fait opposition à la décision de refus précitée. Elle a soutenu en substance que c'était uniquement lorsqu'elle s'est rendue pour passer des vacances en Thaïlande qu'elle a constaté une grosseur au cou puis qu'elle s'est rendue en urgence à l'hôpital de Bangkok où les médecins ont alors suspecté un cancer de la thyroïde. Partant l'opération d'ablation

d'une partie de la thyroïde était dès lors imprévisible et était le seul moyen de poser un diagnostic certain.

Dans un avis à l'assureur du 30 juin 2011, le Dr T._____, médecin-conseil de la caisse a notamment observé ce qui suit:

"Constatations / remarques particulières:

Je constate que le rapport du service de pathologie de l'Hôpital W._____, à Bangkok daté du 9 juillet 2010 indique que Mme K._____ présente un nodule sur le lobe droit de la glande thyroïde qui est connu de puis 2008. Une biopsie a été pratiquée le 27 juin 2010 et Mme K._____ a été hospitalisée du 7 au 10 juillet 2010 à l'Hôpital W._____ à Bangkok pour y subir une lobectomie de la glande thyroïde.

De plus, aucun suivi médical n'a été effectué en Suisse.

Conclusion:

Après lecture des pièces médicales remises, j'arrive à la conclusion que:

L'opération effectuée le 7 juillet 2010 ne relève pas d'une urgence. Le retour en Suisse était tout à fait possible."

Par décision sur opposition du 4 juillet 2011 adressée au conseil de l'assurée, la caisse a rejeté l'opposition de l'assurée et a confirmé sa décision du 7 mars 2011 en retenant ceci:

"[...]

De l'avis de notre médecin-conseil, l'opération ainsi que les soins médicaux effectués en Thaïlande ne justifient pas une prise en charge des prestations par l'assurance obligatoire des soins étant donné que l'intervention peut s'effectuer en Suisse. En effet, il est clairement établi qu'il s'agit d'un traitement volontaire à l'étranger sans caractère urgent démontré.

Nous vous informons que Mme K._____ est assurée auprès de notre société depuis le 1^{er} septembre 2009 selon l'adhésion dûment remplie et signée en date du 17 août 2009, elle nous mentionne l'adresse de l'Hôpital W._____ à Bangkok comme médecin qu'elle consulte habituellement.

Nous sommes en possession de deux documents intitulés «Traitement médical à l'étranger». Ils ont été dûment complétés et signés en date du 15 novembre 2010 et 22 février 2011 par deux écritures différentes. Ces questionnaires sont contradictoires sur le point 6, à savoir les dates exactes du traitement. Sur le premier document, il est indiqué du 7 au 10 juillet 2010 et sur le second, du 27 au 29 juin 2010. En l'occurrence, les soins médicaux ont été

effectués du 2 au 29 juillet 2010. Vous constaterez qu'il y a une divergence.

Lors de l'envoi du deuxième questionnaire le 24 février 2011, une copie de la réservation du vol est accompagnée au courrier. Mme K. _____ est partie le 26 juin [2010] à 13h30 de Zürich pour se rendre à Bangkok. Le jour et l'heure de son arrivée est le 27 juin [2010] à 05h30.

Le même jour, notre assurée a consulté auprès de l'Hôpital W. _____ à Bangkok où une biopsie a été pratiquée. Le relevé de sa carte de crédit et des rapports médicaux nous le confirme.

De ces faits, nous ne pouvons pas croire vos propos, à savoir que: «Votre mandante s'est rendue en Thaïlande en vue d'y passer des vacances en famille. C'est à ce moment-là seulement qu'elle a constaté une grosseur au niveau du cou et qu'elle a commencé à s'inquiéter sérieusement de savoir si cette grosseur était bénigne ou maligne. C'est alors qu'elle s'est rendue en urgence à l'hôpital de Bangkok. Les médecins ont alors émis des suspicions de cancer de la thyroïde. L'opération d'ablation d'une partie de la thyroïde de ma mandante n'était dès lors pas prévisible et était le seul moyen de poser un diagnostic sûr».

Sur la base des éléments précités, nous sommes contraints de vous confirmer le refus de prise en charge du montant de Fr. 6'814.30 (THB 204'998.40) relatif aux soins médicaux effectués du 2 au 29 juillet 2010 en Thaïlande par l'assurance obligatoire des soins étant donné qu'il s'agit d'un traitement volontaire."

B. Par acte du 5 août 2011, l'assurée a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée. Elle conclut à l'annulation de la décision attaquée en ce sens que l'ensemble des frais médicaux effectués en Thaïlande doivent être pris en charge par la caisse à hauteur de 6'814 fr. 30.

Dans sa réponse du 14 septembre 2011, la caisse conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Le 14 décembre 2011, les parties ont été entendues par le juge instructeur. La recourante a déclaré avoir eu mal à la gorge dans l'avion pour la Thaïlande. A ses dires, les ultrasons pratiqués le 7 mai 2010 l'ont été en raison d'antécédents familiaux. Elle a indiqué que lors d'un check-up du 24 avril 2010, les médecins ont senti une grosseur. Elle a dit ne pas se souvenir de la découverte d'un nodule en 2008. Sur présentation d'un rapport daté du 7 mai 2010, la recourante a relevé qu'il

lui semblait lire le terme "thyroïd nodule" et qu'il y était également mentionné le mois de juillet 2010, de sorte qu'il n'était pas impossible qu'il s'agisse de la date du prochain contrôle. La recourante a précisé que l'opération n'avait eu lieu qu'en date du 7 juillet 2010 afin d'attendre que son époux la rejoigne depuis Paris. Elle a en outre communiqué que le W. _____ est un hôpital côté en bourse dont sa mère possède des parts.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, 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 a été interjeté en temps utile (compte tenu en particulier des fêtes judiciaires d'été [cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA]) auprès du tribunal compétent et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), 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 est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse 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. La question à examiner en l'espèce consiste à savoir si l'intimée était tenue, au titre de l'assurance-obligatoire des soins, de prendre en charge le coût des traitements médicaux dont la recourante a bénéficié durant son séjour en Thaïlande en 2010.

3. a) Selon l'art. 25 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10), l'assurance obligatoire des 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 examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins (al. 2 let. a ch. 1), les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin (al. 2 let. b), ainsi que le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (al. 2 let. e).

Aux termes de l'art. 34 al. 2, 1^{ère} phrase, 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. Par "raison médicale", il faut entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse l'équivalent de la prestation à fournir (ATF 128 V 75 consid. 1b; TFA K_65/2003 du 5 août 2003, consid. 2.1). 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 l'al. 2 de 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 urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Ce qui est déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin, et de manière imprévue, d'un traitement à l'étranger; il faut que des raisons médicales s'opposent en outre à un report du traitement, et

qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008, consid. 3.2 et les références).

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: 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. 3.2; RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2).

c) Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures (art. 45 LPGA).

Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs; il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies (art. 57 al. 4 LAMal). Il évalue les cas en toute indépendance; ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (art. 57 al. 5 LAMal).

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).

4. En l'espèce, l'intimée, se référant en particulier à l'avis de son médecin-conseil, soutient que les traitements médicaux reçus en Thaïlande, dont la recourante requiert la prise en charge, étaient accessibles en Suisse. Les pièces médicales au dossier permettent en outre d'affirmer que l'affection était bien connue de la recourante avant son départ de Suisse. L'intimée relève par ailleurs que les déclarations de la recourante sont contradictoires s'agissant des dates des traitements prodigués. Le 15 novembre 2010, la recourante mentionne le 7 au 10 juillet 2010 puis le 22 février 2011, elle indique les dates du 27 au 29 juin 2010. A lecture des factures du W. _____ de Bangkok, les soins se sont étendus du 27 juin au 29 juillet 2010, soit durant la totalité du séjour en Thaïlande. Le billet électronique au dossier indique que la recourante est arrivée à Bangkok le 27 juin 2010 à 05h.30 et un vol retour au 30 juillet 2010. Or, la première facture de l'hôpital du 27 juin 2010 indique que l'assurée y a été admise dès 08h.30 le matin. A l'aune de ces éléments, les dates de traitements coïncident avec les dates du voyage agendé par la recourante. A son arrivée en Suisse en automne 2009, la recourante

avait déjà déclaré être suivie régulièrement par le W._____, établissement dont sa mère détient des parts. Pour terminer dans son avis du 30 juin 2011, le médecin-conseil conclut que du point de vue médical l'opération effectuée le 7 juillet 2010 ne constituait pas un cas d'urgence au sens de la LAMal. Le nodule sur le lobe droit de la glande thyroïde était effectivement connu depuis 2008 et aucun suivi médical n'a été effectué au retour de la recourante en Suisse. L'intimée est d'avis que c'est à bon droit qu'elle a refusé la prise en charge de la totalité des factures présentées par l'assurée au motif que les traitements réalisés en Thaïlande entre le 27 juin et le 29 juillet 2010 doivent être considérés comme ayant été volontairement exécutés à l'étranger, un retour en Suisse étant médicalement possible.

La recourante conteste s'être rendue en Thaïlande afin de s'y faire opérer. A la suivre, son voyage était prévu de longue date, de sorte qu'il n'était pas du tout planifié qu'elle se fasse opérer plusieurs mois plus tard. Elle a indiqué que ce n'était que durant le trajet en avion qu'elle avait ressenti des douleurs. La découverte d'une grosseur au niveau supérieur de son cou l'a alarmée de telle sorte qu'elle s'est immédiatement rendue auprès du W._____ de Bangkok afin de poser un diagnostic rapide. Lors du contrôle, les médecins ont suspecté un cancer de la thyroïde justifiant une opération d'urgence. Un retour en Suisse aurait été très laborieux de l'avis de la recourante.

a) Il résulte de l'avis médical établi le 30 juin 2011 par le Dr T._____, médecin-conseil de la caisse, que l'opération effectuée le 7 juillet 2010 ainsi que les traitements y relatifs pratiqués en Thaïlande pouvaient être effectués en Suisse. Le Dr T._____ fonde son constat sur la lecture des pièces médicales et retient notamment qu'un rapport du 9 juillet 2010 de l'hôpital W._____ à Bangkok indique que la recourante présente un nodule sur le lobe droit de la glande thyroïde connu détecté depuis 2008. Bien que la recourante ait mentionné le 14 décembre 2011 ne pas se souvenir de la découverte d'un nodule en 2008, il n'en demeure pas moins que le rapport précité atteste effectivement de la détection du nodule depuis 2008. Un certificat daté du 7 mai 2010 comporte le terme

"thyroïd nodule" à titre de diagnostic et fait mention d'une intervention médicale en juillet 2010 sur le nodule du lobe droit de la glande thyroïde de la recourante, cette dernière ayant précisé que la date de juillet 2010 pouvait correspondre à la date du prochain contrôle.

Les factures justificatives adressées à la caisse intimée relatives à une lobectomie de la glande thyroïde pratiquée au W. _____ de Bangkok attestent de soins dispensés du 27 juin jusqu'au 29 juillet 2010. Dans un questionnaire médical complété le 15 novembre 2010, la recourante indique une urgence liée à des signes de tumeur à la thyroïde engendrant une ablation de la moitié de la thyroïde avec un traitement du 7 au 10 juillet 2010. Le 22 février 2011, la recourante retourne le même questionnaire en y indiquant des traitements prodigués du 27 au 29 juin 2010 en précisant qu'au vu du résultat des soins reçus en Thaïlande, la consultation d'un médecin suisse à son retour n'était pas nécessaire. Le billet d'avion électronique produit par la recourante indique une arrivée en Thaïlande le 27 juin 2010 à 05h.30 ainsi qu'un départ le 30 juillet 2010 à 00h.30. La première facture justificative du 27 juin 2010 fait état de l'admission de la recourante à l'hôpital dès 08h.30 le matin. Cet élément est corroboré par un rapport médical du 27 juin 2010 dont il ressort que la recourante a été examinée à 08h.27. Force est de constater que pas plus de trois heures après son arrivée en Thaïlande, la recourante se trouvait déjà à l'hôpital pour y subir des examens cliniques lié à son nodule situé sur le lobe droit de la glande thyroïde. En sus, les dates de traitements du 27 juin au 29 juillet 2010 coïncident à un jour près à la durée du séjour effectué en Thaïlande du 27 juin au 30 juillet 2010.

L'ensemble des éléments précités conduit à admettre que les opérations en cause ne constituent pas des soins effectués en cas d'urgence à l'étranger au sens de l'art. 26 al. 2 OAMal dont le coût doit être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Les pièces médicales au dossier permettent de constater que l'affection était bien connue de la recourante avant son départ de Suisse. Le déplacement prévu à l'avance et pour des dates correspondant au jour près à celles du traitement hospitalier attestent si besoin, que le séjour l'a été

exclusivement dans cette optique, excluant précisément tout caractère d'urgence à la prestation médicale. Le fait qu'il n'y ait pas eu de consultation ni suivi médical en Suisse au retour de Thaïlande démontre bien que le séjour en question avait été programmé à l'avance par la recourante, ceci en adéquation avec les renseignements fournis par les médecins de l'hôpital de Bangkok à l'occasion d'un examen pratiqué le 7 mai 2010.

Par conséquent, les interventions ressortant des factures justificatives adressées à la caisse intimée pour la période du 27 juin au 29 juillet 2010 ne peuvent être qualifiées de traitements médicaux subits et imprévus au sens de la jurisprudence. Les frais y relatifs n'ont par conséquent pas à être pris en charge par l'intimée.

A cela s'ajoute que le caractère d'urgence doit aussi être nié en raison du laps de temps écoulé entre la soi-disant découverte du nodule et l'opération. La recourante justifie cette circonstance par son souhait d'attendre la venue de son époux depuis Paris, ce qui démontre bien qu'il n'y avait pas d'urgence au sens de la jurisprudence.

b) A l'aune de ce qui précède, il doit être tenu pour établi au degré de la vraisemblance prépondérante, que les interventions pratiquées en Thaïlande sur la personne de la recourante du 27 juin au 29 juillet 2010 selon factures justificatives produites, constituaient des prestations pouvant être fournies en Suisse et qui n'ont pas été exécutées dans l'urgence, au sens de l'art. 36 al. 1 et 2 OAMal. Les éléments avancés par la recourante pour justifier la prise en charge par l'intimée des coûts des frais médicaux effectués en Thaïlande ne s'avèrent pas suffisants. Partant, la caisse intimée n'a pas à prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, les traitements médicaux reçus en Thaïlande de juin à juillet 2010.

5. a) Il résulte de ce qui précède que la décision sur opposition du 4 juillet 2011, par laquelle la R. _____ SA a confirmé son refus de prise en charge des frais médicaux de la recourante durant son séjour en

Thaïlande au titre de l'assurance obligatoire des soins, échappe à la critique. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 4 juillet 2011 par la R._____ SA est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Aba Neemann (pour K._____),
- R._____ SA,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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).

Le greffier :