

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 mars 2014

---

Présidence de M. MERZ, juge unique  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

S. \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS SA**, à  
Lucerne, intimée.

---

**Art. 27 - 30 LPGA ; art. 64 LAMal ; art. 36 al. 2 OAMal.**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, domicilié dans le canton de Vaud, a été assuré en 2011 et 2012 auprès de Concordia Assurance suisse de maladie et accidents SA (ci-après : Concordia ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins au sens de la loi sur l'assurance-maladie. Il a convenu dans ce cadre d'une franchise annuelle - au sens de l'art. 64 al. 1 let. a LAMal - de 2'500 fr, ainsi que conclu auprès de Concordia une assurance vacances et voyages complémentaire nommée « DIVERSA », lui permettant notamment, en cas d'urgence à l'étranger, de s'adresser à une centrale d'appels, soit la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_.

Selon les explications de l'assuré, il a été victime d'une chute lors d'un séjour aux États-Unis en août et septembre 2011. Souffrant de douleurs persistantes au dos, il a pris contact avec le numéro d'urgence de la centrale précitée qui l'a orienté vers un hôpital sur place.

Le 6 septembre 2011, la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_ a demandé à Concordia une garantie de prise en charge du traitement de l'assuré, dispensé par le Centre médical M.\_\_\_\_\_ en [...]. Cette requête a été formulée comme suit, en langue allemande :

«Schadendatum : 06.09.2011  
Schadenart : Krankheit  
Diagnose : Diskushernie

[...]

Bemerkungen : Der Patient hat uns um Hilfe gebeten in der Suche nach einem Spital. Wir haben in Rücksprache mit unserem Korrespondenten ein Spital empfohlen, welches mit unserem Korres[pondenten] zusammenarbeitet und Discount gibt. Er wird Radiologische Untersuchung machen müssen und gemäss unserem Korrespondenten wird diese Untersuchung ca. 400 - 5000 Dollar kosten. Er wird sich nochmals melden, ob er nur ambulant bleiben konnte. Dürften wir die Kosten übernehmen ? [...] »

Dans un échange de courriers subséquent, Concordia a demandé des précisions à la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_ quant à une

éventuelle maladie préexistante (cf. notamment télécopie de Concordia du 7 septembre 2011 et réponse négative de la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_ par télécopie du 12 septembre 2011).

Par courrier du 12 septembre 2011, Concordia a informé la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_ qu'elle prenait en charge le traitement ambulatoire et les frais hospitaliers sur une durée maximale de 30 jours ; elle a renvoyé aux art. 21 et 23 des conditions générales de l'assurance « DIVERSA ».

Par courrier du 13 septembre 2011, l'assuré s'est adressé à Concordia en ces termes :

« Voici comme convenu avec le service d'appel d'urgence la liste des dépenses et justificatifs liés à mon accident aux États-Unis pendant mes vacances. [...] »

Il a joint à son envoi notamment un document du Centre médical M.\_\_\_\_\_ qui retient le diagnostic de « back pain », ainsi que trois factures des États-Unis pour un médicament et des transports d'un montant \_\_\_\_\_ total \_\_\_\_\_ de 155.99 dollars.

Par courrier du 29 septembre 2011, Concordia a répondu à l'assuré de la manière suivante :

« Nous accusons réception des factures précitées que nous vous retournons à notre décharge. Celles-ci concernent un traitement faisant suite à un accident et celui-ci relève de l'assurance accidents LAA. Veuillez les adresser directement à cette assurance. Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information que vous pourriez souhaiter et vous remercions de votre compréhension. »

Le 22 février 2012, la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_ a facturé à Concordia les frais afférents au traitement ambulatoire aux États-Unis, soit un montant total de 2'529.35 fr., comprenant un supplément pour devise étrangère [terme allemand utilisé par la centrale d'urgences :

« Fremdwährungszuschlag »] de 0,02% (effectivement de 2% à concurrence de 49.50 fr.) sur le montant facturé par le service médical américain et appliquant un taux de change de 0.9520 eu égard au montant de 2'600.75 dollars relatif au traitement ambulatoire à l'étranger.

**B.** Le 1<sup>er</sup> mars 2012, Concordia a établi un décompte à l'attention de l'assuré dans lequel figurait le montant de 2'529.35 fr. facturé par la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_. Cet assureur a pris en compte le montant de la franchise annuelle, soit 2'500 fr., ainsi que 2.95 fr. au titre de participation aux coûts, requérant ainsi de l'assuré le versement en sa faveur de 2'502.95 fr.

Par courriel du 8 mars 2012 adressé à l'intimée, l'assuré a contesté ce décompte au motif qu'il serait couvert sans franchise pour les soins reçus aux États-Unis.

Dans un échange de courriels du 2 mai 2012 entre différents services de Concordia, il est mentionné que la facture de la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_ du 22 février 2012 concernait un traitement ambulatoire d'urgence et non pas une hospitalisation. Ce traitement serait à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Pour cette raison, les franchise et quote-part seraient dues. L'assurance « DIVERSA » ne prendrait en aucun cas les franchise et quote-part en charge ; elle n'interviendrait qu'en complément de l'assurance obligatoire des soins en cas de dépassement tarifaire.

Par courrier recommandé du 11 mai 2012, intitulé « Dernier rappel / Somation », Concordia a exigé de l'assuré le paiement de 2'502.95 fr., auxquels elle a ajouté 20 fr. de frais de sommation et 100 fr. de frais d'administration.

Dans une correspondance du 1<sup>er</sup> juin 2012, adressée à Concordia, l'assuré a, en substance, fait valoir que les frais occasionnés aux États-Unis devaient être pris en charge par l'assurance

complémentaire « DIVERSA ». Il a aussi précisé ne pas souffrir d'une hernie discale, contrairement à ce qui avait été retenu sur le document de facturation. Selon lui, il « s'agissait bien d'une condition subite et non d'une maladie préexistante ».

Par courrier du 8 juin 2012 à l'assuré, Concordia a maintenu sa position.

En date du 29 juin 2012, Concordia a déposé une réquisition de poursuite contre l'assuré auprès de l'Office des poursuites du district de la Riviera - Pays-d'Enhaut portant sur le montant de 2'502.95 fr., majoré de 120 fr. de frais de sommation et d'administration, ainsi que de 14 fr. correspondant à des frais résultant d'une poursuite antérieure. Un commandement de payer les montants précités a par conséquent été notifié à l'assuré le 5 juillet 2012, contre lequel ce dernier a formé opposition totale.

Par courrier du 17 juillet 2012, Concordia a imparti à l'assuré un délai de 10 jours pour régler les montants en question, de même que 87 fr. de frais de poursuite, soit un total de 2'709.95 francs.

L'assuré ne s'étant pas exécuté dans le délai imparti, Concordia a rendu le 23 août 2012 une décision, par laquelle elle a persisté à requérir le paiement du montant de 2'709.95 fr. et prononcé la mainlevée de l'opposition formée par l'assuré dans le cadre de la procédure de poursuite.

L'opposition de l'assuré, datée du 20 septembre 2012, contre cette nouvelle décision a été rejetée par décision sur opposition de Concordia du 25 octobre 2012.

**C.** Par acte du 21 novembre 2012, l'assuré a déféré la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. En substance, il a conclu à son annulation, après que la

Cour eût constaté qu'il ne se trouve pas débiteur des montants réclamés par Concordia. Au surplus, il a requis un dédommagement au regard du temps consacré et du fait de « l'atteinte à sa réputation ». Il a enfin souligné que, s'agissant d'un accident, Concordia devrait « contacter la SUVA pour le règlement ».

Par mémoire de réponse du 15 février 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours de l'assuré « dans la mesure où celui-ci conteste l'annulation légale de l'opposition jusqu'au montant de CHF 2'013.15 » et à la confirmation de sa décision sur opposition à hauteur de ce dernier montant. Elle a requis la condamnation du recourant au paiement des frais et dépens. Concordia a en outre expliqué la réduction du montant réclamé du fait d'un rabais communiqué par la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_. Celle-ci lui aurait en effet transmis en date du 5 décembre 2012 un décompte comportant une réduction de frais pour le traitement de l'assuré aux États-Unis, à concurrence de 670.99 dollars, respectivement (au taux de 0.9690) de 650.20 fr. ; le montant de la facture de la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_, respectivement du Centre médical M.\_\_\_\_\_, ne s'élèverait donc plus qu'à 1'879.15 fr. Concernant la notion d'accident avancée par le recourant, l'intimée a fait valoir être légitimement partie du principe qu'il s'agissait d'un cas de maladie relevant de son domaine de compétence. Elle a justifié ce postulat sur la base de la requête de garantie de paiement de la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_, laquelle qualifiait le sinistre de maladie, ainsi qu'au vu du diagnostic de hernie discale évoqué à cette occasion. Une telle atteinte ne pouvait être considérée comme le résultat d'un accident qu'en de très rares cas et à certaines conditions spécifiques ; le dossier ne contiendrait au demeurant aucune indication objective permettant de conclure que ces conditions seraient remplies. Par ailleurs, la situation à l'origine du litige avait revêtu un caractère particulièrement urgent, tandis qu'elle était tenue d'octroyer une garantie de paiement à la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_ dans un bref délai. Au surplus, si un accident avait effectivement eu lieu, l'assuré aurait été tenu d'en informer son employeur. L'assuré ne se serait au demeurant pas mis en relation avec son assurance-accidents.

Par réplique du 25 février 2013, le recourant a, en substance, maintenu ses conclusions. A titre subsidiaire, il a requis l'annulation des frais de poursuite et, concernant la facture des États-Unis, le réajustement du taux de change au taux moyen de septembre 2011, soit 0.8660, en lieu et place du taux de 0.9529 pratiqué par l'intimée. Il a déclaré ne pas avoir annoncé son accident à son employeur, parce que les faits s'étaient déroulés pendant ses vacances et qu'il n'avait subi ni séquelles ni d'arrêt de travail. N'ayant jamais reçu de facture de la part du Centre médical M.\_\_\_\_\_, il aurait considéré que la prise en charge des frais était assurée et qu'à défaut, les assurances procéderaient à un règlement entre elles « comme c'est l'usage dans la profession ». Par ailleurs, il a produit un relevé de compte du Centre médical M.\_\_\_\_\_, selon lequel ce dernier n'aurait pas reçu paiement de 2'600.75 dollars, mais uniquement 1'820.53 dollars en date du 23 juillet 2012. Enfin, l'assuré a exposé ne jamais avoir souffert d'une hernie discale, tout en renvoyant à ce sujet à un courrier que le Prof. D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie du rachis auprès du Centre hospitalier Z.\_\_\_\_\_, lui a adressé en date du 19 octobre 2012 (consécutivement à un nouvel incident survenu en septembre 2012). Ce médecin a observé ce qui suit :

« J'ai maintenant eu l'occasion de regarder l'IRM que vous avez faite le 16 octobre. Sur celle-ci, on reconnaît toujours le placement de L1. On retrouve par ailleurs un disque dégénéré en L5-S1 ce qui n'est pas inhabituel (30 à 40% des personnes de votre âge ont des disques dégénérés même s'ils n'ont pas mal au dos). Ce disque dégénéré fait protrusion en arrière sans vraie hernie mais cette protrusion touche tout juste une des deux racines nerveuses sans la comprimer. Ceci peut expliquer l'irradiation des douleurs dans le membre inférieur gauche. Si la situation ne s'améliore pas une fois que le corset aura été enlevé, on peut éventuellement essayer une infiltration de cortisone. Néanmoins, le meilleur traitement pour le mal de dos restera la physiothérapie. [...] »

Par duplique du 18 avril 2013, Concordia a également confirmé ses conclusions. Elle a fait valoir que les douleurs dorsales (« back pain ») mentionnées dans la facture du Centre médical M.\_\_\_\_\_ permettaient de retenir un cas de maladie, tout comme le diagnostic de hernie discale. Quant au taux de change, elle a déclaré que la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_ aurait affirmé s'être basée sur le cours pratiqué par le Crédit suisse au jour de la facturation.

Invité à se déterminer, l'assuré n'a pas procédé plus en avant.

Dans la mesure utile, les arguments des parties seront repris ci-après.

### **E n d r o i t :**

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 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. 56 et 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 dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée ; il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer sur le recours contre la décision sur opposition du 25 octobre 2012 ; vu la valeur litigieuse, un juge unique est habilité à statuer (art. 83b LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire ; RSV 173.01] ; art. 93 et 94 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). Les autorités et tribunaux appliquent le droit d'office (art. 41 LPA-VD).

**2.** Est litigieux le droit éventuel de la caisse-maladie de réclamer à l'assuré, en procédant par voie de poursuite, paiement des montants querellés, en particulier une participation aux coûts selon art. 64 LAMal

pour les frais facturés par la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_, respectivement le Centre médical M.\_\_\_\_\_.

**3.** Dans la mesure où l'intimée conclut au rejet du recours à concurrence d'un montant de 2'013.15 fr., elle propose implicitement l'admission du recours pour la différence entre les 2'636.95 fr. mentionnés dans la décision sur opposition incriminée et les 2'013.15 fr. précités. Vu le rabais de 670.99 dollars accordé par le Centre médical M.\_\_\_\_\_, cette réduction apparaît, dans son principe, correcte.

**4.**

4.1 Aux termes de l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend : a. un montant fixé par année (franchise) et b. 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (al. 2). Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part (al. 3). La participation aux coûts ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée. Il est également interdit aux associations, fondations ou à d'autres institutions de prévoir la prise en charge de ces coûts. Les dispositions de droit public de la Confédération et des cantons sont réservées (al. 8).

4.2 L'intimée invoque notamment l'art. 64 al. 8 LAMal et fait valoir que l'assurance obligatoire des soins prend en charge, selon l'art. 36 al. 2 OAMal, le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Vu ces dispositions, l'assurance complémentaire « DIVERSA » conclue par l'assuré n'aurait pas à assumer la participation aux coûts.

Il ressort du dossier et des explications de l'assuré que pour un traitement d'urgence à l'étranger, il disposerait de l'assurance complémentaire « DIVERSA », laquelle prendrait en charge les frais de traitement, sans quelconque participation aux coûts à la charge du recourant. A cet égard, l'on rappellera cependant que le tribunal de céans n'est pas compétent pour les litiges ayant trait à des assurances complémentaires. Pour ces litiges, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, seule la voie

du recours auprès des tribunaux civils est ouverte (Arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois AMC 21/10 du 24 mai 2013 consid. 1). Conformément à l'art. 12 al. 3 LAMal, les assurances complémentaires pratiquées par les caisses-maladie en plus de l'assurance maladie sociale ne sont d'ailleurs pas soumises à la LAMal, mais sont régies par le droit des assurances privées, à savoir par la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1).

L'assuré se prévaut enfin de la déclaration de l'intimée, contenue dans le courrier du 29 septembre 2011, selon laquelle le traitement dispensé aux États-Unis relèverait de l'assurance-accidents, ce qui imposerait un règlement entre les assurances concernées de la prise en charge définitive du cas.

## **5.**

5.1 La LPGA prévoit à ses art. 63 et suivants des règles de coordination en cas de prestations allouées par plusieurs assurances sociales.

Selon l'art. 64 al. 1 LPGA, le traitement est à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi. Si les conditions de la loi spéciale concernée sont remplies, le traitement, dans les limites légales, est dans l'ordre suivant à la charge de l'assurance militaire, l'assurance-accidents, l'AI, l'assurance-maladie (art. 64 al. 2 LPGA). L'assureur social tenu de verser des prestations prend en charge seul et de manière illimitée les frais du traitement hospitalier, même si l'atteinte à la santé n'est pas entièrement due à l'événement qu'il est tenu de couvrir (art. 64 al. 3 LPGA).

En vertu de l'art. 70 al. 1 LPGA, l'ayant droit peut demander la prise en charge provisoire de son cas lorsqu'un événement assuré lui donne droit à des prestations d'une assurance sociale mais qu'il y a doute sur le débiteur de ces prestations. Est tenue de prendre provisoirement le cas à sa charge, l'assurance-maladie, notamment pour les prestations en

nature dont la prise en charge par l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, l'assurance militaire ou l'AI est contestée (art. 70 al. 2 let. a LPGA). L'ayant droit adresse sa demande aux institutions d'assurances sociales entrant en ligne de compte (art. 70 al. 3 LPGA).

Aux termes de l'art. 71 LPGA, l'assureur tenu de prendre provisoirement le cas à sa charge alloue les prestations selon les dispositions régissant son activité. Lorsque le cas est pris en charge par un autre assureur, celui-ci lui rembourse ses avances dans la mesure où elles correspondent aux prestations qu'il aurait dû lui-même allouer.

5.2 Aux art. 27 et suivants LPGA sont exposées des dispositions générales de procédure.

Dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (art. 27 al. 1 LPGA). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (art. 27 al. 2 LPGA). Aux termes de l'art. 27 al. 3 LPGA, si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (cf. également ATF 131 V 472 consid. 4 et Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd. 2009, n. 34 ss ad art. 27 LPGA).

Les assurés et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales. 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. Le requérant est tenu d'autoriser dans des cas particuliers toutes les personnes et institutions, notamment les employeurs, les médecins, les assurances et les organes officiels, à fournir des renseignements, pour autant que ceux-ci soient nécessaires pour établir le droit aux prestations.

Ces personnes et institutions sont tenues de donner les renseignements requis (art. 28 LPGA).

Celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée (art. 29 al. 1 LPGA). Si une demande ne respecte pas les exigences de forme ou si elle est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminant quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande (art. 29 al. 3 LPGA). Aux termes de l'art. 30 LPGA, tous les organes de mise en œuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent.

Selon l'art. 35 al. 1 LPGA, l'assureur examine d'office s'il est compétent. L'assureur qui se tient pour compétent le constate dans une décision si une partie conteste sa compétence (art. 35 al. 2 LPGA).

5.3 S'applique par ailleurs le principe général de la bonne foi qui fait l'objet de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). Ce principe a trouvé partiellement une concrétisation à l'art. 27 LPGA susmentionné qui règle les devoirs de renseignements. Par ailleurs, les parties doivent pouvoir avoir une confiance réciproque. Cela concerne leurs déclarations et leurs comportements. Les parties doivent notamment éviter un comportement contradictoire. Elles doivent pouvoir se fier aux attentes créées par le comportement de l'autre partie. Ne peut toutefois prétendre à être traité conformément aux règles de la bonne foi que celui qui n'a pas lui-même violé ce principe de manière significative (Scartazzini/Hürzeler, *Bundessozialversicherungsrecht*, 4e éd. 2012, p. 74 ; Pierre-Yves Greber, in : *Droit suisse de la sécurité sociale*, Vol. I, 2010, p. 38 ; de manière générale : Thierry Tanquerel, *Manuel de droit administratif*, 2011, p. 192-201 ; Häfelin/Müller/Uhlmann, *Allgemeines Verwaltungsrecht*, 6e

éd. 2010,  
§ 11, p. 140-163, n. 622 ss, au sujet du comportement contradictoire p.  
160/161,  
n. 707 ss ; Béatrice Weber-Dürler, Vertrauensschutz im öffentlichen Recht,  
1983 ; idem, Neuere Entwicklungen des Vertrauensschutzes, ZBl 103/2002  
p. 281 ss).

Le Tribunal fédéral a par exemple admis que le principe de la bonne foi est violé lorsqu'un office, après avoir exigé la justification de divers éléments d'un dommage, mais sans demander de renseignements supplémentaires, rejette une requête en raison de l'absence de tels renseignements. Dans le cas précis, l'office d'aide aux victimes s'était abstenu de demander des précisions sur l'incident en question (ATF 126 II 97 consid. 4 et 5).

5.4 De par son statut de travailleur occupé en Suisse, le recourant est obligatoirement assuré auprès d'une assurance accidents (art. 1a al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Si la LAA n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accidents non professionnels et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). L'assurance-accidents prend en principe aussi en charge les frais de traitement subi à l'occasion d'un séjour de voyage à l'étranger (cf. art. 13 al. 2 LAA et 17 OLAA [Ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]).

Contrairement à l'art. 64 LAMal, applicable en assurance-maladie, l'assurance-accidents ne prévoit pas de participation aux frais à charge de l'assuré.

L'intimée n'ignorait pas que l'assuré bénéficiait d'une assurance-accidents, puisqu'elle l'avait renvoyé à celle-ci pour ses factures d'un montant total de 155.99 dollars (cf. courriers des parties des 13 septembre 2011 et 29 septembre 2011).

5.5 Vu cet élément, le tribunal de céans estime que l'intimée n'a pas rempli suffisamment ses devoirs et a ainsi violé l'art. 27 al. 3 LPGA, voire l'art. 30 LPGA, ainsi que le principe de la bonne foi.

Certes, la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_ avait informé Concordia en date du 6 septembre 2011, par le biais de sa demande de prise en charge (en allemand : « Deckungsanfrage »), que l'assuré devait se faire traiter pour une maladie (en allemand : « Krankheit »). La centrale précitée y avait indiqué le diagnostic de hernie discale (en allemand : « Diskushernie »). A ce stade, Concordia n'avait ainsi pas de raison de supposer que l'assuré pouvait avoir un droit à des prestations de l'assureur-accidents. La question de savoir si tel était également le cas de la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_, oeuvrant pour le compte Concordia, souffre de rester indécise, compte tenu de ce qui suit.

A son retour des États-Unis, l'assuré s'est adressé à Concordia par lettre du 13 septembre 2011 en y ajoutant notamment un document du Centre médical M.\_\_\_\_\_ du 9 septembre 2011 faisant état du diagnostic de « back pain ». Le recourant signalait que son traitement auprès de ce centre médical était consécutif à un accident. Il a joint trois factures, afférentes respectivement à deux déplacements et à l'achat d'un médicament (« Hydrocodon-acetaminophen ») en date du 6 septembre 2011, pour le total de 155.99 dollars. Concordia lui a retourné ces factures le 29 septembre 2011 en soulignant expressément que celles-ci concernaient un traitement faisant suite à un accident et relevaient donc de l'assurance-accidents LAA ; l'intimée invitait l'assuré à adresser ces factures directement à cet assureur. Aussi, au plus tard à ce stade, l'intimée était en mesure de constater que l'intervention du 6 septembre 2011 était - à tout le moins possiblement - liée à un accident. Le fait d'opposer à l'assuré la communication de la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_ du 6 septembre 2011, où il n'est pas question d'accident, mais de maladie, ne paraît pas justifié, puisque ce document n'a pas été rempli par l'assuré lui-même.

Désormais, l'intimée reproche, en substance, à l'assuré de n'avoir pas annoncé l'accident à son employeur ou à son assurance-accidents. Elle conteste toutefois également qu'il y ait eu un accident, respectivement qu'il y ait un lien entre le traitement au Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_ et un accident, ce qui est manifestement contradictoire.

En définitive, il ressort du dossier que l'intimée n'a jamais clairement signalé à l'assuré qu'il se devait de contacter son assurance-accidents. A l'inverse des trois factures à hauteur du total modeste de 155.99 dollars, retournées à l'assuré, l'intimée ne lui a aucunement fait parvenir la facture du Centre médical M.\_\_\_\_\_, ni d'ailleurs celle de la Centrale d'urgences K.\_\_\_\_\_, avec l'invitation expresse à les transmettre à son assurance-accidents. Elle n'a pas davantage précisé qu'il incombait probablement à cet assureur de prendre le sinistre en charge. L'attention du recourant n'a pas non plus été attirée, avant le stade de la présente procédure judiciaire, sur une obligation d'annoncer le cas à son assureur-accidents, voire à son employeur. L'unique fait de retourner des factures d'un montant modeste avec l'invitation à les adresser directement à l'assureur-accidents, n'est pas suffisant pour considérer que l'assureur social a rempli le devoir d'information imposé par l'art. 27 al. 3 LPGA. Vu le faible montant totalisé par lesdites factures, l'assuré a d'ailleurs renoncé à les adresser à son assureur-accidents, ce qui ne saurait lui être reproché.

Il ressort également des échanges de courriers entre les parties que l'assuré estimait initialement que son assurance complémentaire pour l'étranger, « DIVERSA », se chargerait des frais de traitements aux États-Unis, sans quelconque participation de sa part aux coûts. A aucun moment, l'intimée n'a pourtant signalé à l'assuré qu'en fin de compte il devait s'adresser à son assureur-accidents pour la prise en charge du traitement au Centre médical M.\_\_\_\_\_.

Bien que l'intimée eût retenu la survenance d'un accident dans son courrier du 29 septembre 2011, elle n'a toutefois pas retourné les factures de la Centrale d'urgences K. \_\_\_\_\_ ou du Centre médical M. \_\_\_\_\_ à l'assuré aux fins de transmission à l'assurance-accidents, ni transféré de son propre chef l'affaire à cette dernière en application à l'art. 30 LPGA.

Or, conformément à l'ATF 126 II 97 cité (cf. ci-dessus consid. 5.3 in fine), si l'intimée avait eu des doutes quant à la cause éventuellement accidentelle justifiant le traitement litigieux, elle aurait dû s'enquérir notamment auprès de l'assuré pour obtenir de plus amples précisions. L'intimée ne pouvait en aucun cas retenir ponctuellement la survenance un accident (cf. courrier du 29 septembre 2011), puis se contenter de ne rien entreprendre à l'égard de l'assurance-accidents potentiellement compétente, pour finalement envoyer au recourant – des mois plus tard – une facture, émise le 1<sup>er</sup> mars 2012, portant participation aux frais de traitement. En dépit de la contestation de cette facture par l'assuré, par courriel et lettre des 8 mars 2012 et 1<sup>er</sup> juin 2012, l'intimée ne l'a pas davantage enjoint à s'adresser à son assureur-accidents pour le traitement dispensé par le Centre médical M. \_\_\_\_\_. Il est vraisemblable que l'intimée ait oublié la mention d'un accident par l'assuré, quand bien même elle l'avait prise en considération aux termes de son courrier du 29 septembre 2011, étant donné que l'assuré invoquait dans ces courriers subséquents uniquement son assurance complémentaire « DIVERSA » qui, selon lui, devait prendre en charge tous les frais de traitement aux États-Unis. Cela ne déchargeait toutefois pas l'intimée d'informer l'assuré conformément à l'art. 27 al. 3 LPGA. D'autant plus que si l'intimée avait agi consciencieusement en sa qualité de professionnel des assurances sociales, elle aurait dû reconnaître que l'assuré s'était mépris et que, vu son allégation quant à la survenance d'un accident à l'origine du traitement reçu, il devait s'adresser à l'assurance-accidents. L'intimée s'est toutefois contentée d'expliquer à l'assuré que le cas n'était pas du domaine de l'assurance complémentaire, mais de l'assurance-maladie.

Force est de relever que, du fait de la mention d'un accident exprimée par l'assuré, l'information fournie par l'intimée était incomplète.

5.6 Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, l'intimée a agi prématurément en facturant à l'assuré la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal, puis en introduisant une procédure de poursuite, sans l'avoir préalablement informé conformément aux réquisits de l'art. 27 al. 3 LPGA, ni avoir transmis la cause à l'assureur-accidents en vertu de l'art. 30 LPGA tout en patientant jusqu'à la prise de position de ce dernier. La décision attaquée doit être annulée dans le sens des considérants qui précèdent. Une fois le jugement entré en force, l'assuré, désormais informé à satisfaction par le présent jugement, devra s'adresser sans tarder à son assurance-accidents afin que celle-ci examine la prise en charge du traitement dispensé aux États-Unis en septembre 2011. Dans l'attente de la prise de position définitive de l'assurance-accidents, l'intimée ne pourra procéder plus avant en vue de l'encaissement d'une participation aux frais de l'assuré.

6. A titre superfétatoire, étant donné que cette question n'a plus lieu d'être tranchée à ce stade, le tribunal de céans retient que l'intimée n'a pas démontré sur quelle base elle était légitimée à facturer à l'assuré, à teneur de l'art. 64 LAMal, le supplément pour devise étrangère (« Fremdwährungszuschlag ») de 49.50 fr. comptabilisé dans la facture de la Centrale d'urgences K. \_\_\_\_\_ du 22 février 2012, d'autant plus que cette centrale semble effectivement être intervenue dans le cadre de l'assurance complémentaire « DIVERSA ». L'on ne voit par ailleurs pas sur quelle base de la LAMal l'assuré aurait bénéficié de ses services. Enfin, il y a erreur, lorsqu'il est indiqué dans ladite facture que le supplément est de 0.02% des coûts de traitement à l'étranger, puisque ce sont de fait 2% de ces coûts qui ont été calculés à ce titre.

Quant au taux de change déterminant, vu les observations dûment documentées de l'assuré, l'on remarque que Concordia n'a fourni aucune explication ou pièce suffisamment probante, en l'absence de tout document émanant du Crédit suisse produit à cet égard.

En ce qui concerne les frais d'une précédente procédure de poursuite à concurrence de 14 fr., l'intimée n'a pas davantage produit d'élément prouvant la réalité de ce solde. La pièce annexée à la décision sur opposition (sous pièce défendeur n° 22) est insuffisante. On ne comprend pas pourquoi, malgré une poursuite antérieure qui serait close aux dires de l'intimée, ce montant serait encore dû.

En définitive, vu les éléments retenus au considérant 5 supra, il appert de toute façon que l'intimée n'était pas en droit, en l'état de ce dossier, de demander le paiement par l'assuré de frais d'administration, de sommation et de poursuite pour la facture litigieuse du 1<sup>er</sup> mars 2012, afférente à la participation aux frais .

**7.** Le recours s'avère donc bien fondé dans le sens des considérants, tandis qu'il y a lieu d'annuler la décision sur opposition du 25 octobre 2012 dans cette mesure, l'intimée devant requérir, sans tarder, auprès de l'Office des poursuites compétent le retrait de la procédure de poursuite introduite contre l'assuré.

**8.**

8.1 L'assuré demande à ce que l'intimée soit condamnée à lui payer des « frais administratifs [...] incluant les heures passées à préparer le dossier et l'atteinte à sa réputation liée aux poursuites pour un montant de 2500 francs ».

Cette demande doit être comprise dans le sens que l'assuré demande un remboursement de ses frais et dépens.

En vertu de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige.

Selon le Tribunal fédéral, il n'y a pas lieu d'accorder de dépens à une partie qui s'est défendue sans l'assistance d'un avocat (ATF 133 III 439 consid. 4). Dans un arrêt plus ancien du 11 décembre 2001 (K 10/99 consid. 6), le Tribunal fédéral des assurances mentionnait que « la partie qui obtient gain de cause et qui n'est pas représentée par un avocat ou une autre personne qualifiée n'a qu'exceptionnellement droit à des dépens. La condition en est notamment que la sauvegarde de ses intérêts ait nécessité une grande dépense de temps, dépassant la mesure de ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui (ATF 110 V 82) ».

Vu le dossier de la cause, plus particulièrement la teneur et la complexité des écritures (deux mémoires de l'assuré de trois pages chacun, notamment pour recourir contre la décision attaquée de cinq pages et répliquer à la réponse de l'intimée de huit pages), il ne peut être admis que la condition d'un important investissement temporel dans le sens compris par la jurisprudence précitée soit remplie.

Dans l'hypothèse où l'assuré entendait en plus demander le versement de dommages et intérêts pour atteinte à sa réputation, ce n'est, d'une part, pas au tribunal des assurances de statuer sur de telles prétentions (cf. art. 83b LOJV et 93 LPA-VD ; ATF 129 V 411 consid. 1.4) ; un renvoi d'office aux instances civiles n'est pas indiqué, la disposition idoine contenue à l'art. 58 al. 3 LPGA ne prévoyant que la transmission à un (autre) tribunal des assurances (cf. textes allemand et italien : « zuständiges Versicherungsgericht » et « competente tribunale delle assicurazioni »). D'autre part, sa demande ne serait pas suffisamment motivée, l'assuré n'ayant au surplus pas formulé ses prétentions précédemment auprès de l'intimée. Par ailleurs, l'annulation de la décision attaquée constitue une forme de réparation pour l'assuré. Contrairement aux procédures devant la Cour européenne des droits de l'homme, le droit applicable à la procédure devant la Cour de céans (notamment la LPGA, la PA, la LPA-VD) ne prévoit pas un dédommagement spécifique en sus du remboursement des dépens.

8.2 Quant à l'intimée qui requiert également l'allocation de dépens, il n'y a pas lieu de lui en octroyer, vu qu'elle n'obtient pas gain de cause. De plus, les institutions d'assurance sociale ne peuvent prétendre des dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré (ATF 126 V 143).

8.3 La procédure devant le tribunal cantonal des assurances étant gratuite, il n'est pas prélevé de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

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

**I.** Le recours est admis dans le sens des considérants, la décision sur opposition du 25 octobre 2012 étant annulée et l'intimée invitée à requérir sans tarder, auprès de l'Office des poursuites du district de la Riviera - Pays-d'Enhaut, le retrait de la procédure de poursuite n° 6275907 introduite contre l'assuré.

**II.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- S.\_\_\_\_\_ à [...],
- CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents SA à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :