

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 août 2016

Composition : Mme DESSAUX, juge unique
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

A.M. _____, à [...], recourante, représentée par Me Alain Pichard, avocat,
à Vevey,

et

X. _____ Assurance Maladie SA, à [...], intimée,

**Art. 29 al. 2 Cst., 24, 25, 32 al. 1 phr. 1, 34 al. 2 phr. 1 et 43
LAMal, 36 al. 2 et 4 OAMal, 26 al. 2, 49 al. 3 et 53 al. 2 LPGA**

E n f a i t :

A. Selon le certificat d'assurance délivré le 15 octobre 2009 par X._____ Assurance Maladie SA (ci-après : la caisse ou l'intimée), A.M._____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1966, était assurée en 2010 auprès de dite caisse pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. La prime d'assurance mensuelle s'élevait à 403 fr. 20 et la franchise annuelle à 300 francs.

Alors qu'elle était en vacances au Portugal, l'assurée a été opérée d'une hernie discale à la Clinique L._____ où elle a séjourné du 17 au 19 novembre 2010. Elle a également bénéficié d'un traitement ambulatoire sur place.

L'assurée a transmis à la caisse, d'une part les factures relatives au traitement ambulatoire reçu au Portugal, au nombre de quatre, pour un montant total de 1'282 fr. 40, d'autre part la facture de la Clinique L._____ relative à l'opération et au séjour dans cet établissement, d'un montant de 7'500 euros, soit de 10'276 fr. 50.

Selon le décompte de prestations établi par la caisse le 7 mars 2011, celle-ci a remboursé à l'assurée les frais de traitement ambulatoire ci-dessus mentionnés à hauteur de 1'154 fr. 20 (après déduction de la participation de 10 %); le remboursement total selon ce décompte se montait néanmoins à 1'195 fr. 95, puisqu'il incluait d'autres prestations ne concernant pas le traitement au Portugal.

Par courrier du 17 mai 2011, la caisse a informé l'assurée qu'elle refusait de prendre à sa charge les frais du traitement dispensé au Portugal (ambulatoire et frais d'opération et de séjour à la Clinique L._____) pour le motif que, de l'avis de son médecin conseil, il n'y avait pas d'urgence pour un tel traitement de sorte que l'assurance obligatoire ne pouvait prendre en charge son coût (art. 36 al. 2 OAMal [ordonnance

du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102]). Elle a informé l'assurée qu'elle se trouvait ainsi dans l'obligation de lui demander la restitution de la somme de 1'154 fr. 20.

Le 20 mai 2011, la caisse a adressé à l'assurée une facture de participations par laquelle elle a notamment réclamé le montant de 1'154 fr. 20 correspondant au remboursement des quatre factures concernant les frais de traitement ambulatoire de l'assurée au Portugal.

Le 6 juin 2011, DAS Protection juridique SA a informé la caisse qu'elle intervenait pour la défense des intérêts de l'assurée et a requis qu'elle lui indique les motifs pour lesquels elle refusait de prendre en charge les frais de traitement au Portugal.

Par courrier du 17 juin 2011, la caisse a pris position sur la requête de la mandataire de l'assurée dans les mêmes termes que ceux contenus dans la lettre du 17 mai précédent adressée à l'assurée.

A la demande de la mandataire de l'assurée, la caisse lui a adressé, le 7 juillet 2011, l'avis de son médecin conseil, daté du 5 juillet précédent, dont il ressort notamment ce qui suit :

"Pièces à disposition

- Attestation médicale du Dr E. _____ de la L. _____ à Porto.
- Facture de l'hospitalisation de la patiente.

Diagnostic :

- Cervicobrachialgie droite sur hernie discale C5/6.

Traitement proposé par le médecin traitant

- Hospitalisation et discectomie chirurgicale avec insert d'une prothèse en titane.

Constatations / remarques particulières :

- Aucune couverture médicale en division privée.

Conclusion:

Après lecture des pièces médicales en ma possession, j'arrive à la conclusion que le traitement indiqué pour ce type de pathologie varie d'un individu à l'autre mais comprend généralement, dans un premier temps, une prise en charge de type orthopédique (physiothérapie, ostéopathie) et médicale (analgésiques, anti-inflammatoires, infiltrations). Si il (sic) n'y a pas d'amélioration, alors une chirurgie doit être envisagée.

En conclusion, je confirme intégralement mon avis du 12 mai 2011, à savoir que le traitement suivi au Portugal par la patiente n'est pas approprié ni économique puisqu'un traitement préventif aurait dû

être envisagé avant l'opération chirurgicale. Aussi, un retour en Suisse aurait été possible."

Le montant de 1'154 fr. 20 correspondant au remboursement des frais de traitement ambulatoire au Portugal effectué par la caisse le 7 mars 2011, en plus d'autres sans lien avec la présente procédure, a fait l'objet d'un rappel le 18 juillet 2011, d'une sommation le 17 août 2011 puis d'une poursuite n° 6050842 d'un montant en capital de 1'190 fr. 95 plus 5 % d'intérêt moratoire dès le 3 décembre 2011, plus frais de sommation par 30 fr. et frais d'ouverture du dossier par 90 fr., notifiée le 9 janvier 2012 par l'Office des poursuites du district de La [...]. Par décision du 8 février 2012, la caisse a levé l'opposition formée par l'assurée au commandement de payer. Finalement, statuant sur l'opposition formée à la décision de mainlevée du 8 février 2012, la caisse, par décision sur opposition du 16 novembre 2012, a admis celle-ci et annulé la décision entreprise. La poursuite litigieuse a été radiée et une correction de la facture de participation du 20 mai 2011 a été annoncée.

Le 20 février 2012, la caisse a rendu la décision suivante :

"L'article 36, alinéa 2 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) définit 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.

Les dispositions de l'article 25, alinéa 1 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoient la prise en charge des coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

Les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (article 32 LAMal).

Pour nous déterminer, nous avons pris en considération l'avis de notre médecin-conseil. Celui-ci nous confirme que le traitement suivi au Portugal du 16 au 19 novembre 2011 (sic) 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 dans l'obligation de vous confirmer notre refus de prise en charge de la somme de 7'500 euros, soit Fr. 10'276.50 conformément à notre décompte de

prestations n° 110414376 que nous vous avons adressé le 23 mai 2011.
Par ailleurs, nous avons remboursé à tort la somme de Fr. 790.40 concernant la suite du traitement effectuée au Portugal en date du 19 novembre 2010. A ce sujet, nous nous permettons de refacturer prochainement ce montant à notre assurée."

Le 21 mars 2012, l'assurée a formé opposition à la décision du 20 février précédent en faisant valoir en substance qu'il aurait été souhaitable que le médecin conseil de la caisse s'entretienne avec le Dr E._____ quant aux motifs pour lesquels elle avait dû être hospitalisée au Portugal et pourquoi l'intervention chirurgicale revêtait un caractère d'urgence.

Par décision sur opposition du 29 juin 2012, la caisse a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 20 février 2012 refusant la prise en charge des frais d'hospitalisation au Portugal d'un montant total de 8'438.14 euros, soit 11'558 fr. 90. Elle a repris les motifs figurant dans la décision du 20 février 2012. Cette décision sur opposition n'a pas fait l'objet d'un recours.

Par courrier du 26 septembre 2012, la caisse a informé l'assurée qu'elle avait mandaté son partenaire d'assistance à l'étranger afin de vérifier les tarifs pratiqués par la L._____ et également la nature de l'atteinte qui avait nécessité l'intervention en urgence au Portugal.

Le 8 novembre 2012, la caisse a informé l'assurée que de l'avis de son service médical, le traitement suivi au Portugal relevait de l'art. 36 al. 2 OAMal et que son partenaire à l'étranger lui avait confirmé que les tarifs pratiqués correspondaient aux prix facturés dans la région où l'assurée avait séjourné. Elle a indiqué qu'un nouveau décompte mentionnant le détail des prestations comptabilisées par l'assurance obligatoire des soins lui parviendrait prochainement.

Le 23 novembre 2012, la caisse a adressé un décompte de prestations rectificatif 2010 n° 173939290 ainsi libellé :

Ce remboursement fait suite à notre correspondance du 8 novembre 2012

2'257.20

Total
2'257.20"

CHF

Le 26 novembre 2012, la caisse a adressé à l'assurée le décompte de prestations n° 173952176 suivant :

Détail des prestations	Montants pris en compte	Montant à votre charge	Montant en votre faveur
L. _____ 19.11.2010 CHF 816.60 Montant pris en compte au titre de la LAMal (assurance obligatoire des soins Dédution de votre quote-part Total CHF	816.60 816.60	81.66 81.66	734.94 734.94
L. _____ 16.11.2010 CHF 130.15 Montant pris en compte au titre de la LAMal (assurance obligatoire des soins Dédution de votre quote-part Total CHF	130.15 130.15	0.03 0.03	130.12 130.12
L. _____ 16.11.2010 CHF 274.05 Montant pris en compte au titre de la LAMal (assurance obligatoire des soins Dédution de votre quote-part Total CHF	274.05 274.05	27.41 27.41	246.64 246.64
L. _____ 19.11.2010 CHF 61.60 Montant pris en compte au titre de la LAMal (assurance obligatoire des soins Total CHF	61.60 61.60		61.60 61.60
[...]			CHF 1'173.30

Par courrier du 4 juillet 2013, en se référant à la lettre de la caisse du 8 novembre 2012, l'assurée a requis de celle-ci qu'elle rende une décision formelle.

Par décision de reconsidération du 24 février 2014, la caisse a confirmé "avoir pris en charge le traitement effectué du 16 au 19 novembre 2010 au Portugal selon nos décomptes n° 173939290 du 23 novembre 2012 et n° 173952176 du 26 novembre 2012".

Le 28 mars 2014, la mandataire de l'assurée a formé opposition à la décision de reconsidération du 24 février précédent en ces termes :

"Les frais médicaux que Madame A.M._____ a dû assumer représentent un montant total de EUR 7'500.-, soit près de CHF 10'276.50 conformément à votre courrier du 17 mai 2011. Or les décomptes que vous nous avez transmis représentent un montant de CHF 2'257.20, respectivement de CHF 1'173.30, ce qui fait au total CHF 3'429.50. Nous vous remercions de bien vouloir prendre à votre charge le solde, soit : **CHF 6'847.-**, sous déduction de la franchise annuelle et des diverses participations cas échéant. Ainsi, je vous prie de bien vouloir annuler la décision du 24 février 2014 et de donner droit à Madame A.M._____ d'être remboursée de l'entier de la facture litigieuse."

Par décision sur opposition du 23 septembre 2014, la caisse a rejeté l'opposition et, citant les art. 36 al. 1, 2 et 4 OAMal, a confirmé la décision de reconsidération du 24 février 2014 en considérant notamment ce qui suit :

"Concernant l'hospitalisation de Madame A.M._____ au Portugal, celle-ci a bien été effectuée en urgence. Notre remboursement des frais a été calculé sur la base du forfait journalier, soit CHF 627.00 (tarif 2010), soit CHF 1'254 X 2 jours qui équivaut à la somme de CHF 2'508.00.

Dès lors, la somme de CHF 2'257.20 en déduction des participations légales annuelles (franchise, quote-part de 10% et taxe journalière), lui a été versée selon notre décompte n° 173939290 du 23 novembre 2012.

Aussi, le montant de CHF 1'173.30 selon notre décompte n° 173952176 du 26 novembre 2012, correspond à quatre factures d'un montant total de EUR 938.14 (CHF 1'282.40) et non à la note d'honoraires de EUR 7'500.00 (CHF 10'276.50) comme vous l'aviez mentionné sur votre courrier du 28 mars 2014.

Conclusions:

- Sur la base des indications ci-dessus, il ne nous est pas possible de verser la somme de CHF 6'847.00 demandée dans votre lettre du 28 mars 2014.
- L'opposition formulée le 28 mars 2014 est rejetée.
- La décision du 24 février 2014 est confirmée dans le sens des considérants."

B. Par acte du 27 octobre 2014, A.M._____ a recouru contre la décision sur opposition du 23 septembre précédent devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut à l'annulation, à ce que la Cour de céans prononce qu'elle "a droit au remboursement de la totalité de ses frais médicaux subis au Portugal sous déduction de la participation et de la franchise, plus intérêts", à ce que le tribunal "invite X._____ à retirer la nouvelle poursuite n° 7179046" (produite en annexe) et à ce qu'il déboute l'intimée de toutes autres, plus amples ou

contraires conclusions. Au fond, la recourante fait valoir la violation de son droit d'être entendue, faisant grief à l'intimée de n'avoir pas inclus certains documents importants dans son dossier, lequel est par ailleurs parvenu en mains de son mandataire deux jours avant le délai de recours. Elle lui reproche également d'avoir produit les conditions générales de l'année 2011, alors que le traitement médical litigieux a eu lieu en 2010. La recourante relève ensuite que le décompte n° 173952176, qui concerne quatre factures d'un montant de 1'282 fr. 40, a fait l'objet successivement de deux poursuites, la dernière en date du 15 septembre 2014 alors même que la décision sur opposition du 23 septembre 2014 indique que le montant de 1'713 fr. 30 a été remboursé et correspondrait au montant de 1'282 fr. 40, soit aux suites du traitement reçu au Portugal. Elle requiert le retrait de la poursuite du 15 septembre 2014. Quant aux frais d'hospitalisation, la recourante fait grief à l'intimée de ne pas avoir indiqué dans la décision dont est recours sur quelle base le montant de 627 fr. est retenu et appliqué au présent cas. Enfin, elle prétend, qu'en l'absence de base légale et de justificatif, il y a lieu de tenir compte du montant effectivement supporté par la recourante, soit 7'500 euros, sous déduction de la franchise et de la participation.

Par réponse du 27 février 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition du 24 septembre 2014, la recourante étant déboutée de toute autre ou contraire conclusion. Pour l'essentiel, elle reprend la motivation de la décision entreprise. Elle précise toutefois que selon la circulaire "santésuisse" (pièce n° 15 de son bordereau), le tarif journalier pour l'année 2010 pour les hospitalisations sur le canton de Vaud, canton de domicile de l'assurée, se montait à 627 fr. par jour. Par ailleurs, elle relève que la Clinique L._____ est un établissement privé et que l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal ne saurait couvrir des prestations spécifiques à des cliniques privées, mais ne couvre que les prestations en lien avec les divisions communes des hôpitaux publics. En ce qui concerne le grief de violation du droit d'être entendu, l'intimée fait valoir que les pièces du dossier ont été remises à l'assurée ou à sa représentante et que la recourante n'a pas été empêchée de déposer son recours dans le délai imparti. S'agissant des

conditions d'assurance, l'intimée relève que l'assurée était en possession de celles valables en 2010 mais que de toute manière elles ne revêtent pas une réelle importance dans la mesure où, pour ce qui est de l'assurance obligatoire des soins, elles ne sauraient déroger à la LAMal, seule applicable en l'espèce. Elle conclut que le droit d'être entendu de l'assurée n'a pas été violé et que c'est à raison qu'elle a refusé de prendre en charge la totalité des frais d'hospitalisation et de traitement réclamés.

Par écriture de son conseil du 27 novembre 2015, Me Alain Pichard, avocat à Lausanne, la recourante a informé la Cour de céans qu'elle concluait "au rejet des conclusions prises par X. _____ Assurance Maladie SA au pied de sa réponse. Au surplus, elle a indiqué renoncer à déposer une réplique plus détaillée et a renvoyé la Cour de céans à l'acte de recours.

Le 8 février 2016, faisant suite aux courriers du juge instructeur des 2 décembre 2015 et 7 janvier 2016, l'intimée a transmis l'intégralité du dossier de l'assurée au tribunal. Elle a expliqué que, dans la mesure où seule la décision sur opposition du 24 septembre 2014 semblait encore faire l'objet d'un litige, son bordereau originel ne comprenait pas toutes les autres pièces. Elle a également produit un document attestant que L. _____ est un établissement hospitalier privé.

Par écriture du 1^{er} mars 2016, la recourante a indiqué à la Cour de céans qu'elle renonçait à déposer des déterminations complémentaires.

En réponse à la lettre du juge instructeur du 11 avril 2016, l'intimée a transmis au tribunal, le 14 avril 2016, la circulaire de santésuisse datée du 12 janvier 2010 (pièce n° 15) adressée aux hôpitaux du canton de Vaud et intitulée "Tarifs 2010 à charge de l'assurance de base pour les hospitalisations en clinique privée". Cette pièce concerne les assurés couverts par l'assurance obligatoire des soins et indique que le tarif de référence est de 627 fr. par jour; il est obtenu en divisant la part à charge des assureurs-maladie au financement des patients A LAMal

vaudois hospitalisés en division commune dans les hôpitaux de soins somatiques de la CVHo par le nombre de journées réalisés.

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 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) 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 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 titre liminaire, il convient de déterminer l'objet du litige.

a) Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en

force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement entrée en force sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, aux conditions énoncées par l'art. 53 al. 2 LPGA précité. La jurisprudence précise qu'une décision, passée en force de chose décidée, est sans nul doute erronée lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée, la seule conclusion possible étant que tel est le cas (ATF 125 V 393; TFA U 98/04 du 12 août 2004). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 127 V 466 consid. 2c et 126 V 23 consid. 4b). La rectification revêt une importance notable en fonction du montant des prestations en cause. Il a par exemple été jugé qu'une créance en restitution d'un montant de 706 fr. était suffisamment importante (DTA 2000 n° 40 p. 208).

b) Aux termes de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 de cette même loi en tenant compte des conditions prévues aux art. 32 à 34 LAMal.

Selon l'art. 25 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 (al. 1). Ces prestations comprennent notamment, d'une part, les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens, ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a ch. 1), et, d'autre part, une participation aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage (al. 2 let. g).

L'art. 32 al. 1, 1^{ère} phrase LAMal précise que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 de cette loi doivent être efficaces, appropriées et économiques.

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_65/03 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".

Plus particulièrement, aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, 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 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 citées).

c) En l'espèce, il est constant que l'intimée a rendu deux décisions de reconsidération. La première, du 20 février 2012, confirmée par décision sur opposition du 29 juin 2012, refusait de prendre en charge les frais d'intervention et d'hospitalisation facturés par la Clinique L._____ et reconsidérerait partiellement la prise en charge du traitement ambulatoire suivi au Portugal (versement du 7 mars 2011) en ce sens qu'elle estimait avoir remboursé à tort la somme de 790 fr. 40 et annonçait qu'elle allait refacturer prochainement ce montant à la

recourante. Il ne ressort pas du dossier que l'intimée ait envoyé un nouveau décompte de prestations réclamant remboursement de cette somme à la recourante. Mais, à la suite de l'instruction complémentaire qu'elle a mise en œuvre avec son partenaire Z._____, l'intimée, par courrier du 8 novembre 2012, a informé l'assurée qu'elle admettait que le traitement dispensé au Portugal revêtait un caractère d'urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal. Elle annonçait un nouveau décompte de prestations. La recourante a ainsi reçu deux décomptes de prestations. Le premier, du 23 novembre 2012, avait trait aux frais d'intervention et d'hospitalisation facturés par la Clinique L._____ à hauteur de 10'276 fr. 50 (7'500 euros). Le second, daté du 26 novembre suivant, se rapportait aux quatre factures relatives au traitement ambulatoire. Ainsi, au final, alors qu'elle avait admis de prendre à sa charge le montant de 1'154 fr. 20 le 7 mars 2011 sur un total de 1'282 fr. 40, dans son décompte du 26 novembre 2012, l'intimée admettait devoir à la recourante la somme de 1'173 fr. 30. A la suite du courrier du 8 novembre 2012 et des décomptes de prestations des 23 et 26 novembre 2013, l'assurée a, par courrier du 4 juillet 2013, requis de l'intimée qu'elle rende une décision formelle, ce que cette dernière a fait, en rendant la décision de reconsidération datée du 24 février 2014, qu'elle a confirmée par décision sur opposition du 23 septembre 2014, dont est recours.

d) En l'espèce, la caisse a revu son appréciation du caractère urgent du traitement suivi par la recourante au Portugal pour finalement considérer qu'il répondait aux conditions de l'art. 36 al. 2 OAMal. Etant précisé que l'assimilation de ce traitement à un cas d'urgence n'est pas en soi litigieuse, il existait effectivement une erreur manifeste quant à la reconnaissance du droit, dans son principe, au remboursement des frais médicaux encourus à l'étranger.

Par ailleurs, au vu du montant litigieux et de la jurisprudence précitée, la rectification entreprise revêt un caractère notable.

C'est donc à juste titre que l'intimée a revu sa décision de reconsidération du 24 février 2014.

Au demeurant, on relèvera que la reconsidération, favorable à la recourante, n'a jamais été contestée par celle-ci, qui a d'ailleurs requis qu'une décision formelle soit rendue.

3. 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).

En l'occurrence, la conclusion de la recourante tendant à ce que l'intimée soit "invitée" à retirer la poursuite n° 7179046 (en remboursement d'un montant de 1'195 fr. 95 pour des prestations allouées de novembre 2010 à mars 2011), notifiée à l'intéressée le 17 septembre 2014 - et non pas le 15 septembre 2014 comme indiqué dans l'acte de recours - est irrecevable. Ce commandement de payer a été frappé d'opposition mais on ignore toutefois la suite qui lui a été donnée. Il n'en demeure pas moins que cette procédure de poursuite ne fait pas l'objet du présent litige, qui est circonscrit par la décision sur opposition du 23 septembre 2014 comme on l'a vu au considérant 2a ci-dessus. Il sera toutefois relevé que la recourante a reçu paiement du montant de 1'195 fr. 95 selon le décompte de prestations du 7 mars 2011 ainsi que de la somme de 1'173 fr. 30 selon le décompte de prestations du 26 novembre 2012, ce qui implique a priori que les frais de traitement ambulatoire auraient été remboursés à double.

4. La recourante se plaint de la violation de son droit d'être entendue.

a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101) garantit aux parties à une procédure

judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA). Le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, le droit de consulter le dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuve pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer quant à son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre, et le droit d'obtenir une décision motivée (ATF 135 II 286 consid. 5.1, 129 II 497 consid. 2.2 et 127 I 54 consid. 2b avec les arrêts cités).

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 (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et 127 V 431 consid. 3d/aa). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités).

En l'occurrence, dans la première phase de la procédure administrative, soit celle relative à la première procédure de poursuite et à la première décision de reconsidération du 20 février 2012, la recourante a apparemment obtenu l'intégralité du dossier. Dans la procédure subséquente, on peine à distinguer de quelles pièces du dossier la recourante n'aurait pas reçu copie à la faveur des différents échanges de courriers, respectivement de communications de décisions, sous réserve de la circulaire santésuisse. Dans la décision litigieuse, l'intimée mentionne avoir fixé le montant sur la base du forfait journalier au tarif 2010. Elle a certes omis de citer nommément la circulaire santésuisse 2010, respectivement de produire ce document en annexe à sa décision sur opposition. Cependant, cette omission peut être qualifiée de mineure et la recourante aura pu avoir accès à ce document en cours de procédure judiciaire de même que l'opportunité de s'exprimer en conséquence

devant l'autorité de céans, laquelle connaît la maxime d'office. S'agissant des conditions générales d'assurance 2010, on relèvera que l'assurée est présumée les avoir reçues au plus tard simultanément au certificat d'assurance 2010. À cela s'ajoute qu'elles sont sans incidence sur la résolution du litige dans la mesure où elles renvoient à la LPGA et à la LAMal et constituent de fait des dispositions d'exécution complémentaires ne dérogeant pas à ces législations. Ainsi, leur éventuelle non communication ne saurait être considérée comme d'une gravité particulière et la recourante a également bénéficié de l'opportunité de s'exprimer sur ce document dans le cadre de la procédure judiciaire.

En conséquence, les éventuels vices ont pu être réparés dans le cadre de la présente procédure de recours, où les éléments - à supposer qu'ils fussent nécessaires à la recourante pour se prononcer en connaissance de cause - ont été portés à sa connaissance et sur lesquels elle a été invitée à se déterminer.

b) La recourante se prévaut également d'un défaut de motivation de la décision incriminée, en ce sens ce qu'elle n'indique pas sur quelle base le montant de 627 fr. a été retenu et appliqué.

Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation a été déduite par la jurisprudence du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., afin que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, le juge, respectivement l'administration, doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Dès lors que l'on

peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (TF 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434).

En l'occurrence, si la décision sur opposition du 23 septembre 2014 mentionne en relation avec le montant de 627 fr. qu'il a été calculé sur la base du forfait journalier avec l'indication entre parenthèses (tarif 2010), sans préciser de quel tarif il s'agit, il n'en demeure pas moins qu'elle cite l'article 36 OAMal et se réfère à une notion connue, soit celle des tarifs forfaitaires (art. 43 LAMal), de telle sorte qu'elle permet de comprendre quels éléments ont été retenus pour fixer le montant remboursé, dans son principe à tout le moins. Ainsi, la recourante aura seulement été empêchée de vérifier l'exactitude du montant forfaitaire de 627 fr., faute de référence à la Circulaire santésuisse. Quoi qu'il en soit, une éventuelle violation du droit d'être entendu sous cet angle doit être considérée comme réparée devant la juridiction cantonale, la recourante ayant eu connaissance de cette circulaire et tout loisir de faire valoir ses arguments de façon circonstanciée dans le cadre de la présente procédure de recours.

Par ailleurs, la recourante n'a pas été empêchée de procéder de par la réception, deux jours avant l'échéance du délai, des pièces requises, d'autant que, comme on l'a vu, il ne lui aurait vraisemblablement fait défaut que de la circulaire santésuisse.

Quoiqu'il en soit, les manquements invoqués se trouvent au final corrigés en instance cantonale, le recours selon les art. 56 ss LPGa étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise, en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à TF 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). Les griefs relatifs à la violation du droit d'être entendu peuvent ainsi être écartés.

5. En l'espèce, comme déjà vu, l'intimée a finalement admis que le traitement litigieux relevait du cas d'urgence au sens de l'art. 36 al. 2 OAMal.

Reste à déterminer la quotité du droit au remboursement.

La participation de l'assuré aux coûts est régie par l'art. 64 LAMal et fixée à 10 % des coûts annuels qui dépassent la franchise. Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise ainsi que le montant maximum de la quote-part. Selon l'art. 103 al. 1 et 2 OAMal, la franchise s'élève à 300 fr. par année civile et le montant maximal de la quote-part à 700 fr. pour les adultes.

a) En ce qui concerne tout d'abord les quatre factures pour frais de traitement ambulatoire dispensé au Portugal ayant fait l'objet du décompte de prestations du 26 novembre 2012, il apparaît que l'intimée les a correctement prises en charge, après déduction de la participation de l'assurée et de la franchise. La recourante n'a au demeurant pas évoqué de grief quant aux montants retenus à titre de participation et franchise.

b) La circulaire santésuisse du 12 janvier 2010 fixe pour l'année 2010 le tarif de référence à charge de l'assurance de base pour les hospitalisations en clinique privée. Il s'élève en l'occurrence à 627 fr. par jour.

Selon l'art. 36 al. 4 OAMal, 1^{ère} phrase, les prestations visées aux al. 1 et 2, et les traitements effectués à l'étranger pour les frontaliers, les travailleurs détachés et les personnes occupées par un service public, ainsi que pour les membres de leur famille (art. 3 à 5), sont pris 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 (non litigieux en l'espèce), le montant maximum correspond à celui qui aurait été payé en Suisse.

La Clinique portugaise L. _____ est une clinique privée. Ainsi, compte tenu du caractère impératif de l'art. 36 al. 4 OAMal et au vu du tarif précité, l'intimée ne saurait prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, un montant allant au-delà de 1'254 fr. par jour d'hospitalisation en clinique privée à l'étranger.

Des précisions sur les séjours réputés traitements hospitaliers sont apportées à l'art. 3 OCP (ordonnance du 3 juillet 2002 sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie; RS 832.104). Sont ainsi réputés traitements hospitaliers les séjours d'au moins 24 heures (art. 3 let. a OCP) et de moins de 24 heures au cours desquels un lit est occupé durant une nuit (art. 3 let. b OCP).

S'agissant d'un séjour avec hospitalisation le 17 novembre 2010 et sortie le 19 novembre 2010, ce sont bien deux jours qui doivent être pris en compte au vu de l'art. 3. OPC, soit un montant de 2'508 fr. (1'254 fr. x 2). Compte tenu de la participation de 10% aux coûts dépassant la franchise, c'est à juste titre que l'intimée a arrêté à 2'257 fr. 20 le montant des prestations à rembourser à la recourante pour son traitement hospitalier au Portugal.

En définitive, les décomptes de prestations des 23 et 26 novembre 2012, repris dans la décision sur opposition dont est recours, sont corrects. Ils peuvent être confirmés.

6. S'agissant de la conclusion portant sur les intérêts, la recourante sera renvoyée à l'art. 26 al. 2 LPGA, qui prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Dans le cas présent et dès lors que c'est dans le cadre du recours que l'assurée fait valoir pour la première fois le droit à des intérêts moratoires, ceux-ci ne seraient dus

qu'à partir du 28 octobre 2015 et ce pour autant qu'à cette échéance, l'intimée n'ait toujours pas procédé aux versements annoncés par décomptes des 23 et 26 novembre 2012. Or, la recourante n'allègue pas que les montants de 2'257 fr. 20 et 1'173 fr. 30 ne lui auraient pas été versés. La conclusion est donc rejetée sur ce point.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 23 septembre 2014 par X. _____ Assurance Maladie SA est confirmée.

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

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Alain Pichard, avocat à Vevey (pour la recourante),
- X. _____ Assurance Maladie SA, à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :