

GE_GERICHTE A/2396/2014 vom 29. April 2015

GE Cour de justice, 2015-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2396_2014

FR: GE_GERICHTE A/2396/2014 du 29 avril 2015

IT: GE_GERICHTE A/2396/2014 del 29 aprile 2015

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à AÏRE, représentée par PROTEKTA Assurance de protection juridique SA recourante contre ASSURA-BASIS SA, sis Z.i. En Budron A1, MONT-SUR-LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1980, est assurée auprès de la caisse maladie Assura-Basis SA (ci-après Assura ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins, avec une franchise de CHF 300.- depuis le 1^{er} juillet 2007. Selon l'attestation d'assurance, l'assurée bénéficie en outre d'une assurance complémentaire des soins spéciaux élargie Complementa Maxi et de l'assurance complémentaire pour voyages et vacances Mondia. 2. Le 23 septembre 2013, l'assurée a communiqué à Assura une facture établie par la polyclinique Saint Antoine de Padoue (ci-après : la polyclinique), à Lomé (Togo), d'un montant de XOF 1'124'030.- (francs CFA, soit CHF 2'105.-), pour une hospitalisation du 2 au 15 septembre 2013, examens de laboratoire et médicaments inclus. En annexe figure un rapport médical établi le 15 septembre 2013 par le docteur B_____, médecin chef de la polyclinique, aux termes duquel l'assurée a été admise le 2 septembre 2013 pour fièvre, frisson, asthénie, vomissement, toux purulente, lipothymie et douleur thoracique. Elle présentait une pneumopathie infectieuse, un paludisme grave et une salmonellose digestive nécessitant une hospitalisation. L'évolution clinique a été marquée par la persistance de la fièvre jusqu'au douzième jour. 3. Dans le questionnaire pour sinistres du 16 octobre 2013, l'assurée a indiqué qu'elle était arrivée au Togo le 27 août 2013 pour des vacances avec un retour prévu pour le 19 septembre 2013. Le 2 septembre 2013 elle a été hospitalisée en raison d'une fièvre, de frissons, de vomissements et de douleurs thoraciques. Le diagnostic posé par les médecins était paludisme et grave salmonellose. Elle a joint un certificat médical du 3 septembre 2013 établi par le docteur B_____, attestant qu'elle était suivie dans le centre de santé et que son état nécessitait une hospitalisation de quatorze jours du 2 septembre au 15 septembre 2013, sous réserve de complications ultérieures. Figuraient également deux copies de quittances attestant d'un versement en espèce de XOF 1'104'030.- et XOF 20'000.- en date des 15 septembre, respectivement 2 septembre 2013. 4. Par courrier du 28 octobre 2013, Assura a informé l'assurée qu'elle ne cachait pas son étonnement quant au montant prétendument versé en cash, tout en s'appuyant sur son expérience en matière de prestations internationales ainsi que sur les conditions économiques et sanitaires du Togo. Dans ces conditions, l'assurée était invitée à fournir la preuve formelle du règlement de la facture « hors reçus simples », le nom du médecin ou de l'hôpital consulté à son retour en Suisse pour le contrôle post-hospitalier et les résultats des examens de laboratoire. L'attention de l'assurée était attirée sur le fait qu'en droit des assurances sociales, « il existe un principe selon lequel le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé ». 5. Le 8 novembre 2013, l'assurée fait part à

Assura de sa surprise, dès lors que si Assura avait vraiment l'expérience des prestations internationales et plus particulièrement de celles du Togo, elle saurait que les soins médicaux de qualité y ont toujours été coûteux, d'où la nécessité de toujours avoir une assurance-voyage en cas de besoin. En outre, la condition sine qua non pour être admis dans un hôpital ou une clinique au Togo afin de bénéficier de soins adéquats est toujours d'avancer de l'argent cash. Pour le surplus, elle a fait valoir que si le reçu qu'elle a fait parvenir ne constitue pas pour Assura la preuve formelle du règlement de la facture de son traitement, elle n'en a pas d'autre. Par ailleurs, elle ne fixe ni les tarifs des soins ni les règlements de la polyclinique. Concernant les résultats des examens de laboratoire, elle explique avoir déjà envoyé à Assura l'original de la facture détaillée, le reçu du règlement de la facture, le rapport médical et un certificat médical. Ce justificatifs sont les mêmes que ceux qu'elle a l'habitude d'envoyer pour ses soins en Suisse. Elle a confirmé, comme il était déjà indiqué dans le questionnaire qu'elle avait rempli le 16 octobre 2013, qu'il n'y a pas eu de contrôle post-hospitalier en Suisse, mais à Lomé le jour de son départ. Enfin, elle a fait valoir qu'elle avait une assurance-voyages en règle et demandait de faire le nécessaire en vue d'un remboursement dans les plus brefs délais.![endif]>![if> 6. Le 20 novembre 2013, Assura a persisté à réclamer à l'assurée des preuves formelles attestant que cette somme a réellement été portée en cash par ses soins et versée au centre hospitalier. Elle a mis en garde l'assurée sur le fait qu'en cas d'enquête nécessaire à des fins d'investigations, les frais administratifs engagés (pouvant s'élever à plusieurs centaines de francs) seraient mis à charge de la partie fautive.![endif]>![if> 7. Par courrier recommandé du 22 novembre 2013, l'assurée a résilié son contrat d'assurance obligatoire des soins au 31 décembre 2013. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a exigé d'Assura, par courrier du 18 décembre 2013, le remboursement des soins qui ont nécessité une hospitalisation en urgence au Togo. ![endif]>![if> 8. Le 23 décembre 2013, l'assurée a communiqué un extrait de son compte bancaire en Suisse, attestant un retrait de CHF 1'800,- le 26 août 2013 le jour de son départ pour le Togo. Un autre retrait de CHF 660.- a été effectué le 17 août 2013 en vue également de son voyage au Togo.![endif]>![if> 9. Par courrier du 9 janvier 2014, Assura a maintenu son refus, émettant de sérieux doutes quant à la véracité des documents qui ont été transmis. ![endif]>![if> 10. Un échange de correspondance est intervenu entre le mandataire de l'assurée et Assura, à propos du retrait des sommes d'argent et d'un appel téléphonique effectué le 18 septembre 2013 au centre d'assistance à l'étranger, entre 8h00 et 10h00.![endif]>![if> 11. Le 19 février 2014, l'assurée a communiqué à Assura copie d'un certificat médical établi par son médecin traitant, la doctoresse C_____, généraliste FMH, en date du 5 février 2014. La Dresse C_____ confirme avoir eu connaissance des problèmes de santé de la patiente lors de son séjour au Togo en septembre 2013 quand elle l'a consultée en janvier 2014. Au vu du certificat médical établi par le Dr B_____ et suite à l'entretien qu'elle a eu avec sa patiente, les diagnostics évoqués lui semblent plausibles. Dans sa pratique, elle souhaite toujours revoir après traitement les patients ayant souffert d'une pneumopathie infectieuse. Il semble que le médecin de la clinique à Lomé ne lui a pas expliqué de manière suffisamment précise la nécessité de faire un suivi à son retour en Suisse. La patiente se sentant mieux n'a pas consulté. S'agissant de la crise de paludisme, la patiente a clairement signalé avoir fait des épisodes lorsqu'elle était petite ce qui rend inutile à son sens la recherche d'anticorps qui serait très vraisemblablement positive. Le médecin traitant constate par ailleurs que les examens facturés, qui comportent ceux nécessaires à établir un diagnostic de paludisme et de pneumopathie, ont été réalisés pendant son séjour à la

polyclinique Saint Antoine de Padoue. Malheureusement, malgré plusieurs tentatives, la patiente n'a pas été en mesure de recevoir les rapports manquants (radiographies, résultats sanguins). Sa patiente se sent démunie ne pas pouvoir faire valoir ses droits, d'autant plus qu'elle aurait suivi les indications de l'assistance internationale concernant les documents à présenter.!

12. Le 21 février 2014, l'assurée a transmis des copies des résultats des analyses effectuées à Lomé les 2, 5, 7 et 14 septembre 2013, ainsi qu'un compte rendu de l'examen radiologique du 2 septembre 2013 faisant état d'une opacité parenchymateuse du lobe inférieur gauche permettant de diagnostiquer une pneumopathie infectieuse. !

13. Le 24 février 2014, Assura a informé le mandataire de l'assurée qu'après avoir pris contact avec son organisme d'assistance, SOS International, il s'avère qu'aucune demande téléphonique provenant du Togo n'a été relevée par leurs soins dans les tranches d'horaire indiquées par l'assurée. Assura a réclamé une copie de l'attestation d'incapacité de travail destinée à l'employeur pour permettre à l'assurée de récupérer ses jours de vacances. !

14. Par courrier du 4 mars 2014, Assura a informé l'assurée qu'au vu de l'ensemble des documents en sa possession, un faisceau d'indices l'amène à considérer que la facture équivalente à CHF 2'105.- ne correspond pas à la réalité ou qu'il s'agit d'une surfacturation évidente. Par conséquent, elle n'est pas en mesure d'allouer ses prestations légales dans ce cas.!

15. Par courrier du 19 mars 2014, l'assurée a relevé qu'il était choquant de constater qu'en dépit de tous les éléments qui ont été apportés Assura refusait de prendre en charge une facture et a requis une décision formelle, sujette à recours.!

16. Par décision du 16 avril 2014, Assura a refusé la prise en charge des soins nécessités par l'hospitalisation durant quatorze jours à Lomé, motif pris qu'un faisceau d'indices l'amène à considérer que la facture transmise ne correspond pas à la réalité ou qu'il s'agit d'une surfacturation évidente. Elle en veut pour preuve notamment que l'assurée est subsidiée à 100% depuis 2010 pour ses primes d'assurance-maladie et qu'il apparaît dès lors surprenant qu'elle voyage à l'étranger avec plus de CHF 2'000.- en cash, que le revenu mensuel moyen au Togo s'élève à USD 42.-, soit USD 500.- par habitant et par an de sorte que le montant de CHF 2'105.- correspond à une véritable fortune, que l'assurée n'a pas pu fournir une preuve formelle du règlement de la facture « hors des reçus simples », que pour une hospitalisation de près de quatorze jours à l'étranger elle n'a pas fait l'objet de suivi médical à son retour en Suisse, que les frais médicaux ne sont pas justifiés médicalement dès lors qu'aucun rapport d'entrée ou de sortie ne motive un séjour de quatorze jours, que pour le surplus il paraît surprenant de voir « réapparaître » des résultats de laboratoire en février 2014 et que si elle avait été hospitalisée durant quatorze jours sur une durée de vacances de vingt-quatre jours elle aurait entrepris des démarches auprès de son employeur afin de pouvoir récupérer ses jours de vacances. !

17. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a formé opposition en date du 23 avril 2014, s'insurgeant de la position de Assura. Elle a rappelé qu'elle est assurée non seulement pour l'assurance obligatoire des soins, mais également en assurances complémentaires. Elle a expliqué qu'elle était partie en vacances dans sa famille au Togo le 27 août 2013 et que malheureusement elle a dû être hospitalisée en urgence le 2 septembre 2013 pour quatorze jours en raison de paludisme grave, de salmonellose digestive et d'une pneumopathie infectieuse. Dès son retour, elle a annoncé ce sinistre et a produit tous les documents nécessaires. Les résultats des examens effectués sur place permettent de voir l'évolution de son état de santé. Le mode de paiement des soins est laissé au libre choix de l'assuré de sorte que les pièces déposées établissent au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elle s'est bel et bien acquittée du montant pour se faire

soigner. Au surplus, elle a déjà eu des crises de paludisme dans son passé ce qui a été confirmé par son médecin traitant. Elle conclut à l'annulation de la décision de refus des prestations, sous suite de frais et dépens. [endif]>[if> 18. Par décision du 23 juillet 2014, Assura a rejeté l'opposition de l'assurée, en reprenant pour l'essentiel ses arguments. Elle considère que l'assurée n'a pas pu fournir une preuve formelle du règlement de la facture, « hors des reçus simples ». Quant au retrait de CHF 2'460.- durant les jours précédant son départ, rien ne prouve que ce montant a servi à acquitter la facture précitée dès lors qu'au vu du coût de la vie au Togo rien ne justifiait qu'elle voyage avec tout cet argent sur elle, sauf à vouloir apporter de l'argent à sa famille. Les frais médicaux ne sont pas justifiés médicalement, car aucun rapport d'entrée ou de sortie ne motive un séjour hospitalier de quatorze jours. Selon l'intimée, une hospitalisation au sein de l'hôpital préfectoral de Kpalimé coûte de XOF 4'500.- à 7'500.-, peu importe sa durée. Il faut compter un minimum de XOF 2'000.- par jour de traitements divers. Dans le cas d'un paludisme grave, ce sera XOF 5'000.- quotidiens que le patient devra déboursier et XOF 10'000.- si celui-ci est compliqué. Quatorze jours d'hospitalisation ont donc été facturés huit fois plus chers que la normale. L'intimée s'étonne également de voir « réapparaître » des résultats de laboratoire en février 2014, relève que SOS International n'a pas reçu de demande téléphonique du Togo et que si l'assurée avait effectivement été hospitalisée durant quatorze jours sur une durée de vacances de vingt-quatre jours elle aurait entrepris des démarches auprès de son employeur afin de récupérer ses jours de vacances. elle considère qu'il est possible mais nullement établi ou du moins rendu vraisemblable que l'assurée a bel et bien été hospitalisée au Togo et dans l'affirmative pour les périodes indiquées et les montants prétendument payés. En réalité, les documents remis sont de faux documents dans le sens où ceux-ci laissent apparaître une surfacturation évidente et volontaire. Par conséquent, Assura refuse d'allouer ses prestations dans ce dossier, lequel doit être considéré comme une tentative d'escroquerie à l'assurance. [endif]>[if> 19. Par acte du 11 août 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, interjette recours. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et au remboursement des frais d'hospitalisation du 2 au 15 septembre 2013 nécessités par un traitement d'urgence à l'étranger. Elle relève préalablement que la manière dont elle gère ses finances, en voyageant avec du cash, n'a pas à être prise en compte dans l'octroi ou non de prestations. Elle s'est fait hospitaliser dans une clinique privée pour recevoir des soins acceptables. En effet, les étrangers et touristes ne fréquentent pas les hôpitaux publics au Togo. Quant à une preuve formelle du règlement de la facture « hormis les reçus simples », aucune autre preuve ne peut être adressée. En effet, en cas de paiement cash il paraît difficile d'admettre d'autres preuves que celles d'ores et déjà apportées. La recourante soutient qu'elle a au demeurant pu fournir la preuve du retrait d'argent à hauteur de CHF 2'460.- avant son voyage. Quant au fait qu'elle n'a pas consulté de médecin à son retour en Suisse, elle explique qu'elle allait mieux, qu'un dernier contrôle avait été effectué à la clinique à Lomé et qu'elle ne voyait pas l'utilité de consulter son médecin généraliste à son retour. De plus, elle a déjà eu des crises de paludisme dans son passé, de sorte qu'elle n'avait pas de raison de s'alarmer. Le fait qu'elle a dû énormément insister auprès de la polyclinique Saint Antoine de Padoue n'a rien d'étonnant lorsqu'il s'agit de réclamer des documents à une clinique au Togo. Elle s'étonne qu'aucune demande téléphonique du Togo n'ait été relevée par l'organisme d'assistance SOS international et que le décalage horaire doit être pris en compte lors de la recherche d'un appel entre la Suisse et le Togo. A part sa bonne fois, elle n'a toutefois aucun moyen pour prouver son appel. La recourante expose enfin qu'elle était

au bénéfice d'un emploi temporaire qui s'est terminé avant son départ pour le Togo et que par conséquent elle n'avait aucune prétention à faire valoir contre son employeur.![endif]>![if> 20. Le 12 septembre 2014, Assura a requis une prolongation de délai pour faire parvenir sa réponse, car elle avait mandaté Europ Assistance pour effectuer une enquête au Togo dont les résultats ne lui étaient pas encore parvenus.![endif]>![if> 21. Constatant que l'intimé avait repris l'instruction du dossier postérieurement à sa décision sur opposition et au recours, la chambre de céans lui a accordé un délai au 26 septembre pour prendre des conclusions y relatives. ![endif]>![if> 22. Dans sa réponse du 29 septembre 2014, l'intimée conclut au rejet du recours, au motif qu'en comparant la facture du 15 septembre 2013 à la liste des prix de la polyclinique de Saint Antoine de Padoue - obtenue par Europ Assistance -, cette dernière semblait avoir été créée de toute pièce pour correspondre à ladite facture. Par ailleurs, la liste des prix contient des incohérences, à savoir que certains examens sont facturés plus chers aux non-assurés qu'aux assurés locaux et étrangers. Il est possible, mais nullement établi ou du moins rendu vraisemblable, que l'assurée avait été bien hospitalisée au Togo et, dans l'affirmative, pour la période indiquée et les montants prétendument payés.![endif]>![if> Elle a produit les nouveaux documents obtenus lors de la reprise de l'instruction, à savoir la liste des prix de la polyclinique obtenue le 15 septembre 2014 par le correspondant togolais d'Europ Assistance Suisse, après de nombreuses démarches. Cette liste prévoit trois tarifs différents pour les examens effectués, les consultations et les séjours, à savoir le premier pour les non-assurés, le deuxième pour les assurés locaux et le troisième pour les assurés étrangers. Le tarif pour les séjours est plus élevé pour une chambre à deux lits climatisés (2 ème catégorie) que pour une chambre à un lit climatisé (1 ère catégorie). Selon le rapport dudit correspondant, transmis par courriel du 9 septembre 2014, qui avait pu rencontrer le Dr B_____, la recourante avait été effectivement hospitalisée dans sa clinique durant la période mentionnée. Ce médecin n'avait pas pu produire les documents attestant les soins prodigués et les justificatifs des frais y afférents car la clinique avait été victime d'un cambriolage dans la nuit du 5 au 6 mai 2014 entraînant la perte de données. Il a joint à son rapport une copie du registre d'hospitalisation manuscrit indiquant que la recourante, étrangère, était hospitalisée les 3 et 4 septembre 2013 avec perfusion, un message de l'adjoint du commandant de la brigade territoriale Ahadji-Kpota daté du 6 mai 2014 mentionnant que la polyclinique avait été victime d'un vol d'ordinateurs dans la nuit du 5 au 6 mai 2014 et une attestation de la polyclinique du 8 septembre 2014 certifiant l'authenticité de la facture n° 13-086 du 15 septembre 2013 relative aux soins de la recourante. 23. La chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 15 octobre 2014. ![endif]>![if> L'intimée a déclaré partir du principe que tout est faux et que de son point de vue l'assurée s'est procurée de faux documents. A la demande de la chambre de céans, elle a affirmé que vu la lenteur de la justice, elle avait décidé de ne pas déposer plainte pénale. Les sommes articulées ne correspondent pas à la réalité des choses sur le terrain et il y a la coïncidence d'un vol lorsqu'elle avait demandé des documents. Elle a expliqué avoir mandaté Europ Assistance qui lui a fait parvenir un certain nombre de documents. Elle ne savait pas si Europ Assistance avait eu un contact avec les médecins sur place. Selon elle, en Afrique on achète n'importe quel document. Elle a affirmé que de son point de vue, ces tarifs sont impossibles s'agissant d'une clinique privée au Togo. La recourante a confirmé qu'elle s'était rendue au Togo en vacances en août 2013 et qu'elle était tombée malade. Elle est sujette à des asthmes allergiques. Sur place, elle a contracté une pneumopathie infectieuse et le paludisme bien qu'elle avait pris

une prévention antipaludéenne. Elle a expliqué qu'elle était née en Afrique où elle a vécu jusqu'à ses dix-huit ans. Elle a produit les reçus originaux des versements et confirmé avoir payé en espèces en francs CFA, ce qui est une pratique courante là-bas. Elle a affirmé avoir appelé le numéro d'urgence de l'assurance le 18 septembre, le matin de son départ, avec une puce SIM locale. Étant donné qu'elle avait rendez-vous avec le médecin de la polyclinique avant son départ pour la Suisse et que c'était la première fois qu'elle se faisait hospitaliser hors de la Suisse, elle voulait savoir quels documents il fallait produire. Par téléphone, son interlocuteur, un monsieur, lui a dit qu'il fallait produire les documents usuels, ce qu'elle a fait. Interpelé par la chambre de céans, l'intimée a affirmé qu'elle ne pouvait pas répondre à la question de savoir si Europ Assistance sur place s'était rendu auprès de la gendarmerie pour vérifier si une plainte avait été déposée par la polyclinique pour vol. Apparemment, Europ Assistance n'avait pas pris contact avec le ministère de la santé du Togo, ni avec la direction de la clinique concernant les tarifs. Elle avait par ailleurs constaté des incohérences, à savoir que des tarifs sont plus élevés pour des résidents que pour des étrangers et qu'une chambre deuxième catégorie est plus chère qu'une chambre première catégorie. En outre, il n'y avait pas eu de suivi médical au retour en Suisse, ce qui est surprenant. Pour le surplus, elle a déclaré qu'il n'y avait pas de preuve formelle que l'argent retiré par l'assurée avant son départ de Suisse ait servi à payer les frais d'hôpitaux. Elle pouvait néanmoins partir du principe que l'assurée avait été hospitalisée. L'assurée a déclaré qu'un suivi médical au retour en Suisse n'était pas une obligation, qu'elle se sentait mieux. Elle avait également songé à déposer plainte pénale contre son assureur et en avait parlé avec sa mandataire qui lui avait expliqué qu'elle n'était pas couverte par sa protection juridique en matière pénale. Concernant les tarifs, la recourante a expliqué que sa mère, qui avait été victime d'un AVC au Togo en 2008, avait été hospitalisée dans une clinique privée environ trois semaines et qu'à cette occasion, la famille avait payé à l'époque CHF 5'000.- pour les frais, alors que sa mère ne vivait pas encore en Suisse et n'était pas assurée sur place. La recourante a maintenu avoir téléphoné au numéro d'urgence de l'intimée. Son numéro d'appel devait correspondre à un préfixe 00228 plus le numéro de la puce locale. Elle n'avait pas demandé le nom de la personne qui lui avait répondu au bout du fil. Son interlocuteur lui avait même proposé de lui passer un médecin, mais elle avait refusé, parce qu'elle voyait le médecin de l'hôpital quelques instants après. La mandataire de l'assurée a relevé que l'intimée se réfère aux tarifs appliqués dans un hôpital préfectoral à Kpalimé; or, il s'agit d'une petite ville qui se situe à plus de cent kilomètres de la capitale, à une ou deux heures de route. On ne comprend pas bien cette argumentation, dans la mesure où se pose la question de savoir si les tarifs d'un hôpital préfectoral ne sont pas différents d'une clinique privée à Lomé. L'intimée a précisé qu'elle avait trouvé ces tarifs sur internet à titre de comparaison. Elle a admis n'avoir pas contacté le ministère de la santé togolais pour en savoir plus sur les tarifs pratiqués par les cliniques à Lomé. Elle a persisté dans ses conclusions. La recourante s'est déclarée outrée par le comportement de l'intimée. Elle a fait confiance à son assurance, en ce sens qu'elle pensait être remboursée à son retour en Suisse, et au lieu de cela on l'accuse de fraude à l'assurance. Elle était assurée auprès de l'intimée depuis 2007, mais suite à son accusation, elle a résilié son assurance de base chez cet assureur. 24. Le 20 mars 2015, à la requête de la chambre de céans, la recourante a produit copie du billet d'avion relatif à son voyage à Lomé mentionnant un vol aller le 27 août 2013 et un vol retour le 18 septembre 2013. 25. Après communication de ce document à l'intimé, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26

septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).¹ Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.² Interjeté dans le délai et la forme prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 -LPA-GE - E 5 10).³ Le litige consiste à déterminer si la recourante est en droit de réclamer à l'intimée la prise en charge des frais médicaux relatifs à son hospitalisation à Lomé, au Togo, du 2 septembre au 15 septembre 2013, pour un total de XFO 1'124'030.- (CHF 2'105.-).⁴ En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. Une mesure est efficace lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes scientifiques et permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché (ATF 139 V 135 consid. 4.4.1; ATF 128 V 159 consid. 5c/aa; RAMA 2000 p. 279). L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2; ATF 125 V 95 consid. 4a). Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 124 V 196 consid. 4; RAMA 1998 p. 1). Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3; ATF 126 V 334 consid. 2b).⁵ 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 prévus aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales (première phrase). Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal, intitulé « Prestations à l'étranger ». D'après cette disposition, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. (al. 2). Dans ce cas, les prestations sont prises en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse (al. 4). Il

convient toutefois de s'assurer que les critères d'efficacité et d'économicité soient également pris en compte (ATF 131 V 271 consid. 3.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid.

3.2).> 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2). 6.

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 351 consid. 3).> A cet égard, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; 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; ATF 126 V 353 consid. 5b). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGa). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). L'obligation de prêter de l'assureur-maladie suppose des

indications fiables notamment sur les investigations et les traitements. A cet égard, il convient de poser des exigences élevées en matière d'obligation de collaborer de l'assuré et de valeur probante des documents relatifs aux traitements hors de Suisse, d'autant plus que les possibilités de vérification par l'assureur à l'étranger sont restreintes (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 222/05 du 29 août 2006 consid. 4.2). En effet, les assureurs-maladies ne peuvent appliquer les art. 42 al. 3 et 4 et 57 al. 6 LAMal à l'encontre de prestataires étrangers. Il en résulte une obligation étendue pour l'assuré de collaborer à la récolte des données nécessaires à la décision. Les assurés ont ainsi l'obligation de fournir à l'assurance les factures originales, les dates du traitement, les diagnostics, les prestations médicales et leur coût, le lieu du traitement et le nom et l'adresse des prestataires étrangers. Le traitement doit en définitive être compréhensible et vraisemblable (EUGSTER, *Krankenversicherung in Soziale Sicherheit*, SBVR, 2^{ème} éd. 2007, n. 486 p. 563). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 7. En l'espèce, l'intimée refuse de prendre en charge les frais médicaux relatifs à l'hospitalisation de la recourante à Lomé, se fondant sur son expérience en matière de prestations internationales ainsi que sur les conditions économiques et sanitaires du Togo. Elle considère que tous les documents produits sont faux, allant même jusqu'à douter de l'hospitalisation de la recourante et du paiement en espèces des soins. Lors de l'audience de comparution personnelle, elle a déclaré que de son point de vue la recourante s'était procuré de faux documents, avant d'admettre qu'elle avait bien été hospitalisée. 8. La recourante conteste ce point de vue et soutient avoir entièrement satisfait à son obligation de collaborer en produisant tous les documents réclamés par l'intimée. Elle se déclare par ailleurs offusquée de l'accusation d'escroquerie à l'assurance portée par l'intimée à son encontre. 8. Préalablement, il y a lieu de relever qu'il est établi que la recourante s'est rendue en avion, le 27 août 2013, de Genève à Lomé. 9. La chambre de céans constate que la recourante, dès son retour du Togo, a communiqué à l'intimée une facture de la polyclinique d'un montant de XOF 1'124'030.- et un rapport médical, datés du 15 septembre 2013, relatifs à une hospitalisation du 2 au 15 septembre 2013. Dans le questionnaire pour sinistre du 16 octobre 2013, la recourante a précisé qu'elle était arrivée au Togo le 27 août 2013, que le retour était prévu le 19 septembre 2013 et qu'elle avait été hospitalisée le 2 septembre 2013 pour un paludisme grave et une salmonellose. A la demande de l'intimée, elle a transmis par la suite deux quittances, un certificat médical, les résultats des examens de laboratoire et d'un examen radiologique, ainsi qu'un extrait de son compte bancaire attestant de deux retraits bancaires effectués en Suisse avant son départ pour Lomé. Selon le rapport établi le 15 septembre 2013 par le Dr B _____, la recourante a été admise à la polyclinique, le 2 septembre 2013, en raison de fièvre, frisson, asthénie, vomissement, toux purulente, lipothymie et douleur thoracique. Ont été posés les diagnostics de pneumopathie infectieuse, paludisme grave et salmonellose digestive. Les soins ont consisté en hospitalisation, antipaludéen, antalgique et antibiotique. L'évolution clinique a été marquée

par la persistance de la fièvre jusqu'au 12^{ème} jour, puis une sortie le 14^{ème} jour. Dans un premier argument, l'intimée conteste l'authenticité dudit rapport au motif que tout s'achète en Afrique. Toutefois, une affirmation aussi générale ne permet pas de remettre en cause son authenticité s'il n'existe pas des indices concrets faisant douter de celle-ci. L'intimée soutient que de tels indices résident dans le fait qu'un assuré au bénéfice d'un subside de prime d'assurance-maladie de 100%, voyage à l'étranger avec CHF 2'000.- en cash, que le montant de la facture correspond à une véritable fortune au vu du revenu moyen au Togo, que la recourante n'a pas pu fournir une preuve formelle du règlement de la facture, que la recourante n'a pas fait l'objet d'un suivi médical à son retour en Suisse, qu'il n'existe aucun rapport d'entrée ou de sortie motivant un séjour de quatorze jours, que les résultats de laboratoire ont été produits en février 2014 et qu'un vol est intervenu bien à propos lorsqu'elle a demandé des documents complémentaires. En audience de comparution personnelle, elle a toutefois admis que la recourante avait été hospitalisée. 9. a) Au vu des déclarations contradictoires de l'intimée, la chambre de céans retiendra qu'elle ne conteste plus l'hospitalisation de la recourante à la polyclinique en septembre 2013. Par conséquent, il n'est pas nécessaire d'examiner si le registre manuscrit de la polyclinique comportant le nom de la recourante au milieu d'autres noms de personnes hospitalisées les 3 et 4 septembre 2013 atteste l'hospitalisation de la recourante au début septembre 2013 malgré le vol des ordinateurs déclaré à la police locale, ce d'autant plus que l'absence de trace administrative du passage de l'assuré dans une clinique n'est pas un fait inhabituel dans un pays en voie de développement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 120/06 du 26 juillet 2007 consid. 3.2). b) La chambre de céans ne distingue pas en quoi le subside mensuel cantonal de CHF 90.- dont bénéficie la recourante depuis 2010 pour le paiement de sa prime d'assurance-maladie devait l'empêcher de retirer CHF 2'460.- de son compte en banque avant de partir au Togo pour un voyage de trois semaines. En effet, l'intimée n'a pas connaissance de la situation de revenu et de fortune de la recourante, de sorte qu'elle ne peut que procéder à des hypothèses ce qui ne satisfait pas aux exigences de preuve de la vraisemblance prépondérante. En outre, à l'instar de ce qui prévaut en droit des prestations complémentaires, il n'appartient pas à l'assureur de procéder à un contrôle du mode de vie des assurés, ni d'examiner si l'intéressé s'est écarté d'une ligne que l'on pourrait qualifier de « normale » et qu'il faudrait au demeurant préciser (arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 65/04 du 29 août 2005 consid. 5.3.1; VSI 1994 p. 225 s. consid. 3b). Quoiqu'il en soit, sachant au demeurant que dans de nombreux pays en voie de développement les paiements par cartes bancaires ou cartes de crédit ne sont pas d'un usage courant, il n'y a rien d'extraordinaire à ce que la recourante ait procédé à des retraits en espèces avant son départ pour le Togo. c) L'intimée ne contestant plus, en définitive, que la recourante a été hospitalisée, le fait que celle-ci n'ait pas fait l'objet d'un suivi médical à son retour en Suisse n'est pas déterminant, mais dénote plutôt une certaine légèreté de sa part qui peut être expliquée par son « expérience » de la malaria au vu des épisodes antérieurs qu'elle avait déjà connus et, selon le médecin traitant (cf. rapport du 5 février 2014), d'un manque de précision de la part du Dr B. _____ quant à la nécessité de procéder à un tel suivi. d) S'agissant de la preuve du paiement de la facture, l'art. 88 al. 1 de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations - RS 220) prescrit que le débiteur qui paie a le droit d'exiger une quittance et, si la dette est éteinte intégralement, la remise ou l'annulation du titre. En signant un reçu au sens large, le créancier reconnaît que le débiteur a exécuté la prestation (ATF 127 III 444 consid. 1a). Lorsque la prestation en jeu est de nature pécuniaire, le terme utilisé est « quittance », qui se

définit donc comme l'attestation du créancier reconnaissant avoir reçu la somme due (ATF 103 IV 36 consid. 2). Le reçu ou la quittance est un simple moyen de preuve (ATF 45 II 210 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_97/2007 du 10 octobre 2007 consid. 3.2). La quittance, envisagée par l'art. 88 CO, atteste la réception d'une prestation déterminée et constitue un moyen de preuve (ATF 139 III 160 consid. 2.7). Les deux quittances originales de la polyclinique des 2 et 15 septembre 2013 dûment signées et comportant le timbre de la polyclinique attestent que celle-ci a reçu de la part de la recourante XFO 20'000.- pour consultation, respectivement XFO 1'104'030.- pour hospitalisation, pharmacie, laboratoires et examens paramédicaux. Au vu de ce qui précède, de telles quittances constituent un moyen de preuve du paiement des frais médicaux. Exiger des preuves « hors quittances simples » pour un versement en espèces revient à demander la preuve d'un fait par la négative. Par conséquent, faute d'avoir rendu vraisemblable l'existence d'éléments concrets permettant d'écarter la preuve du paiement découlant desdites quittances, l'intimée n'était pas en droit de réclamer d'autres titres de paiement. e) Enfin, il n'existe aucun indice concret permettant de douter de l'authenticité du rapport du Dr B_____ daté du 15 septembre 2013. Ledit rapport comporte un diagnostic, les plaintes de la recourante, les constatations faites lors de l'examen du 2 septembre 2013, la description du traitement entrepris et un bref résumé de l'évolution de l'état de santé de la recourante jusqu'à la fin de son hospitalisation. En outre, selon les explications données par la Dresse C_____ dans son rapport du 5 février 2014, les diagnostics posés lui semblent plausibles au vu de sa consultation de janvier 2014 et de l'entretien qu'elle a eu avec la recourante. Par conséquent, le rapport du Dr B_____ remplit les conditions jurisprudentielles pour que lui soit reconnu une pleine valeur probante, de sorte que l'hospitalisation de la recourante à la polyclinique du 2 au 15 septembre 2013 en raison de paludisme grave, pneumopathie infectieuse, salmonellose digestive n'est pas contestable ce d'autant plus que le Togo est un pays d'Afrique subsaharienne où sévit le paludisme à l'état endémique qui est classé par l'OMS en zone III, c'est-à-dire en zone de prévalence élevée et risque de multirésistance (<http://www.who.int/ith/chapters/ithcountrylistFR.pdf>). Il n'apparaît dès lors pas surprenant de contracter cette maladie, sachant que le traitement préventif au moyen d'une chimioprophylaxie ne permet pas d'exclure d'en être atteint. Il n'est pas davantage contestable que la recourante présentait une forte fièvre (40°5) qui a persisté jusqu'au 12^{ème} jour et qu'elle devait être traitée en urgence puisque son état de santé s'opposait à un report du traitement, notamment en raison de la forte fièvre et du paludisme grave qui constitue une urgence médicale (directives de l'OMS pour le traitement du paludisme, 2^{ème} édition 2011, p. 46 disponible sur whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242547924_fre.pdf). 10. Dans un second argument, l'intimée conteste le montant de la facture de la polyclinique du 15 septembre 2013. Par conséquent, il convient d'examiner si le traitement remplit les conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économicité requises par l'art. 32 al. 1 LAMal. La chambre de céans constate à cet égard que la facture n° 13-086 du 15 septembre 2013 d'un montant de XOF 1'124'030.- concernant un séjour du 2 au 15 septembre 2013, produite par la recourante immédiatement après son retour de vacances, est établie à l'en-tête de la polyclinique, comporte un numéro de référence et est détaillée, en ce sens qu'elle mentionne les rubriques honoraires, hospitalisation, pharmacie, laboratoires et examens paramédicaux. Chaque poste est détaillé et précise la quantité, le prix unitaire et le total des prestations fournies. On retrouve le détail des médicaments administrés, les quantités, ainsi que tous les examens de laboratoire pratiqués. Enfin, sous la rubrique examens paramédicaux, il est fait état d'une radiologie du thorax. Par conséquent,

elle permet de connaître précisément les examens subis, les examens sanguins pratiqués et les médicaments administrés, étant précisé qu'après de nombreuses démarches, la recourante a également réussi à obtenir des copies des résultats des bilans sanguins et de l'examen radiologique qui confirment les analyses et examens facturés. Le fait que la recourante ait dû patienter cinq mois pour les obtenir n'a rien d'anormal dans un pays en voie de développement, contrairement à ce que soutient l'intimée. Selon le rapport de la Dresse C_____ du 5 février 2014, les examens facturés sont ceux qui sont nécessaires pour poser un diagnostic de paludisme et de pneumopathie, de sorte qu'il n'est pas contestable que le traitement remplit le critère d'efficacité. 11. S'agissant du critère d'adéquation, à l'instar du médecin traitant de la recourante, la chambre de céans constate une parfaite corrélation entre les résultats des examens de laboratoire pratiqués, les médicaments administrés et les diagnostics posés; la parasitologie, plus particulièrement l'analyse de la goutte épaisse, a mis en évidence la présence de trophozoïtes et de gamétocytes de *plasmodium falciparum* alors que la radiographie pulmonaire a objectivé une opacité parenchymateuse du lobe inférieur gauche. Quant aux médicaments, outre les antibiotiques, la chambre de céans relève que la recourante a été traitée par de l'artéméther (artémisinine – ACT).>[if> Selon les directives de l'OMS, s'agissant du traitement du paludisme grave à *falciparum*, après un bilan clinique rapide et la confirmation du diagnostic, il faut commencer sans retard le traitement par voie parentérale à l'aide des doses complètes du premier antipaludéen efficace que l'on a sous la main. Chez l'adulte, l'artésunate à raison de 2,4 mg/kg de poids corporel en intraveineuse ou en intramusculaire administré dès l'admission (temps zéro), puis au bout de 12 et 24 heures et ensuite une fois par jour, constitue le traitement recommandé. L'artéméther ou la quinine sont des options acceptables, si l'on ne dispose pas d'artésunate injectable (p. 49). Les malades atteints de paludisme grave ont besoin de soins infirmiers intensifs, de préférence dans un service spécialisé. Des contrôles cliniques doivent être effectués le plus souvent possible. Il s'agit notamment de la surveillance des signes vitaux, de la cotation du degré de coma et du débit urinaire. En cas de pneumopathie secondaire ou devant des signes évidents de pneumopathie de déglutition, il faut entreprendre une antibiothérapie empirique au moyen d'une céphalosporine de troisième génération ou un autre antibiotique approprié compte tenu de la sensibilité des germes locaux (cf Directives pour le traitement du paludisme, 2^{ème} édition, p. 50) Au vu de ces directives, le traitement du paludisme *falciparum* par l'artéméther constitue une option acceptable lorsque l'artésunate n'est pas disponible. Quant à l'hospitalisation, elle était indispensable puisque les malades atteints de paludisme grave ont besoin de soins infirmiers intensifs jusqu'à la fin du traitement avec contrôles cliniques destinés à surveiller les signes vitaux. Par conséquent, le traitement prodigué à la recourante par la polyclinique était adéquat. 12. S'agissant du critère d'économicité, l'intimée ne soutient pas qu'il existe des alternatives au type et à l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques pratiquées par la polyclinique. En revanche, elle invoque une surfacturation évidente et volontaire au vu des tarifs pratiqués par l'hôpital de district de Kpalimé.>[if> L'intimée n'a pas produit les tarifs dudit hôpital, de sorte que la chambre de céans ne peut pas se déterminer sur la différence de tarif invoquée. Quoiqu'il en soit, il n'est pas possible de comparer les tarifs pratiqués par les deux établissements, ceux-ci ne faisant pas partie de la même catégorie et n'étant pas situés dans la même région. En effet, l'hôpital de Kpalimé est un hôpital public de district qui se trouve à 150 km de la capitale, alors que la polyclinique ne fait pas partie des hôpitaux publics (cf. site du Ministère de la santé de la république togolaise, structures de références,

www.sante.gouv.tg/index.php?option=com_content&view=article&id=18&Itemid=10), mais est un établissement privé de la capitale dont les tarifs ne sont pas publiés. L'intimée a obtenu d'Europ Assistance la liste de prix de la polyclinique faisant apparaître que les prestations énumérées dans la facture du 15 septembre 2013 correspondent rigoureusement à la liste de prix obtenue. Pour ce motif notamment, elle en conteste l'authenticité. La chambre de céans relèvera que la position de l'intimée est pour le moins singulière. En effet, elle revient à considérer que toute facture provenant du Togo est suspecte et qu'elle l'est encore plus lorsqu'elle correspond au tarif obtenu par son correspondant international sur place. Par conséquent, il est étrange qu'elle se réfère au tarif de l'hôpital de district de Kpalimé pour contester la facture de la polyclinique, car si l'on suit sa logique, ledit tarif devrait également être un faux. L'intimée soutient encore que la liste de prix de la polyclinique est un faux au motif que le prix de la chambre à deux lits climatisés (2^{ème} catégorie) est plus élevé que celui de la chambre à un lit climatisé (1^{ère} catégorie). Cet élément est effectivement étrange et aurait mérité de sa part qu'elle demande au représentant d'Europ Assistance sur place de clarifier cette situation. En effet, il est possible qu'il y ait eu une erreur de saisie informatique au moment de la création de la liste ou encore que cette différence s'explique par une différence d'équipement (TV, téléphone, douche, WC, etc.). Quoi qu'il en soit, il n'y a pas lieu dans le cadre de la présente procédure d'instruire cette question, dès lors que la polyclinique a facturé le tarif le moins élevé des deux catégories. Quant aux prix des prestations figurant dans la liste de la polyclinique, la chambre de céans ne discerne aucun élément concret permettant de les mettre en doute et nécessitant de procéder à des investigations supplémentaires, étant précisé que l'intimée n'a pris aucun contact avec le ministère de la santé togolais pour vérifier les tarifs pratiqués par la polyclinique. Par conséquent, elle n'a pas rendu vraisemblable un non respect du principe de l'économicité. L'intimée invoque enfin une surfacturation au motif que la liste de prix de la polyclinique applique trois tarifs différents d'hospitalisation selon que le patient est étranger ou local et encore, dans ce dernier cas, suivant qu'il est assuré ou non assuré. Une telle différence de prix pour les résidents et les étrangers ainsi que pour les assurés et non assurés n'est pas rare. Elle est pratiquée dans de nombreux pays et notamment en Suisse. En effet, un supplément peut être comptabilisé en cas de traitement stationnaire, conformément à la liste tarifaire, aux patients venant d'un pays avec lequel la Suisse n'a pas conclu d'accord bilatéral ainsi qu'aux patients dépourvus de protection tarifaire assumant eux-mêmes leurs frais d'hospitalisation (cf. notamment la nomenclature tarifaire du centre hospitalier Bienne SA ch. 10 disponible sur www.centre-hospitalier-bienne.ch/fileadmin/pdf/Aufenthalt_im_SZB/nomenclatur_tarifaire_2015_sign.pdf). En définitive, la recourante a fourni à l'intimée une facture originale, un rapport de sortie mentionnant les dates du traitement, les diagnostics, les prestations médicales le lieu du traitement ainsi que le nom et l'adresse du prestataire étranger. De plus, le traitement est compréhensible et vraisemblable. Par conséquent, toutes les conditions sont réunies pour que la facture de traitement à l'étranger de XFO 1'124'030.- soit entièrement prise en charge par l'intimée, étant précisé que celle-ci ne conteste pas qu'elle n'est pas supérieure au double de ce qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse au sens de l'art. 36 al. 4 OAMal. Dès lors, force est de constater que l'intimée s'est fondée à tort sur des éléments non objectifs - qu'elle n'a nullement rendu vraisemblables - pour refuser de prendre en charge les frais encourus par la recourante suite à une hospitalisation d'urgence à Lomé. Au vu de ce qui précède, l'intimée est tenue de prendre en charge les frais découlant de l'hospitalisation d'urgence, conformément à l'art.

35 OAMal. 13. Le recours, bien fondé, est admis.![endif]>![if> 14. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à CHF 2'500.- (art. 62 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). ![endif]>![if> Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.