

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2012

Présidence de Mme PASCHE, juge unique
Greffière : Mme Barman

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat à
Lausanne,

et

O._____, **Assurance maladie et accident**, à [...], intimée.

Art. 34 al. 2 LAMal; 36 OAMal

E n f a i t :

A. W._____, né en 1978, était assuré auprès d'O._____, assurance maladie et accident, pour l'assurance obligatoire des soins, le risque accident n'étant pas couvert.

Le 7 mai 2010, l'assuré a été victime d'un accident de décompression survenu à l'occasion d'une plongée sous-marine aux Philippines. Admis d'urgence au D._____ Hospital Medical Center de [...] City, il a été traité par oxygénothérapie hyperbare. A la suite de ce traitement, l'Hôpital D._____ a émis une facture pour un montant total de 781'098.81 pesos philippins (ci-après: PHP), représentant un montant de 19'067 fr. (montant arrêté par O._____ dans son décompte de prestations du 24 septembre 2010).

Par courrier du 8 août 2010, l'assuré a fait part à O._____ de l'accident de décompression dont il avait été victime aux Philippines. Il expliquait que l'accident avait nécessité un rapatriement et une hospitalisation d'urgence jusqu'au 11 mai 2010 et que compte tenu de la gravité et des recommandations médicales, il avait été primordial qu'il soit traité en chambre hyperbare dans un centre spécialisé. Il précisait que son assurance-accidents ne prenait pas en charge l'événement, eu égard au fait que celui-ci ne répondait pas à la définition de l'accident, en l'absence de cause extérieure. Il joignait à son courrier différents documents, dont la facture détaillée émise par l'Hôpital D._____ et les explications de cet établissement sur son cas et le déroulement du traitement (soit trois séances de caisson hyperbare "US Navy 6" et une séance de caisson hyperbare "US Navy 5").

Par décompte de prestations du 24 septembre 2010, O._____ a pris en charge la facture de l'Hôpital D._____ à hauteur de 3636 francs. Dans un courrier du 25 octobre 2010, elle a informé l'assuré que, s'agissant de l'hospitalisation du 7 au 11 mai 2010, elle avait fait application du code APDRG (All Patient Diagnosis Related Groups) n° 455

"Autres traumatismes, empoisonnements, effets toxiques, sans complication ou comorbidité importante" pour calculer le montant à prendre en charge.

Le 15 avril 2011, W._____, désormais représenté par Me Alexandre Guyaz, a remis à O._____ une copie d'un rapport rédigé le 30 mars 2011 par le Dr L._____, spécialiste en médecine interne et pneumologie, médecin répondant de la consultation de médecine et de thérapie hyperbare aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG). Ce spécialiste mentionnait que l'assuré avait été traité aux Philippines par oxygénothérapie hyperbare dans une clinique et hospitalisé entre les séances de chambre hyperbare pour des raisons de commodité et certainement commerciales, précisant qu'il n'avait reçu aucun soin "hospitalier" lors de cette hospitalisation. Le Dr L._____ expliquait que la facture était établie selon les codes APDRG - soit des forfaits en fonction de la pathologie en cause - lorsque le patient était hospitalisé; si l'assuré s'était présenté aux HUG, il aurait été traité sur un mode ambulatoire et il aurait été appliqué une position tarifaire Tarmed spécifique, correspondant au traitement par oxygénothérapie hyperbare lors d'accident de décompression, pour une valeur totale de 293.5 points par période de 30 minutes. Le Dr L._____ estimait que les frais de consultation (environ 1500 fr.) et de prise en charge hyperbare (8029 fr. 90 pour les séances "US Navy 6" et 1267 fr. 90 pour la séance "US Navy 5") auraient avoisiné, à Genève, les 11'000 francs.

Par décompte de prestations rectificatif du 6 juin 2011, O._____ a pris en charge la facture de l'Hôpital D._____ à hauteur de 6270 fr., en lieu et place du montant de 3636 fr. initialement alloué.

O._____ a adressé une décision à l'assuré le 8 juin 2011, aux termes de laquelle elle relevait que même s'il avait été traité en Suisse sur un mode ambulatoire, il n'en demeurerait pas moins qu'il avait été hospitalisé du 7 au 11 mai 2010, hospitalisation pour laquelle il avait droit à une contribution au titre de son assurance obligatoire des soins. Elle retenait ainsi, en l'absence d'un forfait APDRG spécifique pour la thérapie

hyperbare, le forfait de socle dit de base, à savoir le forfait applicable dans le canton de Vaud pour un séjour en clinique privée au titre de l'assurance obligatoire des soins. Ledit forfait s'élevant à 627 fr. par jour tout compris en 2010, le montant qui lui revenait finalement était de 6270 fr. (627 fr. x 5 x 2).

L'assuré s'est opposé à cette décision par écriture du 30 juin 2011, faisant valoir qu'O._____ appliquait à tort les tarifs suisses en cas d'hospitalisation, dans la mesure où il avait été traité ambulatoirement. A cet égard, le conseil de l'assuré a précisé ce qui suit:

"En effet, lors de son arrivée à l'Hôpital D._____, s'est posée la question de son logement. Le personnel hospitalier lui a explicitement indiqué qu'il pouvait dormir à l'extérieur, par exemple à l'hôtel, ou qu'il pouvait s'il le souhaitait louer une chambre à l'hôpital. C'est cette dernière consultation qu'a choisi M. W._____ en raison du coût modeste de la chambre (7'672.- pesos pour 4 nuits, soit Fr. 187.- environ). Sachant qu'il s'agissait là d'une chambre individuelle qu'il pouvait néanmoins partager avec son amie, et que la chambre en question était par définition au lieu même de son traitement, c'est en toute logique qu'il a choisi cette dernière solution."

L'assuré soulignait que le fait d'avoir logé à l'hôpital ne faisait pas de son traitement une hospitalisation. L'approche ambulatoire du traitement reçu était finalement la même aux Philippines et en Suisse, de sorte qu'il convenait d'appliquer les tarifs suisses d'un traitement ambulatoire, tel que précisé par le Dr L._____. Il concluait ainsi à l'annulation de la décision du 8 juin 2011 et à l'établissement d'un nouveau décompte de prestations reconnaissant la prise en charge d'un montant de 18'880 francs.

Par décision sur opposition du 12 septembre 2011, O._____ a confirmé sa décision du 8 juin 2011 et rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a retenu en substance que même si l'affection dont a souffert l'assuré eût été traitée de manière ambulatoire aux HUG, elle devait tenir compte du type de traitement (hospitalier ou ambulatoire) effectivement appliqué aux Philippines pour déterminer le montant à rembourser, ne pouvant ainsi prendre en considération le montant approximatif de 11'000

fr. estimé par le Dr L._____. Elle a relevé par ailleurs que l'assuré avait séjourné à l'hôpital pour raisons médicales, et non pas en raison de la possibilité qui lui était offerte de bénéficier d'une chambre individuelle à moindre coût, eu égard au contenu du courrier du 8 août 2010 et à la facture de l'Hôpital D._____ indiquant une entrée dans l'établissement le 7 mai 2010 et une sortie le 11 mai suivant. Elle a finalement rappelé qu'après examen du dossier et en l'absence d'un forfait APDRG pour la thérapie hyperbare, elle avait accepté d'allouer le forfait socle dit de base.

B. Par acte du 13 octobre 2011, W._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 12 septembre 2011, en concluant à sa réforme en ce sens que la facture de l'Hôpital D._____ de [...] City aux Philippines, d'un montant total de 19'067 fr., doit être remboursée par O._____ à hauteur de 18'880 francs. En substance, il fait valoir que c'est le coût d'un traitement ambulatoire qu'il convient de prendre en compte, eu égard au fait que le traitement hyperbare n'implique pas un suivi hospitalier, que le logement à l'hôpital s'est fait pour des raisons de commodité et que la location de la chambre représente moins d'1% sur le montant total de la facture de l'Hôpital D._____. Il souligne par ailleurs que dans la mesure où il est établi, et non contesté par l'intimée, qu'il aurait fait l'objet, en Suisse, d'un traitement ambulatoire d'environ 11'000 fr., c'est à hauteur du double, soit 22'000 fr, en vertu de l'art. 36 al. 4 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie), que l'intimée doit intervenir pour le traitement équivalent aux Philippines. Il appartient ainsi à l'intimée de prendre entièrement en charge la facture de l'Hôpital D._____, sous déduction du montant de 187 fr. pour la location de la chambre.

Dans sa réponse du 15 novembre 2011, O._____ conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, se fondant sur la même motivation que celle présentée dans sa décision sur opposition.

A l'appui de sa réplique du 10 janvier 2012, le recourant produit un échange de courriels d'avec le Dr R._____, le médecin qui lui a prodigué le traitement hyperbare à l'Hôpital D._____. Le Dr R._____

expose, dans son courriel du 5 décembre 2011, que les accidents de décompression sont traités ambulatoirement et que la décision d'admettre un patient dépend de la sévérité du cas. Il explique que le recourant n'avait pas de domicile à proximité de l'hôpital et qu'une chambre d'hôtel lui aurait coûté trois fois plus cher qu'une chambre à l'hôpital.

Dans sa duplique du 2 février 2012, O._____ maintient que le recourant a été hospitalisé à l'Hôpital D._____ pour raisons médicales. Elle précise qu'il doit également être tenu compte des critères d'efficacité et d'économicité lors de la prise en charge d'un traitement d'urgence à l'étranger.

Le 23 février 2012, le recourant a déclaré ne pas avoir d'observations particulières à formuler.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, 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 (art. 56 al. 1 LPGA) 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 formé en temps utile. Il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) 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). De valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la présente cause doit être tranchée par un membre de la Cour 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, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1).

b) En l'espèce, l'intimée admet le principe de la prise en charge des frais relatifs au traitement suivi par le recourant à l'Hôpital D. _____ du 7 au 11 mai 2010. Le litige porte sur l'étendue du droit aux prestations.

3. 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. Conformément à l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés en milieu hospitalier, ainsi que les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin (al. 2).

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. Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102), intitulé "Prestations à l'étranger". Aux termes de l'al. 1 de cette disposition, le département désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse. L'art. 36 al. 2 OAMal dispose en outre que 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 ce traitement.

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, 2^e éd. 2007, n° 475 ss p. 560 s.).

Les prestations visées aux al. 1 et 2 de l'art. 36 OAMal sont prises en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse; dans les cas prévus à l'al. 3, le montant maximum correspond à celui qui aurait été payé en Suisse (art. 36 al 4 in initio OAMal). Ainsi, même dans ces cas, la prise en charge du traitement à l'étranger reste soumise aux limites de l'art. 36 al. 4 OAMal (ATF 128 V 75 consid. 4b). En effet, s'agissant de traitements à l'étranger, que ce soit dans des cas d'urgence ou lorsque le traitement ne peut pas être prodigué en Suisse, le législateur a considéré qu'il était nécessaire de fixer une limite à la prise en charge des coûts. Le législateur préconisait du reste de s'inspirer de l'art. 17 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202), disposition selon laquelle les frais

occasionnés par un traitement médical nécessaire subi à l'étranger ne sont remboursés que jusqu'à concurrence du double du montant de ceux qui seraient résultés d'un traitement en Suisse (Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 144).

Pour le surplus, la prise en charge de toute prestation demeure soumise aux principes généraux d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (cf. art. 32 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 128 V 159 consid. 5claa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). 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 138 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 95 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 138 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le jugé 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, la réalité de l'accident de plongée dont a été victime le recourant n'est pas contestée. La condition de l'urgence postulée à l'art. 36 al. 2 OAMal est en outre à l'évidence réalisée. Le caractère approprié du traitement n'est pas non plus litigieux. Est par contre litigieuse l'étendue du droit aux prestations. Alors que le recourant soutient avoir droit au remboursement de la facture de l'Hôpital D. _____ à hauteur de 18'880 fr. et fait valoir qu'il a reçu un traitement ambulatoire, l'intimée admet dans la décision attaquée sa prise en charge à hauteur de 6270 fr., en expliquant que le recourant a été hospitalisé et non traité ambulatoirement, si bien qu'elle admet d'allouer le forfait applicable pour un séjour hospitalier en clinique privée dans le canton de Vaud au titre de l'assurance obligatoire des soins.

Il convient ainsi d'examiner si le recourant a été *hospitalisé* aux Philippines du 7 au 11 mai 2010 ou s'il y a été traité *ambulatoirement*.

Certes, la facture de l'Hôpital D. _____ fait état d'une date d'admission, le 7 mai 2010, et d'une date de départ, le 11 mai 2010. Cela étant, selon le déroulement du traitement décrit dans le résumé du cas du 10 mai 2010 signé par le Dr R. _____, le recourant a subi trois séances de caisson hyperbare "US Navy 6" et une séance de caisson hyperbare "US Navy 5". Il n'est ainsi pas fait état d'autres traitements. Le détail de la facture précitée permet en outre de constater que sur la somme totale de 781'098.81 PHP, 750'129.17 ont trait à la thérapie hyperbare. Il apparaît encore que dans son courrier du 30 mars 2011, dont la teneur n'est au demeurant pas remise en cause par l'intimée, le Dr L. _____ a constaté que le recourant avait été hospitalisé entre les séances de chambre

hyperbare pour des raisons de commodité et certainement commerciales, mais qu'il n'avait reçu aucun soin "hospitalier" lors de cette hospitalisation et aurait dès lors pu séjourner dans un hôtel entre les séances de caisson. Ce spécialiste a par ailleurs confirmé que si le recourant s'était présenté aux HUG, il aurait été traité sur un mode ambulatoire, avec pour conséquence l'application d'une position tarifaire Tarmed spécifique correspondant à un traitement par oxygénothérapie hyperbare lors d'accident de décompression. Compte tenu des séances de caisson hyperbare dont a bénéficié le recourant (trois fois «US Navy 6» et une fois «US Navy 5»), le coût du seul traitement hyperbare se serait monté à 9297 fr. 80; quant aux frais de consultations médicales et d'exams complémentaires (laboratoire, imagerie par IRM, consultation spécialisée en ORL et en neurologie), ils auraient avoisiné un montant d'environ 1500 francs. Le Dr L. _____ en déduit que si le recourant s'était présenté à Genève, les frais de consultation et de prise en charge hyperbare auraient avoisiné les 11'000 francs. Le Dr L. _____ précise enfin que cette tarification est très régulièrement appliquée pour les accidents de plongée traités de manière ambulatoire sans aucune difficulté de remboursement de la part des assurances-maladie.

S'il est exact, ainsi que l'allègue l'intimée, que le recourant a fait état dans son courrier du 8 août 2010 d'une hospitalisation, il n'en demeure pas moins que les pièces produites, savoir le résumé du cas et la facture de l'Hôpital D. _____, ainsi que l'appréciation convaincante du Dr L. _____, démontrent que le traitement du recourant doit être considéré, au stade de la vraisemblance prépondérante, comme un traitement ambulatoire. Ses explications, selon lesquelles c'est par commodité qu'il a séjourné dans l'hôpital, et non parce qu'il demandait une surveillance médicalisée, sont convaincantes. Elles sont en outre confirmées par le Dr R. _____ dans son courriel du 5 décembre 2011, qui a relevé qu'il était également possible de traiter les accidents de décompression ambulatoirement ("as an outpatient" [sic]), une telle décision étant fonction de la sévérité du cas. En l'occurrence, le Dr R. _____ explique que le patient n'avait pas d'endroit où aller et qu'une chambre d'hôtel lui aurait coûté trois fois plus cher que le montant de sa chambre d'hôpital.

Au demeurant, le recourant ne demande pas le paiement des frais relatifs à son hébergement au sein de l'hôpital.

Il faut encore préciser que dans l'arrêt K 31/05 du 5 juillet 2005 cité par l'assuré à l'appui de son recours, il était question d'un traitement qui n'avait pas d'équivalent pouvant être prodigué en Suisse, si bien que la caisse intimée s'était inspirée d'un tarif pour un traitement aigu analogue. La Haute Cour avait alors statué que la solution de la caisse procédait d'une interprétation qui respectait la volonté du législateur, lequel avait voulu fixer des limites de coûts à la prise en charge d'un traitement à l'étranger. Cela étant, dans la présente espèce, le traitement entrepris a un équivalent en Suisse. Le Dr L. _____ a fourni à cet égard des informations tarifaires détaillées, sur lesquelles il convient de se fonder, sans qu'il n'y ait lieu de s'inspirer d'une autre tarification.

Dans ces conditions, il faut dès lors retenir que si le traitement ambulatoire du recourant avait été prodigué en Suisse, il se serait élevé à 11'000 francs. Conformément au texte de l'art. 36 al. 4 OAMal, les prestations visées à l'al. 2 de cette disposition sont prises en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse. Comme il est établi et non contesté que le traitement de l'accident de décompression du recourant se serait monté à 11'000 fr. s'il avait eu lieu en Suisse, les prestations pourront être prises en charge jusqu'à concurrence de 22'000 francs. Il doit ainsi être fait droit aux prétentions du recourant, qui réclame le remboursement de la facture litigieuse à hauteur de 18'880 fr. (soit le total de la facture, par 19'067 fr., dont à déduire les frais de location de la chambre d'hôpital, par 187 fr.).

5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 12 septembre 2011 réformée en ce sens que la facture de l'Hôpital D. _____ de [...] City est remboursée au recourant à hauteur de 18'880 francs.

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de 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; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, compte tenu du double échange d'écriture, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2000 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision sur opposition rendue le 12 septembre 2011 par O._____, assurance maladie et accident, est réformée en ce sens qu'O._____ doit rembourser à W._____ la facture du D._____ Hospital Medical Center de [...] City à hauteur de 18'880 fr. (dix-huit mille huit cent huitante francs).

- III. O._____ versera à W._____ une indemnité de 2000 fr. (deux mille 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 :

- Me Alexandre Guyaz (pour W._____)
- O._____, Assurance maladie et accidents
- 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 :