

VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 710 vom 19. September 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-09-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__710

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 710 du 19 septembre 2012

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 710 del 19 settembre 2012

Regeste

AM, TRAITEMENT À L'ÉTRANGER | 36 OAMal

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 19.09.2012 Arrêt / 2012 / 710

AM, TRAITEMENT À L'ÉTRANGER | 36 OAMal

TRIBUNAL CANTONAL AM 23/12 - 45/2012 ZE12.014639 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 19 septembre 2012 _____ Présidence de Mme Di Ferro

Demierre, juge unique Greffière : Mme Mestre Carvalho ***** Cause pendante

entre : F. _____, à [...], recourante, représentée par M. _____, à [...], et I. _____

Assurance Maladie SA, à [...], intimée. _____ Art. 34 LAMal; art. 36 OAMal

E n f a i t : A. F. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1955, est affiliée auprès

d'I. _____ Assurance Maladie SA (ci-après : la caisse) pour l'assurance obligatoire des

soins avec, pour 2011, une franchise annuelle s'élevant à 300 fr. L'intéressée dispose par

ailleurs d'une assurance complémentaire de soins T. _____ auprès de R. _____

Assurances SA. Par écrit du 28 février 2011, l'assurée a informé la caisse qu'elle avait été

hospitalisée auprès de la Clinique D. _____, à R. _____ (Buenos Aires, Argentine),

au cours de ses vacances, et qu'elle transmettrait ultérieurement les factures y relatives. A ce

courrier était joint un certificat médical non daté établi par la Dresse W. _____, de la

clinique précitée. Il ressortait de ce document que l'intéressée avait été hospitalisée le 16

janvier 2011 en raison d'une pneumonie aiguë grave (« neumonia aguda grave de la

comunidad »), et qu'elle avait pu quitter la clinique le 25 janvier 2011 suite à une

amélioration objective et subjective de son état, après s'être notamment vue prescrire des

médicaments (amoxiciline et acide clavulanique) ainsi que du repos. Par correspondance du

21 mars 2011, l'assurée a réclamé à la caisse le remboursement d'un montant de 8'292 fr. 80

relatif aux frais de traitement occasionnés en Argentine. A cet effet, elle a produit une note

de frais datée du 25 janvier 2011 et émanant de la « V. _____ » (fondation rattachée à la

Clinique D. _____) pour un montant de 24'363 pesos argentins (ARS) concernant

l'hospitalisation susdite, ainsi qu'une quittance visée le même jour par un médecin de la

Clinique D. _____ et attestant le paiement au comptant de cette somme. Elle a également

transmis une facture émise le 16 janvier 2011 par l'infirmière Q. _____ pour des soins

dispensés 17 heures par jour en clinique du 16 au 25 janvier 2011 à hauteur de ARS 4'500,

ainsi qu'une note de frais établie le 25 janvier 2011 par l'infirmière Z. _____ concernant

une prise en charge à domicile 17 heures par jour du 25 janvier au 8 février 2011 à

concurrence d'un montant de ARS 8'250. Il ressort ce qui suit d'une note manuscrite non

datée, apposée par un collaborateur de la caisse sur le courrier précité : "Selon téléphone du

30.03.11 avec l'assurée, elle m'a confirmé qu'elle avait demandé à avoir une infirmière à ses

côtés durant la journée car elle ne voulait pas rester seule. Expliqué que nous refusons ces frais." Le 4 avril 2011, la caisse a adressé à l'assurée un décompte de prestations (n° [...]) relatif aux frais médicaux encourus en Argentine pour un montant total de 8'731 fr. 50. Aux termes de ce document, la caisse acceptait de rembourser la somme de 4'797 fr. au titre de l'assurance obligatoire des soins, ce montant correspondant aux frais d'hospitalisation proprement dits (ARS 24'363, soit 5'730 fr. 20), sous déduction de la franchise (233 fr. 55), de la quote-part de 10% à charge de l'intéressée (549 fr. 65) et de la taxe journalière (150 fr.). En revanche, la caisse refusait de rembourser le solde de 3'001 fr. 30 concernant les soins infirmiers dispensés du 16 au 25 janvier 2011 à hauteur de 1'058 fr. 40 (ARS 4'500) puis du 25 janvier au 8 février 2011 à concurrence de 1'942 fr. 90 (ARS 8'250), motif pris que ces frais se rapportaient à des traitements volontaires qui ne relevaient pas de l'assurance obligatoire des soins. Par écriture du 2 mai 2011, l'assurée a invité la caisse à revoir sa position quant au non remboursement des deux notes de frais relatives aux soins infirmiers dispensés en Argentine, faisant en substance valoir que ces factures n'étaient pas liées à des traitements volontaires. Ainsi, elle a allégué d'une part que la note de frais de ARS 4'500 concernait des soins qui s'étaient avérés indispensables durant son hospitalisation du 16 au 25 janvier 2011. D'autre part, elle a soutenu que la facture de ARS 8'250 avait trait à des visites quotidiennes effectuées par une infirmière sur ordre médical après qu'elle eût convenu avec son médecin de rentrer à domicile pour éviter les coûts d'une hospitalisation prolongée. L'intéressée a par ailleurs contesté les déductions opérées sur le montant versé au titre de remboursement des frais d'hospitalisation, et s'est pour le surplus référée aux prestations devant être prises en charge par son assurance-maladie complémentaire T._____. Aux termes d'un courrier du 17 mai 2011, la caisse a attiré l'attention de l'assurée sur les points suivants : "Lors de notre entretien téléphonique du 30 mars 2011, vous nous avez expliqué que la note d'honoraires de 4'500.00 Pesos argentins concernant les soins et l'assistance de l'infirmière Mme Q._____ durant votre séjour du 16 au 25 janvier 2011 à la Clinique « V._____ » relevait d'une propre initiative, car vous ne vouliez pas rester seule dans la chambre. Nous vous avons clairement dit que ces frais ne pouvaient pas être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins étant donné que ceux-ci ne sont pas considérés comme des soins effectués en urgence mais volontairement. Il en va de même de la facture de 8'250.00 Pesos argentins de l'infirmière Z._____ lors de votre retour à domicile. Nous vous informons que la note d'honoraires de 24'363.00 Pesos argentins, soit Fr. 5'730.20[,] relative à votre séjour hospitalier du 16 au 25 janvier 2011 a fait l'objet d'un remboursement par le biais de l'assurance obligatoire des soins conformément à notre décompte no [...] du 4 avril 2011. A cet effet, la déduction de Fr. 783.20 correspond aux participations légales, à savoir la franchise et la quote-part de 10%. Par ailleurs, l'assurance complémentaire T._____ précise qu'elle intervient en complément des prestations prévues par l'assurance obligatoire des soins. Ces indications sont mentionnées à l'adresse ci-dessous et [nous] vous laissons le soin de vous y référer : [...]" Par écrit du 28 mai 2011, l'assurée a requis le remboursement des factures émanant, d'une part, de l'infirmière qui l'avait soignée à la Clinique D._____, et, d'autre part, de l'infirmière à domicile qui l'avait prise en charge sur ordre de son médecin traitant et, surtout, suite à son désir de retourner chez elle le plus tôt possible. Elle a de surcroît relevé que les frais d'hospitalisation dans la clinique où elle avait séjourné étaient nettement inférieurs à ceux appliqués en Suisse. Pour le surplus, elle s'est à nouveau référée aux prestations devant être englobées dans sa couverture complémentaire de soins T._____, et a souligné qu'elle se trouvait dans une situation financière difficile. Par décision du 30

juin 2011, la caisse a signifié à l'assurée qu'elle refusait de prendre en charge les montants facturés par les infirmières Q._____ et Z._____ à hauteur de 3'001 fr. 30 (ARS 12'750), conformément au décompte de prestations du 4 avril 2011. Dans ce contexte, elle a en particulier observé que son service médical confirmait que les traitements en question ne relevaient pas de l'assurance obligatoire des soins, mais qu'il s'agissait de traitements volontaires sans caractère urgent démontré. Concernant l'assurance complémentaire T._____, la caisse a souligné qu'aucune prestation ne pouvait être allouée à l'intéressée sur cette base, dans la mesure où ladite assurance ne prenait pas en charge les traitements volontaires à l'étranger; il demeurait toutefois loisible à l'assurée de déférer l'affaire auprès de l'instance judiciaire compétente en la matière. Sous la plume de son mandataire M._____, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision par acte du 19 juillet 2011. Pour l'essentiel, elle a fait valoir qu'elle avait droit au remboursement des deux factures émises les 16 et 25 janvier 2011 par les infirmières Q._____ et Z._____ pour les soins dispensés respectivement en clinique puis à domicile, dès lors que ces soins avaient été prodigués sur ordre médical et ne résultaient donc pas d'un traitement volontaire à l'étranger. Elle a ajouté qu'elle s'était rendue en Argentine pour voir sa famille et non pour suivre un traitement médical, qu'elle avait à l'origine prévu de retourner en Suisse par avion le 27 janvier 2011, que son hospitalisation en urgence à la Clinique D._____ l'avait contrainte à repousser la date de son départ et à prendre un nouveau billet d'avion pour le 9 février 2011, et que ce changement de vol lui avait occasionné des frais supplémentaires à hauteur de ARS 640 (selon un récépissé dûment annexé), montant dont elle estimait qu'il devait également être pris en charge par la caisse. Par décision sur opposition du 21 mars 2012 notifiée à M._____, la caisse a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 30 juin 2011. Dans sa motivation, elle a notamment fait état de ce qui suit : "Comme déjà indiqué dans notre courrier du 17 mai 2011, nous avons expliqué à Mme F._____, lors de notre entretien téléphonique du 30 mars 2011, que les soins et l'assistance lors de son hospitalisation ainsi que les soins infirmiers lors de son retour à domicile ne sont pas considérés comme des soins effectués en urgence, mais volontaires, car ils relèvent d'une propre initiative vu qu'elle ne voulait pas rester seule dans la chambre ainsi qu'à son retour à domicile. Sur cette base, nous [...] confirmons que les soins effectués par des infirmières à titre privé ne sont pas des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins (article 25 à 31 LAMal). Dans sa lettre du 28 mai 2011, Mme F._____ nous indique que selon l'article 6, chiffre 2 des conditions particulières de l'assurance complémentaire T._____, la somme assurée est destinée au remboursement des frais d'hospitalisation pour les traitements reconnus au sens de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal). De plus, dans ce même courrier, elle fait également référence à l'article 7, chiffre 1 des mêmes conditions en y stipulant « Mon hospitalisation ne peut être interprétée comme un traitement volontaire à l'étranger. Le sens de cet article est d'éviter un voyage à l'étranger pour s'y soumettre à un traitement à charge de T._____. Par contre, j'ai le droit de bénéficier des soins d'une infirmière pendant mon hospitalisation. Donc votre argument que cela relevait d'une initiative personnelle ne respecte pas ce droit ». Ses écrits ne relèvent que de sa propre interprétation et de plus, nous sommes forts surpris de ces propos car à aucun moment, nous avons évoqué cet article dans notre courrier du 17 mai 2011. Elle mentionne également que les frais d'hospitalisation dans [la Clinique D._____] sont nettement inférieurs à ceux appliqués en Suisse. [...] le fait que les traitements effectués à l'étranger sont moins onéreux qu'en Suisse n'est pas un critère de remboursement de la part de l'assureur si celui-ci est d'une convenance personnelle. [...] La

présence d'une infirmière auprès de Mme F. _____ durant 17 heures par jour que cela soit à la Clinique «V. _____» ou à son domicile relève d'une présence permanente considérée comme un abus et qui est contraire à la notion d'économicité. [...]" B. a) Agissant par l'entremise de son mandataire, l'assurée a recouru le 17 avril 2012 (date de l'envoi sous pli recommandé) auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à ce que l'intimée prenne en charge, soit par le biais de l'assurance obligatoire des soins, soit par le biais de l'assurance complémentaire T. _____, le coût du trajet en taxi effectué le 16 janvier 2011 pour se rendre à la Clinique D. _____ à concurrence de ARS 120, les frais liés au report du vol de retour pour la Suisse à hauteur de ARS 640, ainsi que les notes d'honoraires des infirmières Q. _____ et Z. _____ se chiffrant respectivement à ARS 4'500 et ARS 8'250. Sur le fond, elle précise tout d'abord qu'elle ne dispose d'aucun reçu concernant le parcours en taxi effectué le 16 janvier 2011. S'agissant en outre du remboursement des soins infirmiers, elle fait en substance valoir qu'une infirmière a été mandatée par son médecin traitant sur place afin de lui dispenser certains traitements et de la surveiller, et que ce même médecin a subordonné son départ de la clinique à la condition qu'elle se fasse soigner à domicile par une infirmière chargée d'effectuer certains traitements indispensables. Pour le surplus, elle joint à son recours un onglet de pièces se rapportant essentiellement aux écritures échangées jusqu'alors avec l'intimée. b) Dans sa réponse du 21 juin 2012, la caisse a conclu à l'irrecevabilité du recours en ce qu'il vise l'assurance complémentaire T. _____, respectivement au rejet du recours en ce qu'il se rapporte à l'assurance obligatoire des soins. En ce qui concerne plus particulièrement ce dernier aspect, l'intimée réitère pour l'essentiel l'argumentation développée dans ses précédentes écritures concernant le non remboursement des notes d'honoraires émises par les infirmières Q. _____ et Z. _____. Quant aux frais de déplacement en taxi occasionnés le 16 janvier 2011, la caisse relève que l'art. 6 let. a des Conditions générales d'assurance (CGA) – applicable selon l'art. 10 des conditions particulières de l'assurance sur le Réseau de santé [...] ([...]) – prévoit que les prestations ne sont pas accordées lorsque font défaut les factures originales, comme dans le cas particulier. S'agissant enfin des coûts engendrés par le changement du vol de retour pour la Suisse, l'intimée souligne que ceux-ci ne constituent pas des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Parmi les pièces produites par l'intimée à l'appui de sa réponse, figure notamment un avis à l'assureur du 30 mai 2012 rédigé par le Dr N. _____, médecin-conseil de la caisse. Aux termes de ce document, ce médecin conclut notamment, sur la base du certificat médical non daté de la Dresse W. _____, que les soins donnés par l'infirmière Q. _____ durant le séjour hospitalier ne relèvent pas d'une urgence médicale, mais d'une convenance personnelle de l'assurée. Il estime qu'il en va de même pour les soins médicaux prodigués au domicile de l'assurée par l'infirmière Z. _____ à la suite de l'hospitalisation; il ajoute que ce traitement aurait pu être effectué par l'assurée elle-même, sans l'intervention d'une infirmière. Cela étant, le Dr N. _____ confirme que les soins litigieux sont constitutifs d'un traitement volontaire, sans caractère urgent démontré. c) Les parties ont confirmé leurs conclusions dans le cadre d'un second échange d'écritures. C. Par jugement séparé de ce jour, la Cour de céans a déclaré irrecevable la demande interjetée le 17 avril 2012 par la recourante s'agissant de l'assurance complémentaire de soins T. _____ (AMC 4/12 – 17/2012). E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur

l'assurance-maladie; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art 2 al.1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). De valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la présente cause doit être tranchée par un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Dans le cas présent, il n'est pas contesté que la prise en charge des frais d'hospitalisation à la Clinique D._____ du 16 au 25 janvier 2011 incombe à l'intimée. Est en revanche litigieux le point de savoir si la caisse doit assumer les notes d'honoraires établies par les infirmières Q._____ et Z._____, les frais de taxis occasionnés le 16 janvier 2011 lors du trajet jusqu'à la clinique susdite, ainsi que les coûts liés au report du vol de retour à destination de la Suisse. a) Aux termes de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 de cette même loi en tenant compte des conditions prévues aux art. 32 à 34 LAMal. Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment, d'une part, les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens, ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a ch. 1), et, d'autre part, une participation aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage (al. 2 let. g). L'art. 32 al. 1 phr. 1 LAMal précise que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 de cette loi doivent être efficaces, appropriées et économiques. b) Aux termes de l'art. 34 al. 2 phr. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Par "raison médicale", il faut entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse l'équivalent de la prestation à fournir (ATF 128 V 75 consid. 1b; TFA K_65/03 du 5 août 2003 consid. 2.1). Faisant usage de cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal (ordonnance fédérale du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102), intitulé "Prestations à l'étranger". aa) Selon l'alinéa 1 de cette disposition, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse (une liste de ces prestations n'a cependant pas été établie; cf. ATF 131 V 271 consid. 3.1 p. 274; 128 V 75). Une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal n'est admissible que dans deux éventualités. Ou bien il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse, ou bien il est établi, dans un cas particulier, qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés. Il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement

spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante. En revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal. C'est pourquoi les avantages minimes, difficiles à estimer ou encore contestés d'une prestation fournie à l'étranger, ne constituent pas des raisons médicales au sens de cette disposition; il en va de même du fait qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience dans le domaine considéré (ATF 134 V 330 consid. 2.3 et 131 V 271 consid. 3.2; TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2; RAMA 2003 n° KV 253 p. 231 consid. 2). Une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise (TF 9C_566/2010 du 25 février 2011 consid. 3 avec les références citées). bb) Aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Il n'y a pas urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement. Ce qui est déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées). c) Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures (art. 45 LPGA). Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application de tarifs; il examine en particulier si les conditions d'une prise en charge d'une prestation sont remplies (art. 57 al. 4 LAMal). Il évalue les cas en toute indépendance; ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (art. 57 al. 5 LAMal). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1; 126 V 353 consid. 5b et les références; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les références). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1; 126 V 319 consid. 5a). S'il n'est pas possible d'établir un état de fait vraisemblablement conforme à la réalité, il est statué en défaveur de la partie qui entendait déduire un droit d'un état de fait demeuré sans preuve (ATF 115 V 133 consid. 8a). 3. a) Il est constant que la caisse a pris en charge les frais afférents à l'hospitalisation proprement dite de la recourante auprès de la Clinique D._____, du 16 au 25 janvier 2011. Elle lui a ainsi remboursé un montant de 4'797 fr. correspondant aux coûts de cette hospitalisation après déduction de la franchise annuelle de l'intéressée et des participations prévues par la législation topique. Dans le cadre de la présente procédure de recours, l'assurée n'invoque aucun grief pertinent à l'encontre de ce remboursement, lequel s'avère du reste conforme aux prescriptions légales en vigueur. Il n'y

a dès lors pas lieu de s'arrêter davantage sur cette question. b) L'intimée a en revanche refusé de prendre en charge les notes d'honoraires relatives aux soins dispensés, d'une part, du 16 au 25 janvier 2011, en clinique, par l'infirmière Q. _____, et, d'autre part, du 25 janvier au 8 février 2011, à domicile, par l'infirmière Z. _____, motif pris que ces soins n'avaient pas été fournis en urgence, mais avaient été prodigués sur une base volontaire. La caisse a également dénié à l'assurée le droit au remboursement des frais de transport en taxi occasionnés le 16 janvier 2011 pour se rendre à la clinique susdite (cf. réponse du 21 juin 2012), ceux-ci n'étant nullement établis. Enfin, l'intimée a considéré qu'il ne lui incombait pas d'assumer les coûts liés au changement du vol de retour à destination de la Suisse (cf. décision sur opposition du 21 mars 2012), estimant que cet élément était extrinsèque à l'assurance obligatoire des soins. aa) Il convient tout d'abord de se pencher sur la note d'honoraires établie le 16 janvier 2011 par l'infirmière Q. _____ pour une somme de ARS 4'500. Pour justifier cette facture, la recourante a fait valoir que son médecin traitant avait chargé une infirmière de lui prodiguer certains soins et de la surveiller lors de son séjour à la Clinique D. _____ (cf. mémoire de recours du 17 avril 2012 p. 2 s.). Force est cependant de constater que le dossier de la cause ne contient aucune prescription médicale désignant l'infirmière susnommée en vue de dispenser des soins à l'assurée durant son hospitalisation. Il apparaît par ailleurs que la facture du 16 janvier 2011 a été établie au nom même de Q. _____, ce qui laisse à penser que cette dernière est intervenue à l'égard de l'intéressée en qualité d'infirmière indépendante. Or, à l'instar de la caisse, on peut douter que la clinique en question ne disposait pas de personnel apte à fournir les soins médicaux nécessaires à la recourante, au point de devoir faire appel à une infirmière externe. On ne saurait de surcroît oublier que dans un premier temps, lors d'un entretien téléphonique du 30 mars 2011 avec l'intimée, l'assurée a expliqué avoir sollicité de son propre chef les services d'une infirmière afin de ne pas se trouver seule. Certes, l'intéressée a ultérieurement cherché à nuancer ses propos en exposant qu'elle ne maîtrisait pas le français (cf. mémoire de recours du 17 avril 2012 p. 2); en l'état, on ne peut toutefois déduire de cette simple allégation que la recourante n'était pas à même de se faire comprendre lors de l'entretien téléphonique du 30 mars 2011, ou que ses dires n'ont pas été retranscrits avec exactitude. Cela étant, force est de relever que même si les déclarations en question ne se réfèrent pas expressément aux soins dispensés par une infirmière précise, elles n'en constituent pas moins un élément supplémentaire incitant à douter que l'infirmière Q. _____ ait été mandatée sur ordre du médecin traitant de l'intéressée. Au surplus, on rappellera que selon la jurisprudence dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », applicable de manière générale en matière d'assurances sociales, il convient, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, d'accorder la préférence à celle que l'assuré(e) a donnée alors qu'il/elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (cf. TF 9C_663/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 3.2 et les références citées, en particulier ATF 121 V 45 consid. 2a). Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, c'est dès lors à juste titre que l'intimée a considéré que les soins prodigués à l'assurée par l'infirmière Q. _____ lors de son séjour en milieu hospitalier ne relevaient pas d'une urgence médicale, mais répondaient à des motifs de convenance personnelle de la recourante – position confirmée le 30 mai 2012 par le médecin-conseil de la caisse, le Dr N. _____. L'intimée était par conséquent fondée à refuser la prise en charge de cette prestation au titre de l'assurance obligatoire des soins. C'est à présent le lieu d'examiner la note de frais établie le 25 janvier 2011 par l'infirmière Z. _____ pour un montant de ARS 8'250. A ce sujet, la

recourante a expliqué que son médecin traitant l'avait autorisée à quitter la Clinique D._____ à condition qu'elle se fit soigner à domicile par une infirmière chargée de lui prodiguer certains traitements indispensables (cf. mémoire de recours du 17 avril 2012 p. 3). Rien de tel ne ressort toutefois du certificat médical non daté établi par la Dresse W._____, selon lequel l'intéressée a pu quitter la clinique précitée suite à une amélioration objective et subjective de son état de santé. Pour le reste, aucun élément du dossier ne porte à croire que Z._____ – qu'il y a lieu de considérer comme une infirmière indépendante, dès lors que la note de frais litigieuse a été émise à son nom – aurait été mandatée par un médecin pour soigner l'assurée à domicile. On rappellera au contraire qu'à en croire les propos tenus par l'intéressée lors de l'entretien téléphonique du 30 mars 2011 (propos qui n'ont pas à être remis en cause en l'état du dossier, ainsi qu'exposé au paragraphe précédent), il appert que cette dernière a dans un premier temps exposé qu'elle avait eu recours aux services d'une infirmière afin de ne pas rester seule. Là encore, si ces déclarations ne se réfèrent à aucune infirmière spécifique, elles n'en appellent pas moins à faire preuve de circonspection à l'égard des explications ultérieures de la recourante selon lesquelles Z._____ aurait été mandatée par son médecin traitant pour un suivi à domicile – cela d'autant plus à la lumière de la jurisprudence dite des premières déclarations (cf. TF 9C_663/2009 précité loc. cit.). Sous un autre angle, il y a également lieu de souligner que selon le certificat médical de la Dresse W._____, l'assurée s'est essentiellement vue prescrire des médicaments (amoxiciline et acide clavulanique) ainsi que du repos à l'occasion de sa sortie de la Clinique D._____. Or, selon l'avis du Dr N._____ du 30 mai 2012 à l'attention de la caisse, un tel traitement aurait pu être effectué par l'intéressée elle-même, sans l'intervention d'une infirmière. Au vu des circonstances exposées ci-dessus, il convient dès lors d'admettre que les soins dispensés par l'infirmière Z._____ n'étaient pas constitutifs d'un suivi direct urgent, mais relevaient bel et bien d'un traitement volontaire à l'étranger. Les frais y relatifs ne sauraient donc être mis à la charge de l'intimée par le biais de l'assurance obligatoire des soins. Dans la mesure où l'intervention des infirmières Q._____ et Z._____ ne relève pas de l'assurance obligatoire des soins faute de caractère urgent, peu importe dès lors que, comme l'allègue la recourante, les soins infirmiers en Argentine soient moins coûteux qu'en Suisse (cf. réplique non datée, réceptionnée le 12 juillet 2012, p. 2). Enfin, il faut constater, à l'instar de la caisse (cf. réponse du 21 juin 2012 p. 9), que la note d'honoraires de l'infirmière Q._____ concerne une prise en charge de 17 heures par jour durant 10 jours, soit du 16 au 25 janvier 2011. S'agissant de la facture de l'infirmière Z._____, celle-ci se rapporte à des soins dispensés 17 heures par jour durant 15 jours, soit du 25 janvier au 8 février 2011. D'une part, il paraît peu probable que la recourante ait bénéficié, en date du 25 janvier 2011, de la présence de deux infirmières à raison de 17 heures d'activité chacune, l'une en clinique et l'autre à domicile. D'autre part, la présence d'une infirmière auprès de l'assurée durant 17 heures par jour, que ce soit en clinique ou à domicile, paraît excessive notamment au vu des soins que requérait l'état de santé de l'intéressée. Une telle prise en charge s'avère dès lors contraire à la notion d'économicité au sens de l'art. 32 LAMal (cf. consid. 2a supra) et ne saurait à plus forte raison être mise à la charge de l'intimée. bb) Concernant les frais occasionnés lors du trajet en taxi effectué par la recourante pour se rendre à la Clinique D._____ le 16 janvier 2011 (ARS 120), l'intéressée admet elle-même qu'elle ne dispose d'aucune facture y relative (cf. mémoire de recours du 17 avril 2012 p. 2). Cela étant, il convient de relever que la couverture d'assurance obligatoire des soins de la recourante est notamment régie par les conditions particulières de l'assurance sur le Réseau de santé [...]

([...]), dont l'art. 10 renvoie aux dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal ([...]). Or, selon l'art. 6 let. a de ces dernières dispositions, les prestations ne sont pas accordées lorsque, comme en l'espèce, les factures originales font défaut. Dans ces conditions, les frais de taxis à concurrence de ARS 120 ne sauraient être dus par l'intimée au titre de l'assurance obligatoire des soins. cc) S'agissant des coûts liés au report du vol de retour pour la Suisse (ARS 640), ces derniers ne sauraient être considérés comme des prestations à charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 25 à 31 LAMal). Ces dépenses ne sauraient en particulier être assimilées à des frais de transport médicalement nécessaires ou à des frais de sauvetage au sens de l'art. 25 al. 2 let. g LAMal. En effet, selon la jurisprudence, ce qui importe sous cet angle, c'est que le transport soit nécessaire en vue de dispenser des soins lorsqu'il existe une menace grave pour la santé ou pour la vie de l'assuré (cf. 4A_609/2011 du 13 février 2012 consid. 3.2 et les références citées), ce qui n'était manifestement pas le cas de la recourante, qui n'a voyagé qu'une fois remise de ses troubles de santé. C'est dès lors à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les frais en question. 4. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision querellée. b) Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 21 mars 2012 par I._____ Assurance Maladie SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique :

La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ M._____ (pour la recourante), ■ I._____ Assurance Maladie SA, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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