

GE_GERICHTE A/4243/2009 vom 16. März 2011

GE Cour de justice, 2011-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4243_2009

FR: GE_GERICHTE A/4243/2009 du 16 mars 2011

IT: GE_GERICHTE A/4243/2009 del 16 marzo 2011

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.03.2011
A/4243/2009

A/4243/2009 ATAS/273/2011 du 16.03.2011 (LCA) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 11.05.2011, rendu le 03.01.2012, IRRECEVABLE, 9C_350/2011 En fait En droit républicain et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/4243/2009 et A/4244/2009 ATAS/273/2011 et ATAS/274/2011 ARRET DE LA COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Chambre 5 du 16 mars 2011 En la cause Madame G_____, domiciliée à CHÊNE-BOUGERIES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Ninon PULVER recourante contre LA CAISSE VAUDOISE, sise c/o Groupe Mutuel, rue du Nord 5, MARTIGNY intimée EN FAIT Madame G_____, née en 1950, était assurée en 2006 et 2007 à la Caisse Vaudoise (ci-après la caisse) pour l'assurance obligatoire des soins, ainsi que pour les assurances complémentaires suivantes : assurance combinée d'hospitalisation (HC), assurance complémentaire pour risques spéciaux (SR), Mundo (MU) et Alterna (SA). L'assurée souffrant d'un mésothéliome péritonéal, le 13 novembre 2006, la Dresse L_____ s'adresse au médecin-conseil de la caisse pour lui demander de prendre en charge une intervention chirurgicale péritonéale avec une technique d'hyperthermie intra-péritonéale et de chimiothérapie per-opératoire par le Dr M_____ à l'Institut national des tumeurs à Milan. Par courrier du 4 décembre 2006, la caisse informe l'assurée que ni l'assurance obligatoire des soins ni les assurances complémentaires ne prennent en charge des traitements volontaires effectués à l'étranger et refuse ses prestations pour l'intervention projetée. Le 11 décembre 2006, l'assurée est opérée par le Dr M_____ à Milan. L'hospitalisation a duré jusqu'au 28 suivant. Le coût de l'intervention est de 78'033,81 euros, selon la facture du 28 décembre 2006 de l'Istituto Nazionale dei Tumori. Le 18 décembre 2006, la Dresse L_____ informe la caisse que le traitement par hypothermie et chimiothérapie intra-péritonéale, tel qu'il est pratiqué par le Dr M_____ à Milan, peut permettre une survie plus prolongée et qu'il n'est pas disponible en Suisse. Le 19 décembre 2006, l'assurée demande à la caisse, par l'intermédiaire de son conseil, d'examiner le dossier sous l'angle de la nécessité médicale, s'agissant de soins qui ne peuvent être fournis en Suisse. Par décision du 7 février 2007, la caisse refuse la prise en charge du traitement en cause, sur la base de l'avis de son médecin-conseil, le Dr N_____, en niant la nécessité médicale et en considérant qu'il s'agit en l'occurrence d'un traitement volontaire à l'étranger non couvert. Par décision sur opposition du 27 juillet 2007, la caisse confirme sa décision précédente en reprenant son argumentation antérieure. Par acte du 13 septembre 2007, l'assurée recourt contre la décision sur opposition de la caisse, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et au remboursement des frais d'intervention de 130'323 fr. 65. Dans sa réponse au recours du 23 octobre 2007, la caisse conclut à son rejet. Elle conteste que l'efficacité du traitement soit démontrée selon les méthodes scientifiques. D'ailleurs, un traitement

adéquat, efficace et économique est proposé sur le territoire suisse. Par arrêt du 18 février 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales, compétent à l'époque, admet le recours, annule la décision du 27 juillet 2007 et condamne la caisse à prendre en charge le traitement effectué en décembre 2006 par le Dr M _____ et faisant l'objet de sa facture du 28 décembre 2006, aux conditions de la LAMal. Il condamne par ailleurs la caisse à verser à l'assurée une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens. Ce faisant, il retient, d'une part, que le traitement était disponible en Suisse, ce qu'ignoraient les parties. La nécessité médicale devant ainsi être admise, il aurait dû être remboursé, comme s'il n'avait pas été disponible en Suisse. D'autre part, le Tribunal constate que la caisse a violé son devoir de renseignements et de conseils, en omettant d'indiquer à l'assurée que le traitement était disponible en Suisse. Ce jugement est entré en force. En réponse à un courrier de l'assurée, le Dr O _____ de l'Hôpital universitaire de Bâle lui répond que c'est lui qui effectue le traitement d'hyperthermie intra-péritonéale avec chimiothérapie et cytoréduction péritonéale dans cet établissement hospitalier. Les prestations y relatives ne sont pas facturées au forfait, mais sur la base du coût individuel de chaque intervention. Ce coût peut varier beaucoup. En collaboration avec la comptabilité, il a fait établir les frais de traitement pour cinq thérapies de ce genre. Ils s'élèvent entre environ 44'000 fr. et environ 173'000 fr. Ils dépendent de l'évolution clinique en partie très différente, ainsi que de l'ampleur de la réduction opérative de la tumeur. En ce qui concerne le coût de traitement de l'assurée d'un montant de 78'000 euros, cela lui paraît assez réaliste. Par courrier du 11 mai 2009, la caisse fait savoir à l'assurée que, selon la LAMal, les traitements effectués à l'étranger sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse. Aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), le forfait journalier convenu avec Santésuisse s'élève à 524 fr. Compte tenu d'une hospitalisation de 18 jours, la caisse estime que seul un montant de 18'864 fr. est à sa charge. Suite à la protestation de l'assurée, la caisse lui fait savoir, par courrier du 14 juillet 2009, qu'elle s'est fondée sur les forfaits journaliers de Genève, l'assurée y étant domiciliée et les forfaits journaliers de Bâle et de Saint-Gall étant moins élevés qu'à Genève. Par ailleurs, la loi ne prévoit pas le remboursement total. Ainsi, la caisse ne versera que la somme de 18'864 fr. à l'assurée. Le 23 juillet 2009, la caisse rend une décision formelle de refus de verser un montant supérieur à 18'864 fr. pour le traitement en cause, en reprenant son argumentation antérieure. Le 26 août 2009, l'assurée fait notifier à la caisse un commandement de payer portant sur la somme de 130'323 fr. 65, sous déduction du montant de 18'864 fr. La caisse y forme opposition totale. Par décision du 23 octobre 2009, la caisse rejette l'opposition de l'assurée. Elle estime que, par l'arrêt précité du Tribunal cantonal des assurances sociales, elle n'a pas été condamnée à prendre en charge le montant global de la facture du 28 décembre 2006 du Dr M _____ sous la seule déduction de la franchise et de la quote-part, mais uniquement les frais du traitement, s'il avait été effectué en Suisse. Par conséquent, elle estime que c'est à raison qu'elle a remboursé ce traitement en se fondant sur les conditions de remboursement d'un traitement hospitalier à l'étranger tel que prévu par la loi. Le 25 novembre 2009, l'assurée saisit le Tribunal cantonal des assurances sociales d'un recours contre la décision précitée, ainsi que d'une demande en paiement fondée sur l'assurance complémentaire dont elle bénéficie auprès de la même caisse. Le recours est enregistré sous le no de procédure A/4244/2009 et la demande sous le no A/4243/2009. Dans le cadre du recours, elle conclut notamment à ce qu'une expertise concernant le montant à rembourser selon la LAMal soit ordonné. Principalement, elle conclut à l'annulation de la décision et à la condamnation de la caisse au remboursement de la totalité de la facture de 130'323 fr. 65,

avec intérêt à 5 % dès le 28 septembre 2006, sous déduction du montant versé, ainsi qu'à la levée de l'opposition formée par la caisse au commandement de payer no 51 09836, sous suite de dépens. Dans le cadre de la demande en paiement, elle conclut également au remboursement de la totalité de la facture de l'Institut national des tumeurs et à la levée de l'opposition formée au commandement de payer. En ce qui concerne le recours, elle fait en premier lieu valoir qu'en vertu de l'arrêt du Tribunal du 18 février 2009, la caisse doit prendre en charge l'intégralité de la facture du Dr M_____ et que la restriction "aux conditions de la LAMal" figurant dans le dispositif n'a trait qu'à la participation et à la franchise. Selon ce jugement, elle aurait en effet dû être placée dans la même situation financière que si la caisse l'avait correctement informée que le traitement en cause était également disponible en Suisse. Se fondant par ailleurs sur le courrier du 26 mars 2009 du Dr O_____ de l'Hôpital universitaire de Bâle, elle estime par ailleurs que la même intervention en Suisse n'aurait pas été facturée au forfait mais au coût effectif. Quant à la demande en paiement, elle se fonde sur l'assurance complémentaire pour en déduire le droit aux prestations. Dans sa réponse du 4 janvier 2010, la caisse conclut à l'irrecevabilité du recours, subsidiairement à son rejet. Elle fait valoir que la question du remboursement de la facture litigieuse a déjà été tranchée par l'arrêt du 18 février 2009 du Tribunal et que le recours ne saurait être considéré comme une demande d'interprétation de ce jugement, la procédure y relative prescrite par la loi n'ayant pas été suivie. Sur le fond, la caisse reprend ses arguments précédents. Pour le surplus, elle estime que les frais hospitaliers doivent être remboursés en fonction du tarif applicable dans le canton où réside l'assurée. Par ailleurs, l'intervention dans un établissement hospitalier dans un autre canton est soumise à l'obtention d'une autorisation préalable de la part du médecin cantonal, autorisation qui n'a pas été obtenue en l'espèce. Le 4 janvier 2010, la caisse répond également à la demande en paiement, en concluant à son irrecevabilité, au motif que les éventuelles prétentions découlant de l'assurance complémentaire sont prescrites. Dans sa réplique du 16 février 2010, l'assurée persiste dans ses conclusions. Elle relève qu'elle a été empêchée par la caisse de déposer dans les délais légaux de 30 jours une demande en interprétation, dès lors que cette dernière avait recouru contre l'arrêt du Tribunal cantonale des assurances sociales auprès du Tribunal fédéral et avait ensuite retiré son recours. Concernant l'exception de la prescription des prétentions soulevée par la caisse, elle fait valoir que la prescription a été interrompue par son recours du 13 septembre 2009 contre la décision sur opposition du 27 juillet 2007 de la caisse, dès lors que ce recours concernait également les prestations relevant de l'assurance complémentaire. Pour le reste, elle reprend son argumentation précédente. Le 24 mars 2010, le Tribunal demande au Dr O_____ combien aurait coûté l'intervention en cause pour une patiente assurée à l'extérieur du canton de Bâle, tout en annexant la facture y relative et la lettre du Dr M_____ du 5 septembre 2007. Le 9 avril 2010, le Dr O_____ répond qu'il a effectué une analyse des coûts pour deux patients ayant subi le même traitement. Les deux traitements n'ont pas présenté des complications essentielles et l'hospitalisation était dans les deux cas de quatre semaines. Ils ont eu lieu en 2005. Toutefois, les prix ne se sont pas notablement modifiés depuis lors. Il s'agit par ailleurs de patients assurés en deuxième classe. Les coûts s'élevaient à 63'447 fr. et 58'803 fr. Pour des patients assurés en chambre commune en dehors du canton, la facture se serait élevée à respectivement environ 73'000 fr. et 67'000 fr. Par écriture du 4 mai 2010, l'assurée fait notamment valoir qu'elle bénéficie d'une assurance complémentaire auprès la caisse, de sorte qu'il convient également de se renseigner sur le coût de l'intervention en privé. En outre, elle entend être indemnisée pour l'intégralité du dommage subi. Par écriture de la

même date, la caisse relève que l'hospitalisation de l'assurée n'était que de 18 jours alors que le Dr O_____ se réfère à une hospitalisation de quatre semaines. Sur la base du rapport d'intervention du Dr M_____ du 9 mars 2007, mentionnant une durée de l'opération de neuf heures et une hospitalisation de 18 jours, dont deux en soins intensifs, la caisse calcule le coût à l'Hôpital universitaire de Bâle pour un patient domicilié en dehors du canton à 21'760 fr. Le 6 mai 2010, le Tribunal demande à la caisse de lui indiquer sur quel document elle s'est fondée quant à la majoration du tarif de 15 % applicable à un patient domicilié en dehors du canton de Bâle. La caisse lui répond le 31 mai 2010 qu'elle s'est basée sur le fait que le Dr O_____ a majoré le coût d'une hospitalisation hors canton de 15 %, par rapport au coût facturé pour des patients en division semi-privée dans le canton de Bâle. Le 5 juin 2010, à la demande du Tribunal, le Pr O_____ l'informe qu'il a fait recalculer le coût de l'intervention en cause sur la base d'une durée de traitement de 18 jours. Il en résulte des factures d'un montant de 58'064 fr. 50 et de 61'234 fr. 90. Il annexe l'analyse des coûts anonymisée à son courrier. Par ailleurs, il estime que l'analyse du coût par l'intimée est inexacte, dès lors qu'elle s'est fondée sur les prix facturés aux patients domiciliés dans le canton de Bâle-Ville et qu'elle prend uniquement en considération la part à la charge de la caisse sans celle qui est à la charge du canton. Par écritures du 30 août 2010, la caisse rappelle qu'une hospitalisation hors canton est soumise à l'accord du médecin cantonal. Si celui-ci refuse l'accord, l'assurance obligatoire des soins est uniquement tenue de rembourser les soins correspondant au tarif applicable dans le canton de résidence. En cas d'accord, la part à charge de l'assurance obligatoire des soins correspond au tarif applicable aux résidents du canton dans lequel l'hospitalisation a lieu, le canton du domicile prenant en charge la différence. Selon la caisse, le médecin cantonal aurait refusé en l'occurrence l'hospitalisation hors canton, un traitement standard étant disponible aux Hôpitaux universitaires de Genève, de sorte que l'assurée ne pourrait prétendre qu'au remboursement des soins au tarif applicable dans le canton de Genève. Dans l'hypothèse où le médecin cantonal aurait donné son accord, les frais à sa charge, correspondant au tarif des résidents du canton de Bâle, se seraient élevés à 17'213 fr. Concernant le calcul du Pr O_____, la caisse admet que l'évaluation des coûts concerne des patients de 3^{ème} classe, mais estime qu'elle est erronée dans le sens que la part cantonale n'est pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. La caisse évalue également à combien se serait élevée la prétention en remboursement de l'assurée dans le cadre des assurances complémentaires, dans l'hypothèse où l'intervention hors canton est refusée par l'autorité cantonale ou accordée. Le 27 septembre 2010, l'assurée persiste dans ses conclusions. Elle allègue en particulier que les montants articulés par le Dr O_____ de 58'064 fr. et de 61'234 fr. 90 doivent encore être majorés de 15 %, l'assurée n'habitant pas à Bâle. Le 10 décembre 2010, l'assurée transmet au Tribunal copie de la réponse du Dr M_____ du 8 novembre 2010 et demande un délai supplémentaire pour fournir des renseignements complémentaires. Il ressort de la réponse du médecin précité que l'assurée a été hospitalisée dans le département privé de la Fondazione Istituto Nazionale dei Tumori. Au moment de son admission, le temps d'attente dans la division publique était de trois mois. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT En vertu de l'art. 70 al. 1 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. En l'espèce, le recours et la demande concernent le même état de fait, soit le droit au remboursement du traitement auquel la recourante s'est soumise en Italie en décembre 2006. Partant, il se justifie de joindre les deux cause sous le n° de procédure A/4243/2009.

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 la 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 les procédures pendantes devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend les procédures pendantes 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 et la demande respectent les délai et forme prescrits par la loi (art. 56 ss LPGA et 89B LPA). Se pose toutefois la question de savoir si le recours n'est pas contraire au principe ne bis in idem. a) Il y a autorité de chose jugée, du point de vue matériel, lorsque le litige a le même objet que celui sur lequel s'est déjà prononcée l'autorité judiciaire par un jugement passé en force. On ne saurait cependant parler d'identité de l'objet du litige, lorsque l'assuré fait valoir une modification ultérieure des faits par rapport au prononcé du jugement ou lorsqu'est entrée en vigueur une modification du droit qui justifie une appréciation juridique différente de la situation (ATF 98 V 174 consid. 2 p. 178). Ce principe se résume par l'adage latin « ne bis in idem » : les mêmes parties ne peuvent pas remettre en cause devant quelque juridiction que ce soit un litige tranché par l'autorité compétente avec force de chose jugée. Il a pour but d'assurer la sécurité du droit en empêchant que la régularité d'un acte constatée sur recours ou action soit indéfiniment remise en question et, partant, que le même contrôle soit mis en œuvre indéfiniment (MOOR, Droit administratif, volume II, Berne 2002, p. 324). La jurisprudence considère que l'autorité de chose jugée ne s'attache qu'au seul dispositif de la décision ou du jugement et non à ses motifs (ATF 115 V 418 consid. 3b/aa, 113 V 159). Les constatations de fait du jugement et les considérants de celui-ci ne participent pas de la force matérielle. Ils n'ont aucun effet contraignant dans le cadre d'une procédure ultérieure (ATF 121 III 478 consid. 4a). Demeure réservée l'éventualité d'un renvoi aux motifs dans le dispositif : dans ce cas, la motivation à laquelle il est renvoyé acquiert force matérielle (ATF 113 V 159 ; ATFA non publié du 6 décembre 2006, I 857/05, consid. 2.1). b) Par son arrêt du 30 février 2009, le Tribunal a condamné la caisse à prendre en charge le traitement effectué en décembre 2006 par le Dr M _____ et faisant l'objet de sa facture du 28 décembre 2008 aux conditions de la LAMal. A la suite de cet arrêt, la caisse a rendu une nouvelle décision, présentement contestée, par laquelle elle a octroyé à l'assurée la somme de 18'864 fr., en lieu et place de la contrevaletur de ladite facture de 130'323 fr. 65. Les parties sont en désaccord par rapport à la signification de la mention "aux conditions de la LAMal". A cet égard, la caisse estime que l'assurée aurait dû demander une interprétation du jugement du 18 février 2009 et non pas former recours contre sa décision du 23 octobre 2009. Toutefois, il appert, d'une part, que les "conditions de la LAMal" n'ont pas été définies dans le jugement en cause et qu'une nouvelle décision était nécessaire de la part de la caisse notamment pour déterminer les déductions admissibles de cette facture en application de la LAMal. D'autre part, il n'est guère contestable que la nouvelle décision de

la caisse diffère totalement de sa décision de refus du 7 février 2007, confirmée par sa décision sur opposition du 27 juillet 2007. Partant, la voie de recours doit être admise, même si, avant le prononcé de la nouvelle décision, les parties auraient également pu demander une interprétation dudit jugement aux conditions prescrites par la LPA. Cela étant, il y a lieu de considérer que le recours est recevable. En ce qui concerne le recours, l'objet du litige est de préciser quelles sont les conditions de la LAMal pour le remboursement des coûts médicaux à l'étranger, soit l'étendue de la prise en charge de l'intervention subie par la recourante en Italie. Conformément à l'art. 36 al. 3 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102), les coûts des prestations occasionnés à l'étranger, lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse, sont pris en charge jusqu'à concurrence du double du montant qui aurait été payé si le traitement avait eu lieu en Suisse. En l'occurrence, le Tribunal a admis dans son arrêt du 18 février 2009 que le traitement litigieux aurait dû être remboursé, s'il n'était pas disponible en Suisse. Alors même que ce traitement était déjà pratiqué à l'époque en Suisse, il a par ailleurs considéré qu'il devait être remboursé aux conditions de la LAMal in casu, la caisse ayant omis d'en informer l'assurée. Partant, il y a lieu de considérer que les conditions de la LAMal concernent, d'une part, la franchise et la quote-part de participation à la charge de l'assurée et, d'autre part, les conditions de remboursement d'un traitement subi à l'étranger figurant à l'art. 36 al. 3 OAMal, à l'exception de la condition de l'absence de disponibilité du traitement en Suisse. Cela étant, en ce que l'assurée réclame la totalité du remboursement du traitement à titre du dommage subi par la violation du devoir de renseigner de la caisse, sa conclusion devrait le cas échéant être déclarée irrecevable, dès lors que cela ne correspond pas au dispositif de l'arrêt du 18 février 2009, lequel est entré en force. En l'espèce, l'intervention litigieuse a été facturée le 28 décembre 2006 à l'assurée à 78'033,81 euros. De cette somme est à déduire le montant de 72 euros correspondant aux repas pris par la personne accompagnatrice, de sorte que la facture relative à l'hospitalisation s'élève à 77'961,60 euros. Au cours de l'euro au 31 janvier 2007, date du paiement probable de la facture, cette somme correspond à 126'374 fr. 78. Il s'agissait d'une hospitalisation en privé. Toutefois, il n'a pas pu être établi si l'assurée aurait pu être admise dans la clinique en Italie dans une catégorie d'hospitalisation correspondant en Suisse à la division en chambre commune et cela ne paraît pas vraisemblable. De surcroît, il y avait à l'époque un délai d'attente de trois mois, délai qui était manifestement trop long eu égard à l'espérance de vie de 5,5 mois de l'assurée en 2006. En tout état de cause, l'art. 36 al. 3 OAMal ne prescrit pas que seules les prestations d'hospitalisation dans la division commune sont prises en charge, mais fixe uniquement une limite au remboursement des prestations médicales à l'étranger. Partant, il y a lieu d'admettre que la totalité de la somme de 126'374 fr. 78 doit être retenue au titre du coût médical déterminant à l'étranger. Se pose ensuite la question de savoir quel aurait été le coût du traitement litigieux s'il avait eu lieu en Suisse en division commune. Selon le Pr O_____ de l'hôpital de Bâle, une intervention telle que celle pratiquée dans la clinique italienne, d'une durée de 18 jours, aurait coûté entre 58'064 fr. 50 et 61'234 fr. 90 pour un patient hospitalisé en division commune et domicilié en dehors du canton. La moyenne de ces sommes s'élève à 59'649 fr. 70. L'intimée ne met pas en cause ce calcul pour une hospitalisation hors canton, mais estime que seuls les coûts au tarif applicable aux résidents du canton de Bâle peuvent être mis à sa charge, la différence devant être assumé le cas échéant par le canton de Genève, en application de l'art. 41 al. 2 et 3 LAMal. Toutefois, en l'occurrence, il ne s'agit non pas d'une hospitalisation en Suisse, mais à l'étranger. Partant, il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions légales relatives à une hospitalisation

hors canton en Suisse. Quant à l'assurée, elle fait valoir qu'il y a lieu de majorer les coûts de 58'064 fr. 50 et de 61'234 fr. 90, tels que déterminés par le Pr O _____, de 15%, dès lors qu'elle n'habitait pas dans le canton de Bâle. Cependant, ce dernier médecin a déjà évalué les coûts pour une personne domiciliée en dehors du canton de Bâle, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les majorer. Au vu de ce qui précède la Cour admet que, selon toute vraisemblance, le traitement litigieux aurait coûté en Suisse environ 59'650 fr. Le double de cette somme s'élève à 119'300 fr. Du fait que la caisse n'a déduit aucune franchise ni quote-part de participation de la somme de 18'864 fr. qu'elle a reconnu devoir à l'assurée et qu'elle lui a d'ores et déjà remboursée, il y a lieu de conclure que, fin décembre 2006, plus aucuns frais n'étaient dus à ce titre. C'est par conséquent un montant de 119'300 que la caisse est tenue de rembourser à l'assurée. Après déduction de la somme déjà versée, la caisse lui doit encore le montant de 100'436 fr. L'assurée ne peut enfin se prévaloir de l'Accord entre la Confédération suisse, d'une part, et la Communauté européenne et ses Etats membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes, du 21 juin 1999 (ALCP; RS 0.142.112.681), les conditions mises à l'octroi des prestations litigieuses par l'art. 22 du règlement no 1408/71 (RS 0.831.109.268.1), applicable en vertu de cet accord, n'étant manifestement pas remplies. L'assurée réclame également des intérêts moratoires à compter du 26 décembre 2006. a) Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, les intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestation d'assurance sociale à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt 12 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. Conformément à l'art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 (OPGA ; RS 830.11), le taux d'intérêt moratoire est de 5% par an. b) En l'espèce, le droit au remboursement de la totalité de la facture est en principe né avec le dernier jour d'hospitalisation, soit le 28 décembre 2006. Quant à la recourante, elle n'a pas cessé de réclamer le remboursement de la facture en cause. Son premier recours contre la décision de refus est par ailleurs daté du 13 septembre 2007. Par conséquent, il convient d'admettre que des intérêts moratoires sont dus deux ans après la naissance du droit, soit dès le 28 décembre 2008. Ceux-ci doivent être payés non seulement sur la somme encore due de 100'436 fr., mais également sur la somme de 18'864 fr. que la caisse a remboursée le 21 juillet 2009. Les intérêts de 5% sur cette somme durant la période du 28 décembre 2008 jusqu'à cette dernière date s'élèvent, pour 205 jours, à 529 fr 70. Cela étant, le recours sera partiellement admis et la décision annulée. La caisse sera par ailleurs condamnée à rembourser à l'assurée la somme de 100'436 fr., avec intérêts de 5% à compter du 28 décembre 2008, ainsi que la somme de 529 fr. 70. Enfin, l'opposition au commandement de payer sera levée à concurrence de 100'965 fr. 70 (100'436 fr. + 529 fr. 70), avec intérêts à 5% dès le 28 décembre 2008 sur la somme de 100'436 fr. Reste à examiner si l'assurée peut prétendre au remboursement du solde de la facture d'une contrevaletur de 126'374 fr. 78 dans le cadre de l'assurance-maladie complémentaire qu'elle a souscrite auprès de la caisse. Celle-ci se prévaut en premier lieu de la prescription de la créance en remboursement dans le cadre de ce contrat d'assurance. a) En vertu de l'art. 46 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1), les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation. Selon l'art. 135 ch. 2 du Code des obligations, loi fédérale, du 30 mars 1911, complétant le code civil suisse (CO ; RS 220), la prescription est interrompue lorsque le créancier fait valoir ses droits par des poursuites, par une action ou une exception devant un tribunal ou des arbitres, par une intervention dans une faillite ou

par une citation en conciliation. b) En l'espèce, la demande est largement postérieure de deux ans à la date déterminante, soit le 28 décembre 2006. Il en va de même de la réquisition de poursuite du 27 juillet 2009. L'assurée allègue cependant avoir interrompu le délai de prescription en recourant en septembre 2007 contre la décision de refus de la caisse. Cependant, ni dans son recours ni dans les courriers qui l'ont précédé, l'assurée ne s'est prévalu de son droit découlant de l'assurance-maladie complémentaire, de sorte que le Tribunal cantonal des assurances sociales a ignoré l'existence même d'une couverture complémentaire et n'a examiné le droit au remboursement du traitement litigieux que sous l'angle de la LAMal. Il ne peut ainsi être considéré que l'assurée a également fait valoir son droit découlant du contrat d'assurance-maladie complémentaire dans le cadre de son premier recours contre la décision de refus de la caisse fondée sur la LAMal. Cela étant, la créance fondée sur ce contrat est prescrite, de sorte que la demande doit être rejetée. L'assurée obtenant largement gain de cause dans le cadre de son recours, une indemnité de 1'500 fr. lui sera octroyée à titre de dépens. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant Préalablement Ordonne la jonction des causes A/4243/2009 et A/4244/2009 sous le n° de procédure A/4243/2009. Principalement A la forme : Déclare le recours et la demande recevables. Au fond : Admet partiellement le recours. Annule la décision du 28 octobre 2009. Condamne l'intimée à rembourser à la recourante la somme de 100'436 fr. avec intérêts à 5% dès le 28 décembre 2008, ainsi que la somme de 529 fr. 70. Lève l'opposition formée au commandement de à concurrence de 100'965 fr. 70, avec intérêts à 5% dès le 28 décembre 2008 sur la somme de 100'436 fr. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. Rejette la demande. 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) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; 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 Diane 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 et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le

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