

GE_GERICHTE A/4058/2010 vom 9. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4058_2010

FR: GE_GERICHTE A/4058/2010 du 9 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/4058/2010 del 9 novembre 2011

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Madame M _____, domiciliée à Chêne-Bougeries, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître François MEMBREZ recourante contre MUTUEL ASSURANCES, sise rue du Nord 5, 1920 Martigny intimée EN FAIT Madame M _____, née en 1947, est assurée auprès de la MUTUEL ASSURANCES (ci-après: la caisse, puis l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins. Le 17 janvier 2007, le Dr A _____, médecin-dentiste, transmet à la caisse un devis pour soins dentaires en relation avec un carcinome épidermoïde de l'amygdale droite. Il s'agissait de deux radiographies, huit obturations et de la confection de deux gouttières de fluoruration d'un montant de 1'667 fr. 70. La caisse prend en charge ce traitement. Par la suite, elle accepte également le remboursement d'autres traitements effectués en 2007 par ce médecin-dentiste. Le 29 avril 2008, le Dr B _____, médecin-dentiste, demande à la caisse la prise en charge d'un traitement devisé à 2'554 fr. 40. Par courrier du 5 juin 2008, la caisse l'informe qu'elle remboursera ce traitement, tout en précisant qu'à l'avenir, seuls les traitements de prophylaxie et d'hygiène seront remboursés. Le 8 décembre 2008, le Dr B _____ demande à la caisse la prise en charge d'un traitement devisé à 3'516 fr. Dans son appréciation du 18 décembre 2008, Monsieur N _____, dentiste-conseil de la caisse, estime que ce traitement doit être refusé, seuls les traitements de prophylaxie et d'hygiène étant à la charge de la caisse. Par courrier du 24 décembre 2008, la caisse informe le Dr B _____ du refus du traitement envisagé, celui-ci n'étant pas en relation avec la maladie dont souffre l'assurée. Elle répète que seuls les traitements de prophylaxie et d'hygiène pourront être remboursés à l'avenir. Le 27 décembre 2008, l'assurée fait part à la caisse de sa surprise du refus de prise en charge du traitement devisé à 3'516 fr. et explique que les rayons et la chimiothérapie creusent ses dents de devant qui n'ont pas encore de couronnes. Ses dents se désagrègent, s'effritent et font des trous, de sorte qu'elle a toujours l'impression d'avoir du sable dans la bouche. Pour cesser ce processus, la seule solution est de mettre des couronnes. L'assurée requiert dès lors une nouvelle fois la prise en charge du traitement envisagé par le Dr B _____. Dans sa prise de position du 15 janvier 2009, le dentiste-conseil de la caisse préconise le maintien du refus, dès lors que la nécessité de restaurer les incisives antérieures supérieures est due à l'usure et non pas à la maladie. Par courrier du 16 janvier 2009, la caisse fait savoir à l'assurée qu'elle persiste dans son refus, sur la base de l'avis médical précité. Par courrier du 16 mars 2009, l'assurée avise la caisse qu'elle doit subir un nouveau traitement dentaire, ses dents étant de nouveau en mauvais état suite aux chimiothérapie et radiothérapie subies. Elle conteste que les atteintes aux dents soient dues à l'usure et affirme qu'elles sont la conséquence du traitement de son cancer, soit en particulier du manque de salive. Dans sa prise de position du 9 avril 2009, le dentiste-conseil de la caisse donne son accord à la prise en charge du traitement, en ce qui concerne les composites, après s'être entretenu téléphoniquement avec le Dr B _____.

La caisse fait sienne cette position et la communique le 20 avril 2009 à ce dernier, avec copie à l'assurée. Le 4 août 2009, le Dr B _____ facture à l'assurée des honoraires d'un montant de 1'700 fr., après déduction, du total de sa note d'honoraires de 4675 fr., d'un acompte de 2'975 fr. payé par la caisse pour soins donnés du 23 juin au 9 juillet 2009. Le 8 octobre 2009, le Dr B _____ demande à la caisse de prendre en charge un traitement d'un montant de 1'813 fr. 50, en précisant qu'il est en étroite relation avec le traitement de radiothérapie que l'assurée a suivi naguère. Il explique que les dents 41, 31 et 32 se sont fracturées et qu'une restauration défectueuse de la dent 23 a été changée. Dans son avis médical du 20 octobre 2009, le dentiste-conseil de la caisse préconise le refus de la prise en charge, en précisant que la participation de la caisse se limite aux mesures d'hygiène et de prophylaxie. Le 26 octobre 2009, la caisse communique cette position au Dr B _____.

Le 29 octobre 2009, le Dr B _____ adresse à l'assurée une note d'honoraires de 1'980 fr. pour les traitements prodigués du 3 septembre au 1^{er} octobre 2009. A la demande du conseil de l'assurée, la caisse lui confirme le 26 novembre 2009 qu'elle ne participe qu'aux mesures d'hygiène et de prophylaxie (détartrage, contrôles annuels, gouttières de fluoration). Le 26 janvier 2010, la Dre C _____, spécialiste en ORL et chirurgie cervico-faciale, confirme au mandataire de l'assurée que celle-ci a présenté un carcinome de l'amygdale droite, diagnostiqué en avril 2006, et subi une chimiothérapie et une radiothérapie du 7 juin au 14 juillet 2006. Ce dernier traitement a entraîné une xérostomie de grade 2. Ce médecin expose par ailleurs que la radiothérapie au niveau de la cavité buccale entraîne des modifications gingivales, ainsi qu'une modification de la quantité et de la qualité de la salive, rendant les dents plus sensibles à une corrosion et à des fractures. Elle pense que l'état dentaire de l'assurée est la conséquence du traitement pour la tumeur pharyngée. Le 8 mars 2010, l'assurée demande à la caisse, par l'intermédiaire de son conseil, de préciser sur quelle base légale elle se fonde pour limiter sa participation aux mesures d'hygiène et de prophylaxie. Elle réitère sa demande le 12 avril 2010. Le 26 mars 2010, le Dr B _____ fait parvenir à l'assurée une note d'honoraires de 2'450 fr. pour soins donnés du 20 janvier au 16 mars 2010. Le 3 mai 2010, l'assurée demande à la caisse de motiver par une décision formelle le refus des prestations, hormis les mesures d'hygiène et de prophylaxie, après les avoir prises totalement en charge en 2008 et 2009. Le 25 mai 2010, le Dr B _____ facture à l'assurée la somme de 410 fr. pour soins donnés du 4 au 14 mai 2010. Le 8 juin 2010, le Dr D _____, dentiste-conseil de la caisse, se prononce sur le dossier de l'assurée et en particulier sur la prise en charge du traitement devisé par le Dr B _____ à 1'813 fr. 50. Il fait les constatations suivantes : suite à la maladie de l'assurée, aucun programme prophylactique sérieux n'a été mis en place, alors même qu'il faut au minimum trois séances prophylactiques par année pour conserver la santé bucco-dentaire des patients souffrant d'hyposialie ; au début de son cancer, l'assurée avait la plupart de ses dents obturées ou couronnées, ce qui prouve qu'elle a toujours eu des problèmes dentaires et ceci bien avant sa maladie ; radiologiquement, certaines de ses obturations semblent très anciennes et mal adaptées, ce qui favorise la récurrence de caries, avec ou sans hyposialie ; depuis sa maladie, elle n'a jamais eu un seul rendez-vous pour des soins d'hygiène uniquement ; les problèmes de récurrence de caries ne sont pas dus uniquement aux effets secondaires de l'irradiation, mais surtout à la négligence de la patiente qui n'a jamais fait de soins prophylactiques. Cela étant, le médecin-dentiste conseil estime que les problèmes dentaires de l'assurée ne sont pas dus uniquement à son manque de salive, mais au nombre des obturations, à leur ancienneté et au manque de rendez-vous prophylactiques. Il propose que la caisse prenne à l'avenir en charge uniquement les

deuxième et troisième rendez-vous prophylactiques de l'année, le premier restant à la charge de l'assurée. Par décision du 23 juin 2010, la caisse confirme son refus d'intervenir "pour le traitement des caries évitables" et qu'elle ne prendra en charge que les mesures d'hygiène et de prophylaxie rendues nécessaires pour conserver la santé bucco-dentaire. Ce faisant, elle considère que les problèmes dentaires de la recourante sont dus à l'absence d'un suivi prophylactique, à l'ancienneté des amalgames et à leur nombre et non pas au traitement du carcinome. Le 3 août 2010, le Dr B _____ adresse une note d'honoraires de 990 fr. à l'assurée pour un traitement du 7 au 24 juin 2010. Par acte du 24 août 2010, l'assurée forme opposition à cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à la prise en charge des soins dentaires occasionnés par la maladie dont elle a souffert. Elle indique qu'elle a été victime d'une tumeur cancéreuse sur les amygdales, pour laquelle elle est soignée depuis le 15 mai 2006. Elle a subi d'abord un enlèvement des amygdales, puis de multiples séances de radiothérapie et de chimiothérapie, ce qui a brûlé ses glandes salivaires, de sorte qu'elle n'a plus de salive. La salive protégeant les dents, celles-ci se sont toutes déminéralisées, sont devenues noires et se sont cassées progressivement. Partant, dès l'année 2007, elle a dû refaire les dents qui pouvaient encore être sauvées. Des implants n'ont pas pu être posés, les os des mâchoires ayant été détruits par le traitement. Par la suite, les dents ne pouvant être sauvées seront remplacées par un appareil sur lequel les dents seront placées au fur et à mesure. L'assurée affirme avoir toujours eu une bonne dentition. Sur la base d'un certificat médical du Professeur E _____ du 9 août 2010, elle relève que les soins réalisés sont en rapport avec le carcinome épidermoïde invasif. Elle allègue par ailleurs que les prestations non prises en charge s'élèvent à 8'932 fr. Selon l'attestation précitée du 9 août 2010 du Prof. E _____, les soins réalisés chez l'assurée sont en rapport avec le carcinome épidermoïde invasif, de sorte qu'ils constituent des prestations obligatoires de l'assurance obligatoire des soins, y compris les soins réalisés par l'hygiéniste dentaire qui, pour des raisons administratives, sont facturés par l'hôpital cantonal. Par décision du 25 octobre 2010, la caisse rejette l'opposition de l'assurée en reprenant son argumentation antérieure. Elle précise notamment que "c'est à juste titre que [la caisse] a refusé de prendre en charge par l'assurance obligatoire des soins les frais du traitement dentaire envisagé par le M. B _____ (...) selon le devis de Fr. 1'813 fr. 50" Par courrier du 9 novembre 2010 au Dr B _____, la caisse refuse de rembourser un traitement estimé par ce médecin à 5'191 fr. 70. Par acte du 25 novembre 2010, l'assurée recourt contre la décision du 25 octobre 2010, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation, à la condamnation de l'intimée au paiement de la somme de 12'711 fr. 70 avec intérêts à 5% dès le 30 août 2009, ainsi qu'à sa condamnation au paiement de tous les autres frais dentaires ultérieurs qui pourraient être mis en lien avec le carcinome de l'amygdale survenu en 2006 et/ou avec son traitement, sous suite de dépens. Préalablement, elle demande d'ordonner une expertise judiciaire. Elle fait valoir que, quand bien même elle aurait eu quelques caries auparavant, ce qui n'est pas prouvé, elle n'aurait pas perdu toutes ses dents ni eu besoin des soins dentaires prodigués, si elle n'avait pas souffert d'un cancer à l'amygdale droite et n'avait pas dû se soumettre à un traitement de radiothérapie et de chimiothérapie. Les Drs B _____ et C _____, ainsi que le Prof. E _____ le confirment. Par conséquent, l'intimée doit prendre en charge l'intégralité des frais dentaires litigieux, y compris le dernier devis du Dr B _____. Elle s'oppose aussi à ce que l'analyse de la question du remboursement des frais soit limitée au montant de 1'813 fr. 50 et demande que les autres factures en suspens soient également prises en compte. Par ailleurs, elle allègue

ne pas avoir souffert de caries ou de parodontite qui auraient pu être évitées par une bonne hygiène buccale, mais d'une tumeur maligne. Selon l'assurée, il s'agit d'une maladie grave et non évitable du système de la mastication, de sorte que les soins y relatifs doivent être remboursés par l'intimée. Dans sa détermination du 3 janvier 2011, l'intimée conclut au rejet du recours, en niant le lien de causalité entre la maladie de la recourante et les soins dentaires, en l'absence de mesures de prophylaxie et d'hygiène dentaire adéquates. Elle soutient qu'au vu du traitement de radiothérapie et de chimiothérapie, la recourante ne pouvait pas se contenter d'une hygiène buccale usuelle. Sur la base du dossier, l'intimée affirme qu'en tout état de cause, une hygiène dentaire régulière n'a pas eu lieu. Enfin, il convient de limiter l'objet du litige au remboursement des frais selon le devis du Dr B_____ de 1'813 fr. 50, lequel a seul fait l'objet d'une contestation et d'une décision formelle, confirmée sur opposition. Lors de l'audience de comparution personnelle, la recourante déclare ce qui suit : « J'ai toujours pris soin de mes dents, en les brossant et en appliquant le fil dentaire, ainsi qu'en allant les contrôler une fois par an ou par deux ans et en les faisant nettoyer par un hygiéniste dentaire. Personne ne m'a indiqué qu'il fallait que je prenne des mesures d'hygiène dentaire encore plus importantes, lorsque j'ai commencé la chimio- et la radiothérapie. Je précise que j'ai été vue, avant ces traitements, à l'Ecole dentaire, laquelle a préconisé dans un premier temps de m'arracher toutes les dents à cause du risque d'infection pendant les traitements. Comme je l'ai refusé, un chef dentiste, puis encore un autre médecin dentiste m'ont examinée. Le dernier a constaté que mes dents étaient bien soignées, de sorte qu'elles ne devraient pas poser de problème pendant les traitements. Cependant, après les traitements, mes dents ont commencé à se désagréger. Je précise que j'avais en 2006 surtout 6 couronnes en or. Les autres dents étaient saines et n'avaient pas de caries. Les couronnes ont bien résisté aux traitements. Ce sont les autres dents qui ont été endommagées. Auparavant, je me faisais soigner par le dentiste Dr A_____. Lorsqu'il a pris sa retraite, je suis allée chez le Dr B_____ à qui j'ai remis mon dossier. » L'intimée contestant que la recourante n'avait pas d'autres obturations à part les six couronnes, cette dernière précise que les couronnes étaient posées sur les molaires, quatre en bas et deux en haut, suite à des caries, il y a environ 10 à 15 ans. Par ailleurs, depuis deux ans environ, elle se soumet à un détartrage tous les trois à quatre mois par le Dr B_____. La recourante produit enfin à cette audience notamment la note d'honoraires du 24 décembre 2010 de ce médecin d'un montant de 6'330 fr. L'intimée conteste que cette facture fasse l'objet du litige. A la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, compétent à l'époque, le Dr B_____ précise le 18 novembre 2010 que la recourante est venue le consulter pour la première fois le 14 avril 2008. Il n'a donc pas assuré le suivi des soins de la patiente depuis le diagnostic du carcinome des amygdales et n'était pas en mesure de donner des indications sur l'état de ses dents en 2006. Par ailleurs, entre 2006 et 2008, les soins dentaires ont dû être assurés en partie par les praticiens de l'Ecole de médecine dentaire et par le Dr A_____. Concernant l'avis médical du Dr D_____, il relève que ses affirmations reviennent à dire que l'Ecole de médecine dentaire n'a pas fait son travail. Il précise à cet égard que tous les patients suivant une radiothérapie sont vus et suivis, pendant le traitement, à cette école. Il admet par ailleurs que la patiente présentait de nombreuses et importantes restaurations dentaires. Toutefois, a contrario, il en conclut que cette dernière prenait soin de ses dents. Le Dr B_____ affirme en outre ce qui suit : « J'ai reçu cette patiente en avril 2008, il s'agissait alors de remettre en état ce qui pouvait l'être, et de façon relativement simple. Le postulat de base étant de maintenir la capacité masticatoire tout en évitant des extractions

par trop intempestives. Il est vrai que la patiente présentait de nombreux problèmes dentaires, et qu'il fallait parer au plus pressé. J'ai effectué de nombreux traitements dans ce but car à peine avais-je fini « ici » que de nombreux problèmes apparaissaient « là », d'où les traitements répétés. Avec les patients ayant subi une radiothérapie des VADS ce phénomène est très courant, il faut souvent de multiples et parfois coûteuses interventions pour obtenir une « stabilisation » de la situation (dentaire). Il ne s'agissait donc pas de « suivi prophylactique » en avril 2008 (et après) alors que les dents se cassaient et que les pulpes (nerfs) dentaires étaient exposés ! » A la demande du Tribunal, le Dr B _____ répond le 7 avril 2011 que la recourante l'a consulté le 14 avril 2008 pour la première fois, de sorte qu'il ne peut répondre aux questions de prophylaxie et de l'état de la dentition avant cette date. Il précise par ailleurs qu'il travaille depuis plus de 25 ans dans le service de l'Ecole de médecine dentaire qui s'occupe des patients subissant une radiothérapie des VADS, de sorte qu'il est bien placé pour savoir que le suivi prophylactique est assuré par les hygiénistes du service, lequel est parfaitement organisé, de sorte qu'il serait étonnant que la recourante y ait « échappé ». Le Dr A _____ employait en outre un hygiéniste dentaire. Il est donc fort probable que la recourante ait été suivie également par ce médecin. En outre, l'asialie résultant des irradiations favorise non seulement des problèmes de récurrences carieuses, en raison d'un auto-nettoyage insuffisant, mais s'accompagne d'une sorte de dessiccation des dents, les fragilisant d'autant plus qu'elles sont déjà obturées. Cela conduit à l'effritement des marges obturations-dents, ainsi qu'à des infiltrations. Les radiations provoquent aussi une dévitalisation des dents, ce qui cause parfois, comme en l'espèce, la fracture spontanée des dents les plus fragiles, spécialement des incisives inférieures. Le Dr B _____ admet que le fait que la recourante présentait des obturations importantes sur pratiquement toutes les dents avant le traitement constituait certainement un facteur de risque. Toutefois, l'état des obturations était satisfaisant. Il a constaté un nombre important d'infiltrations carieuses sur des dents qui étaient déjà réparées. Lors de la première consultation de la recourante, il avait diagnostiqué six caries et sept usures de collets. Dans les cas d'irradiations, il estime qu'on a beau avoir la meilleure hygiène du monde dès lors que des micro-organismes et des résidus alimentaires peuvent s'infiltrer dans une faille même micrométrique et engendrer ainsi le processus carieux. Quant à l'avis médical du Dr D _____, il précise que la spécialité de ce médecin est la parodontie. Il est par ailleurs de l'avis qu'il y a lieu de se fonder sur l'attestation du 9 août 2010 du Professeur E _____. Enfin, la recourante était désireuse de conserver ses dents et l'état dentaire n'était de loin pas catastrophique. Le 9 mai 2011, l'intimée persiste dans ses conclusions. Elle relève que le Dr B _____ reconnaît qu'au moment du traitement de radiothérapie la recourante présentait des obturations importantes sur pratiquement toutes les dents. Concernant les mesures prophylactiques, elle souligne que la recourante a déclaré lors de son audition que personne ne lui a indiqué qu'elle devait prendre des mesures d'hygiène encore plus importantes. L'intimée en conclut qu'elle n'a pas effectué des mesures prophylactiques depuis 2006. Elle répète par ailleurs, se fondant sur l'avis médical du Dr D _____, que dans le cas d'espèce le nombre d'obturations, leur ancienneté et le manque de rendez-vous prophylactiques sont essentiellement responsables des problèmes dentaires de la recourante, de sorte que l'hyposialie passe au second plan. Il n'y a pas non plus de trace de mesures prophylactiques au dossier. Le 9 mai 2011, la recourante se détermine sur le courrier du 7 avril 2011 du Dr B _____. Elle affirme s'être rendue au moins tous les ans ou tous les deux ans depuis 1974 chez le Dr A _____, lequel a procédé à un contrôle, un détartrage ou un curetage et à une séance

de motivation. Par ailleurs, selon le Dr A _____, il avait posé cinq couronnes en or et sept couronnes céramo-métalliques entre 1976 et 2005. Elle souligne en outre que ses dents n'ont pas été arrachées avant le traitement en cause, ce qui montre qu'elles étaient bien soignées. Les couronnes ont bien résisté au traitement, mais d'autres dents ont été endommagées. Le Dr A _____ a fait confectionner des gouttières de fluoration. Durant l'année 2007, elle s'est rendue à sept reprises chez le Dr A _____ pour soigner ses dents. A chaque consultation, celui-ci a procédé à un détartrage ou curetage et à une séance de motivation. Elle a donc fait l'objet de soins d'hygiène dentaire plusieurs fois par an depuis le début des traitements. La recourante conteste cependant l'affirmation du Dr B _____, selon laquelle elle aurait eu des obturations importantes sur pratiquement toutes ses dents. Elle relève en outre que même si elle a présenté un facteur de risque pour développer des caries, cela ne diminue pas l'obligation de réparer le dommage. Cela étant, la recourante affirme avoir bénéficié de toutes les mesures d'hygiène dentaire nécessaires. La recourante annexe à ses écritures notamment un certificat du Dr A _____ attestant qu'il l'a soignée régulièrement pendant la période du 13 novembre 1974 au 26 novembre 2007. A chaque contrôle, il a effectué un détartrage ou curetage et une séance de motivation. A la suite des traitements médicaux qu'elle a subis, il a fait un devis pour la confection de gouttières de fluoration qui avait été ordonnée par le Dr F _____ et a soumis ce devis le 17 janvier 2007 à l'intimée qui l'a accepté. La recourante produit également les notes du Dr A _____ relatives aux consultations pendant la période précitée, le courrier électronique de ce médecin du 6 mai 2011, précisant le nombre de couronnes qu'il a posées, copie du courrier du 17 janvier 2007 de ce dernier à l'intimée concernant le devis pour soins dentaires suite au traitement oncologique, à savoir pour deux radiographies, huit obturations et la confection de deux gouttière de fluoration et l'ordonnance du Dr F _____ pour la confection de celle-ci. Par écritures du 14 juin 2011, l'intimée persiste dans ses conclusions. Concernant l'attestation du Dr A _____ du 29 avril 2011, elle relève que ce médecin a déclaré avoir fait à chaque contrôle une séance de motivation. Elle en conclut que si une séance de motivation était nécessaire à chaque contrôle, la recourante ne prenait pas suffisamment soin de ses dents. Par ailleurs, les gouttières de fluoration n'ont été confectionnées que le 1^{er} février 2007, alors même que les traitements de radiothérapie et chimiothérapie ont débuté le 7 juin 2006. Selon l'intimée, les gouttières de fluoration auraient dû être utilisées dès le début de la radiothérapie. Elle produit par ailleurs des articles de la littérature médicale à l'appui de ses dires, selon laquelle le pronostic des dents relativement saines, même lorsqu'elles sont situées dans le champ d'irradiation, peut être jugé satisfaisant si des mesures d'hygiène dentaire, telles que les gouttières de fluoration réalisées dans les règles de l'art, recouvrant les dents et les régions gingivales adjacentes et portées durant et également après la radiothérapie, des contrôles dentaires à intervalles rapprochés et le cas échéant la remotivation du patient durant et après la radiothérapie, sont respectées. L'intimée constate en outre à la lecture des notes du Dr A _____ qu'il n'y a pas eu de consultation auprès de ce dentiste entre le 18 mai 2005 et le 4 janvier 2007. L'intimé persiste en outre à considérer que la recourante n'a pas prouvé avoir suivi les recommandations pour les soins d'hygiène dentaire. Dférant à une demande de la Cour de céans, l'intimée lui fait savoir le 19 juillet 2011 qu'elle a reçu la note d'honoraires du Dr B _____ du 26 mars 2010 en date du 21 avril 2010. Elle relève en outre que celui-ci a facturé le point au tarif de 3 fr. 40, alors que le tarif convenu entre la Société Suisse d'Odontostomatologie (SSO) et les assureurs-maladie est de 3 fr. 10. Partant, il ne s'agissait pas de prestations à la charge de

l'assurance obligatoire des soins, de sorte qu'aucun décompte n'a été effectué. Concernant la note d'honoraires du Dr B_____ du 25 mai 2010, elle a été reçue le 25 juin 2010. Un montant de 29 fr. 70 a été remboursé à la recourante dans le cadre de son assurance-maladie complémentaire. L'intimée rappelle toutefois que seul le devis de 1'813 fr. 15 constitue l'objet du litige. Par écriture du 15 septembre 2011, la recourante persiste à considérer que les factures du 26 mars, du 25 mai et du 24 décembre 2010 font partie du litige. Le traitement dentaire consécutif à sa maladie étant terminé, la valeur litigieuse est de 13'850 fr. avec des intérêts à 5% dès le 31 août 2009. La recourante estime par ailleurs que la remarque relative au tarif du point facturé par son médecin-dentiste est étrangère au litige. Elle produit toutefois une note explicative du 9 septembre 2011 à ce sujet de celui-ci. Dans cette note, le Dr B_____ expose qu'il y aurait lieu de multiplier le nombre de points par le tarif de 3 fr. 10 pour obtenir le montant remboursable par l'assurance-maladie. Il explique par ailleurs que la valeur de 3 fr. 40 est équivalente de la valeur de 3 fr. 10 plus 7,5% correspondant aux frais qui lui sont facturés par la Caisse de Médecins. Par écriture du 7 octobre 2011, l'intimée persiste dans ses conclusions et conteste en particulier que la facture du 24 décembre 2010 fasse l'objet du litige, le devis y relatif du 19 octobre 2010 n'ayant été reçu que le 26 suivant, soit après la notification de la décision sur opposition du 25 octobre 2010. Elle s'oppose également à la prise en considération des factures présentées tardivement, du fait qu'il n'en ressort pas quelles dents ont été traitées. Au vu du coût du traitement réclamé par la recourante, l'intimée soupçonne qu'il s'agirait d'un assainissement total de la dentition. Elle se détermine également sur le calcul des intérêts. Concernant le tarif appliqué, elle relève que seule la valeur de point de 3 fr. 10 entre en ligne de compte en vertu de la convention tarifaire pour les prestations de soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, tant 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) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1). Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le recours respecte le délai et la forme prescrits par la loi (art. 56 ss LPGA). Se pose toutefois la question de l'objet du litige et de la recevabilité de certaines conclusions de la recourante. En effet, dans la décision sur opposition présentement contestée, l'intimée se réfère seulement à l'évaluation d'honoraires de 1'813 fr. 50 que le Dr B_____ lui a adressée le 8 octobre 2009 à l'intimée et la note d'honoraires du 29 octobre 2009 de 1'980 fr. pour soins donnés du 3 septembre au 1^{er} octobre 2009, sur la base de ce devis. Or, la recourante conclut également à la prise en charge du solde d'honoraires de 1'700 fr. que ce médecin lui a facturé le 4 août 2009, sur la base du devis de 3'516 fr. du 8 décembre 2008, de la note d'honoraires de 2'440 fr. du 26 mars 2010, de 410 fr. du 25 mai 2010, de 990 fr. du 3 août 2010 et de 5'191 fr. 70, note qui a fait l'objet du refus de l'intimée du 9 novembre 2010. Enfin, la recourante demande que l'intimée soit condamnée à tous les autres frais dentaires ultérieurs qui pourraient être mis

en lien avec le carcinome survenu en 2006. a) L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références; pour la procédure d'opposition : ATF 119 V 347 ; Meyer-Blaser, Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413 , in Schaffhauser/Schlauri [édit.], Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, St-Gall 2001, p. 19). Les questions qui ne font dès lors pas partie de l'objet de la contestation, ne peuvent être examinées par le juge. b) Cependant, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, soit le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). a) En l'espèce, la recourante a demandé à l'intimée le 8 mars 2010 de préciser sur quelle base légale elle s'était fondée pour limiter sa participation aux mesures d'hygiène et de prophylaxie. Dans sa décision du 23 juin 2010, l'intimée a refusé de prendre en charge le traitement des caries, sans autre précision, au motif que celles-ci étaient évitables, en l'absence d'un suivi prophylactique. Ce n'est que dans sa décision sur opposition présentement contestée que l'intimée limite l'objet de sa décision aux honoraires de 1'813 fr. 50 du Dr B_____. Cela étant, il y a lieu de considérer que, d'une part, la recourante a demandé une décision formelle motivée non pas seulement pour les honoraires évalués à 1'813 fr. 50, mais également pour tous les autres traitements qui ont été refusés jusqu'à lors par l'intimée. D'autre part, il convient de constater que l'intimée a omis de statuer sur l'opposition de la recourante aux refus de prise en charge des autres devis et factures qui lui étaient parvenus à la date du 23 juin 2010. c) L'intimée objecte qu'en ce qui concerne la note d'honoraires du 4 août 2009 pour le solde de 1'700 fr., que celle-ci a fait l'objet d'une prise de position claire de sa part. Il est vrai que l'intimée a informé le 20 avril 2009 le Dr B_____, avec copie à la recourante, qu'après entretien téléphonique avec ce médecin, la prise en charge du traitement devisé le 8 décembre 2008 à 3'516 fr. était limitée aux composites. Toutefois, il ne s'agissait pas d'une décision formelle. Or, l'art. 49 al. 1 LPGA prescrit que l'assureur doit rendre par écrit les décisions portant sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. En vertu de l'al. 3 de cette disposition, les décisions doivent indiquer les voies de droit et être motivées, si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. Selon l'art. 51 al. 1 LPGA, les prestations, créances et injonctions autres que celles visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée. L'intéressé peut exiger une décision formelle (al. 2). Lorsque l'assureur omet de statuer par une décision formelle, alors qu'il y est tenu légalement, l'art. 51 al. 2 LPGA s'applique par analogie et l'assuré est en droit de demander à l'assureur une décision formelle, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. Ce droit s'éteint en règle générale une année après que l'assureur a fait connaître sa volonté de manière simplifiée. Un délai plus long entre

éventuellement en considération lorsque l'assuré pouvait croire de bonne foi que l'assureur poursuivrait l'élucidation de l'affaire et n'avait pas encore pris de décision définitive, notamment lorsqu'il s'agit d'un assuré profane en droit et dépourvu de conseil juridique. Si l'assuré ne respecte pas ce délai, ordinaire ou prolongé, il perd son droit de demander une décision formelle afin de recourir contre celle-ci, et la volonté communiquée de façon simplifiée lui est opposable (ATF 134 V 145). En l'occurrence, l'intimée était sans conteste tenue de rendre une décision formelle, s'agissant d'un refus de prestations. La recourante était donc en droit de demander une décision formelle, ce qu'elle a fait par courrier du 3 mai 2010, sous la plume de son conseil. Toutefois, cette demande est intervenue plus d'une année après le refus partiel des prestations en date du 20 avril 2009. Celui-ci était par ailleurs clair, dans le sens qu'il ne permettait en principe pas de supposer que l'intimée poursuivrait l'instruction du cas, de sorte qu'il n'y a pas lieu de prolonger le délai d'une année. Par conséquent, le droit de demander une décision formelle concernant cette note d'honoraires était éteint le 3 mai 2010, de sorte que l'intimée était en droit de ne plus y statuer. Partant, cette dernière note ne fait pas l'objet du litige. d) Il n'en demeure pas moins que l'intimée aurait dû statuer sur l'opposition de la recourante concernant la facture du 26 mars 2010 d'un montant de 2'450 fr., reçue par l'intimée le 21 avril 2010, selon son écriture du 19 juillet 2011. Il convient par conséquent de lui renvoyer la cause pour qu'elle rende une décision sur opposition à ce sujet. Toutefois, au moment de sa décision initiale du 23 juin 2010, l'intimée n'avait pas encore reçu les autres factures dont la recourante demande le remboursement, soit celle du 25 mai 2010 d'un montant de 410 fr., du 3 août 2010 d'un montant de 990 fr. et du 24 décembre 2010 d'un montant de 6'330 fr. Celles-ci ne peuvent donc avoir fait l'objet de cette décision ni par conséquent de l'opposition. Néanmoins, dès lors que la recourante demande leur remboursement, il appartiendra à l'intimée de rendre des décisions formelles à leur sujet, de sorte que la cause lui sera également renvoyée pour ce faire. f) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'étendre l'objet du litige aux factures non prises en compte, dès lors que l'intimée ne s'est pas exprimée à leur sujet, si ce n'est que de manière très générale par des considérations sur les caries évitables et les mesures prophylactiques qui auraient été requises. Or, il faudrait examiner pour chaque note d'honoraires quelles dents ont été soignées et en quoi ces soins ont consisté, afin d'établir le lien de causalité avec la radiothérapie subie. Aux termes de l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires : a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles. Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation avec l'art. 33 let. d OAMal, le Département fédéral de l'intérieur a édicté les art. 17 à 19a de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS; RS 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 3 al. 1 LAMal. Ces dispositions concrétisent ainsi les cas dans lesquels les traitements appliqués relèvent des prestations obligatoires. L'art. 17 OPAS énumère la liste des maladies graves et non évitables du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal qui ouvrent droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. Au nombre des maladies graves et non évitables du système de la mastication ouvrant droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins figurent les maladies dentaires telles que granulome dentaire ou dislocations dentaires, les maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies), les maladies de l'os maxillaire et des tissus mous, les maladies de

l'articulation temporo-mandibulaire et de l'appareil de locomotion, les maladies du sinus maxillaire et les dysgnathies qui provoquent des affections pouvant être qualifiées de maladies (syndrome de l'apnée du sommeil, troubles graves de la déglutition ou asymétries graves cranio-faciales; cf. art. 17 OPAS). L'art. 18 OPAS prescrit que l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par d'autres maladies graves ou leurs séquelles et nécessaires à leurs traitements (art. 31 al. 1 let. b LAMal); il s'agit de maladies qui ne sont pas comme telles des maladies du système de la mastication, mais qui ont des effets nuisibles sur ce dernier. Sont considérées notamment comme une telle maladie les maladies psychiques graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de la mastication (al. 1 let. c ch. 7). Cependant, aux termes de l'art. 18 al. 2 OPAS, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2002, les prestations mentionnées à l'al. 1 de cette disposition ne sont remboursées que si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. L'art. 19 OPAS prévoit que l'assurance assume les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis (art. 31 al. 1 let. c LAMal). Enfin, l'art. 19a OPAS règle les conditions de la prise en charge des frais dentaires occasionnés par certaines infirmités congénitales. Conformément à l'al. 2 ch. 36 de cette dispositions constitue une telle infirmité une épilepsie congénitale. Selon une jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance-maladie selon les art. 17 à 19 OPAS est exhaustive (ATF 127 V 332 consid. a et 343 consid. 3b, 124 V 194 consid. 4). b) L'atteinte de la fonction masticatoire résultant d'une hygiène buccale insuffisante ne donne lieu à prestation que si la maladie psychique rendait impossible une hygiène buccale suffisante (ATF 128 V 70). En effet, l'affection doit être objectivement non évitable, ce qui suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles. Une telle hygiène exige des efforts sous forme de soins quotidiens, notamment le nettoyage des dents, l'autocontrôle, dans la mesure où cela est possible par un non professionnel, la consultation d'un dentiste dès l'apparition de particularités dans le système de mastication, ainsi que des contrôles et traitements périodiques par un dentiste, y compris une hygiène dentaire professionnelle périodique (ATF 128 V 60 consid. 4a p. 63) Par ailleurs, une personne assurée qui présente une sensibilité accrue aux affections dentaires, en raison de sa constitution, de maladies dont elle a souffert ou de traitements qu'elle a suivis, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle. Néanmoins, l'hygiène buccale doit rester dans la mesure du raisonnable et de l'exigible en ce qui concerne aussi bien les soins quotidiens que les contrôles périodiques chez un dentiste (ATF 128 V 60 consid. 6d p. 65) a) 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. 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves

(appréciation anticipée des preuves ; ATF 133 III 675 consid. 5.2 non plublié, 129 III 18 consid. 2.6, 127 III 519 consid. 2a, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c et les arrêts cités). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). a) En l'occurrence, les parties admettent que les conditions de l'art. 18 al. 1 let. c chiffre 7 OPAS sont réalisées, sous la réserve de l'inévitabilité de la maladie et du lien de causalité. b) Selon l'intimée, les problèmes dentaires auraient toutefois pu être évités par une bonne hygiène buccale et dentaire. Il convient en premier lieu de constater que la recourante a pu garder ses dents en dépit d'un traitement de radiothérapie, pour lequel les médecins préconisent généralement d'arracher toutes les dents en raison du risque d'infection pendant les traitements. Ce fait constitue dès lors un premier indice de ce que l'état de la dentition de la recourante était, au début du traitement, satisfaisant, voire bon. Par ailleurs, pendant le traitement, la recourante était suivie pour la prophylaxie par l'équipe des hygiénistes de l'Ecole de médecine dentaire, au degré de la vraisemblance prépondérante, comme l'a attesté le Dr B_____ dans le courrier qu'il a adressé à la Cour de céans le 7 avril 2011. Preuve en est également que le Prof. E_____ a certifié le 9 août 2010 que les problèmes dentaires depuis mai 2006 sont en rapport avec le carcinome d'une amygdale, de sorte que les soins en relation avec ces problèmes sont des prestations obligatoires, « y compris les soins réalisés par l'hygiéniste dentaire qui, pour des raisons administratives, sont facturés par l'Hôpital Cantonal ». Cela étant, il n'y a pas lieu de douter que la recourante ait fait l'objet d'une prise en charge par l'Ecole de médecine dentaire dans les règles de l'art pour ce qui concerne l'hygiène dentaire. Cela explique dès lors que la recourante n'ait pas fait l'objet de contrôles ni de séances d'hygiène dentaire pendant cette période chez son médecin-dentiste de l'époque, le Dr A_____. Enfin, à aucun moment, la recourante a avoué, lors de son audition devant le Tribunal, qu'elle n'a pas effectué des mesures prophylactiques depuis 2006, comme le fait valoir l'intimée. Elle a au contraire déclaré avoir toujours pris soin de ses dents, en les brossant, en utilisant du fil dentaire, en les faisant contrôler une fois par an ou par deux ans et en les faisant nettoyer par un hygiéniste dentaire. Le fait que personne ne lui ait recommandé de prendre des mesures plus conséquentes pendant la durée de la radiothérapie n'implique pas qu'elle ne se soit pas faite suivre par un hygiéniste dentaire pendant cette période. En ce qui concerne l'allégation de l'intimée, selon laquelle la recourante a dû être motivée par le Dr A_____ pour les soins prophylactiques, il convient de considérer que cela n'est guère pertinent, s'agissant de mesures antérieures au traitement. En effet, il s'agit de déterminer en l'espèce si pendant et après le traitement la recourante a observé les mesures d'hygiène dentaire nécessaires, compte tenu de la radiothérapie subie. De surcroît, le fait qu'il y ait eu des séances de motivation ne signifie pas forcément que la patiente n'était pas motivée. De telles séances peuvent être organisées aussi de manière systématique pour inciter les patients à une bonne hygiène dentaire, indépendamment de leur motivation au départ. Il est vrai que la recourante ne disposait pas de gouttières de fluoration pendant les sept premiers mois de la radiothérapie, alors que la littérature médicale et le médecin-dentiste N_____, dans son courrier électronique du 21 mai 2011, estiment que les gouttières de fluoration doivent être réalisées, à titre préventif, déjà avant cette thérapie. Cependant, il s'agit en l'occurrence éventuellement d'une erreur ou d'une négligence des médecins qui ont suivi la recourante et qui ont tardé à lui prescrire des gouttières de fluoration. Cette erreur éventuelle ne saurait toutefois être retenue à son encontre, dès lors qu'elle n'est pas spécialiste en la matière.

Cela étant, au degré de la vraisemblance prépondérante, il doit être retenu que la recourante a suivi des séances d'hygiène dentaire et qu'elle a observé toutes les mesures recommandées par les médecins durant et après le traitement. Partant, les problèmes dentaires consécutifs à la radiothérapie doivent être considérés comme inévitables. c) L'intimée fait encore valoir que les problèmes dentaires ne sont pas uniquement dus au manque de salive, mais au nombre des obturations et à leur ancienneté, sur la base de l'avis du Dr D_____ du 8 juin 2010. Toutefois, ce faisant ce médecin admet implicitement que l'hyposalivie est une des causes de ces problèmes. Il convient par ailleurs de relever que les problèmes dentaires de la recourante consistaient en particulier dans l'effritement de ses dents et des fractures, sans facteur extérieur, comme il résulte du courrier du 7 avril 2011 du Dr B_____. Le devis litigieux concerne précisément trois dents fracturées, à savoir les dents 41, 31 et 32. Or, une telle atteinte doit être considérée comme étant typique des effets de la radiothérapie. En effet, le Dr B_____ a expliqué que les radiations induisent aussi une dévitalisation des dents qui conduisent à des fractures "spontanées". Le devis en cause concerne aussi le changement d'une restauration défectueuse de la dent 23. Il s'agit donc sans conteste d'une dent déjà réparée. Il ne saurait toutefois être considéré que, de ce seul fait, le lien de causalité entre la nécessité de changer l'obturation et la radiothérapie soit rompu, même si les obturations constituent un facteur de risque pour des infiltrations dans le cadre d'une telle thérapie, selon les explications du Dr B_____. Car le risque accru est précisément dû à l'effritement des marges obturations-dents provoqué par la radiothérapie. L'obturation de la dent 23 n'était par ailleurs pas ancienne, dès lors qu'elle a fait l'objet du devis du 29 avril 2008 du Dr B_____. Par conséquent, le lien de causalité doit également être admis pour la réparation de cette dent. Au vu de ce qui précède, il appartient à l'intimée de rembourser les honoraires relatifs aux soins qui ont fait l'objet du devis du 8 octobre 2009 et qui ont été évalués à 1'813 fr. 50. La recourante réclame également des intérêts moratoires sur cette somme. a) Conformément à l'art. 26 al. 1^{er} LPGA, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunérateurs. L'art. 26 al. 2 LPGA 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. b) En l'espèce les soins du devis du 8 octobre 2009 ont été réalisés entre le 3 septembre et le 1^{er} octobre 2009, comme il ressort de la note d'honoraires y relative du 29 octobre 2009. Partant, il y a lieu d'admettre que la créance en remboursement est née le 1^{er} octobre 2009. Les intérêts moratoires ont donc commencé à courir à partir du 1^{er} octobre 2011, étant précisé que la recourante a réclamé la prise en charge de ces soins le 8 octobre 2009 déjà, par l'intermédiaire du Dr B_____, et qu'elle a réitéré sa demande par la suite à plusieurs reprises, la dernière fois en sollicitant une décision formelle en du 3 mai 2010. Cela étant le recours sera admis dans la mesure où il est recevable et l'intimée condamnée à rembourser à la recourante la somme de 1'813 fr. 50, sous déduction le cas échéant de la franchise et de la quote-part à la charge de la recourante, avec intérêts de 5% dès le 1^{er} octobre 2011. La cause sera par ailleurs renvoyée à l'intimée afin qu'elle statue sur l'opposition de la recourante concernant le refus de prise en charge de la facture du 26 mars 2010 du Dr B_____, et afin qu'elle rende une décision formelle concernant les factures du 25 mai 2010, du 3 août 2010 et du 24 décembre 2010 du Dr B_____. La recourante obtenant partiellement gain de cause, l'intimée sera

condamnée à lui verser une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens. *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Admet le recours, dans la mesure où il est recevable. Annule la décision du 25 octobre 2010. Condamne l'intimée à rembourser à la recourante la somme de 1'813 fr. 50, sous déduction, le cas échéant, de la franchise et de la quote-part à la charge de la recourante, avec intérêts de 5% dès le 1^{er} octobre 2011. Renvoie la cause à l'intimée pour statuer sur l'opposition de la recourante concernant le refus de prise en charge de la facture du 26 mars 2010 du Dr B_____. Renvoie la cause à l'intimée pour statuer par une décision formelle au sujet du refus de prestations concernant les factures du 25 mai 2010, du 3 août 2010 et du 24 décembre 2010 du Dr B_____. Condamne l'intimée de verser à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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