

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1054/2009

ATAS/627/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 27 mai 2010

En la cause

Monsieur D _____, domicilié à RENENS, comparant
avec élection de domicile en l'Etude de Maître Alain VUITHIER

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCES, sise rue du Nord 5, MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Jean-Louis BERARDI, Président; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. D _____, ressortissant camerounais, né en 1967, a été assuré auprès de MUTUEL ASSURANCES (ci-après : la caisse-maladie ou l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins, du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2005.
2. Début juin 2004, D _____ a requis de MUTUEL ASSURANCES le remboursement de 6'916.80 fr., soit la contre-valeur de 2'882'000 fr. CFA, correspondant à deux factures n° 989 du 20 mars 2004 (966'400 fr. CFA) et n° 102 du 12 avril 2004 (1'976'600 fr. CFA), émises par ESPACE SANTE – CENTRE MEDICAL CLAUDE BERNARD (Douala, Cameroun). Ces factures concernent des frais d'hospitalisation, de laboratoire (soit 80'000, respectivement 285'000 fr. CFA), de médicaments, d'alimentation, de soins et d'honoraires de médecin, pour les périodes du 12 au 20 mars 2004, respectivement du 1^{er} au 12 avril 2004.

A l'appui de sa requête, l'assuré a produit, sous forme originale, lesdites factures, ainsi que les 4 justificatifs des paiements correspondants, portant la mention « *hosp + soins* », datés des 15 et 23 mars 2004, respectivement des 13 et 16 avril 2004. Ces documents sont munis du tampon « Fondation ESPACE SANTE ». L'en-tête des factures est « ESPACE SANTE CENTRE MEDICAL CLAUDE BERNARD, Dr L _____, Diplômé de la Faculté de Médecine de Louvainum ».

3. Dans un formulaire signé le 24 juin 2004, l'assuré a indiqué qu'il avait séjourné à Douala du 7 février au 19 avril 2004 (10 semaines) pour assister aux funérailles de sa mère. Le 12 mars 2004, il avait présenté une maladie soudaine et avait été hospitalisé le même jour en raison d'hyperthermie, toux, fièvre au long cours et paludisme. Le 1^{er} avril 2004, il avait été hospitalisé à nouveau à la suite d'une rechute avec perte de connaissance. Les médicaments prescrits avaient été fournis par la clinique, si bien qu'il n'était pas en mesure de fournir une ordonnance ad hoc. En raison de la dernière hospitalisation, son retour en Suisse, initialement prévu pour le 10 avril 2004, avait été reporté au 19 avril suivant. Il a encore indiqué qu'il n'avait pas été en traitement médical pour lesdites affections avant son séjour à l'étranger et qu'il n'avait pas consulté de médecin à son retour en Suisse.
4. Le 2 juillet 2004, afin de vérifier l'authenticité des documents produits, MUTUEL ASSURANCES a mandaté la société MONDIAL ASSISTANCE en vue de procéder à une enquête au Cameroun.
5. Dans un fax du 5 août 2004, cette société a indiqué que l'ESPACE SANTE – CENTRE MEDICAL CLAUDE BERNARD était une structure médicale très modeste, située au rez-de-chaussée d'un immeuble à un niveau et disposant uniquement de deux très petites chambres d'hospitalisation, avec au total 3 lits. Le 1^{er} étage servait d'habitation au Dr L _____. L'établissement ne disposait ni d'une pharmacie ni d'un laboratoire d'analyses médicales pour les examens les plus simples. Les prélèvements opérés par le Dr L _____ étaient

acheminés dans un laboratoire de la ville. L'établissement ne tenait pas de registre des patients, si bien qu'il n'avait pas été possible de vérifier la réalité des hospitalisations de D_____. Les tarifs appliqués étaient exagérés par rapport aux normes locales. En particulier, une consultation coûtait 3'000 fr. CFA et non 25'000 fr. CFA, selon une facture délivrée à l'agent local de MONDIAL ASSISTANCE, le 23 juillet 2004. Une hospitalisation coûtait au maximum 2'500 fr. CFA par jour/nuit, et non 40'000 fr. CFA comme indiqué sur les deux factures. En plus, le coût du repas (facturé ici 30'000 fr. CFA par jour) était habituellement inclus dans le prix de la chambre. En outre, ne disposant pas des détails des frais de laboratoire (soit 80'000 et 285'000 fr. CFA), il n'était pas possible de faire une analyse objective des montants facturés à ce titre.

Selon les constatations de MONDIAL ASSISTANCE, sur la facture n° 089, la consultation avait été oubliée. Le cachet utilisé sur les reçus (FONDATION ESPACE SANTE) ne correspondait pas à ceux des factures ESPACE SANTE CENTRE MEDICAL CLAUDE BERNARD. Tous les documents fournis par l'assuré avaient été signés par la même personne, au moyen d'un tampon « LA CAISSE », alors que le simple reçu de consultation obtenu par son agent le 23 juillet 2004, ainsi que l'ordonnance correspondante (documents joints audit fax) étaient signés par le Dr L_____, lequel y apposait en plus son cachet nominatif. A l'appui de sa demande de remboursement, l'assuré devait pouvoir fournir les justificatifs des frais externes (pharmacie et laboratoire, ainsi que les ordonnances médicales correspondantes), s'il les avait payés lui-même, ou bien lesdits justificatifs devaient être annexés à la facture du Centre médical si c'était cet établissement qui les avait payés. En résumé, l'analyse de ces éléments conduisait à la conclusion que les factures présentées étaient fantaisistes : si l'assuré avait été effectivement soigné dans cet établissement, le montant réel de la facture aurait dû être beaucoup plus modeste.

6. Par lettre du 11 août 2004, la caisse-maladie a estimé que les factures produites étaient fausses et a réclamé à l'assuré le paiement de 1'000.- fr. à titre de frais de recherches.
7. Par courrier du 17 août 2004, l'assuré s'est déclaré « étonné » par cette dernière allégation.
8. Par courrier du 3 septembre 2004, il a réclamé la transmission des originaux de ses factures et quittances.
9. Par décision du 7 septembre 2004, MUTUEL ASSURANCES a maintenu sa position.
10. Le 23 septembre 2004, l'assuré a répondu à la caisse que le Cameroun était un pays libéral et capitaliste et que la prise en charge et les soins étaient proportionnels au

niveau socioéconomique du patient. Il a par ailleurs réclamé une nouvelle fois les originaux de ses factures et quittances de paiement.

11. Le 15 octobre 2004, l'assuré a demandé une troisième fois à la caisse de lui transmettre « les originaux de ses factures et quittances ».
12. Par envoi du 27 octobre 2004, la caisse lui a transmis « les copies de vos factures en provenance d'Afrique ».
13. Par courrier du 27 octobre 2004, MUTUEL ASSURANCES a annulé « l'amende de 1'000.- fr ».
14. Par décision sur opposition du 29 octobre 2004, elle a refusé de payer les factures produites, estimant qu'elles avaient été falsifiées. De plus, l'intéressé n'avait pas produit la preuve d'un retrait bancaire ou postal permettant de justifier qu'il avait bien payé les factures en cause.
15. Le 8 décembre 2004, le recourant a interjeté recours contre la décision sur opposition du 29 octobre 2004 auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS). Il a en particulier expliqué avoir demandé au médecin camerounais d'établir les frais d'hospitalisation et de prise en charge selon les normes suisses. Par ailleurs, il était disposé à fournir les preuves des retraits effectués sur son compte au Cameroun pour régler les factures litigieuses, précisant que la caisse ne les lui avait jamais demandées.
16. Par courrier du 14 mars 2005, MUTUEL ASSISTANCES a informé le Tribunal qu'elle annulait ses décisions des 7 septembre et 29 octobre 2004, dès lors que des investigations complémentaires nécessaires à la résolution du litige étaient en cours.
17. Par arrêt du 12 avril 2005, le TCAS a déclaré ledit recours sans objet et rayé la cause du rôle.
18. Le 29 septembre 2005, MONDIAL ASSISTANCE a transmis à l'assurance un « procès-verbal de constat contenant interpellation », établi par Me Didier E_____, huissier de justice auprès des Tribunaux de Douala, daté du 15 septembre 2005. Il ressort de ce document que, selon la seule et unique infirmière travaillant au Centre médical CLAUDE BERNARD (laquelle avait refusé de décliner son identité), les médicaments étaient achetés par les patients eux-mêmes, dans les pharmacies de la ville, « après ordonnance du médecin ». Par ailleurs le Centre comportait deux chambres d'hospitalisation sans standing particulier, la première avait un lit et la seconde deux lits, dont un était alors occupé par un malade. Il n'existait dans l'établissement aucune cuisine, ni laboratoire, ni ordinateur. Compte tenu de l'état de dénuement dans lequel il se trouvait, s'agissant notamment des équipements de soins, cet établissement ne pouvait administrer « des soins de gamme ». Interrogé sur la question de savoir si Gilbert

D_____ avait bien été hospitalisé dans le Centre aux périodes indiquées, le Dr L_____ avait, dans un premier temps déclaré qu'il n'avait aucune réponse à donner ; il avait ensuite « *ajouté que cela faisait déjà plusieurs fois qu'il était ainsi interpellé sur les dossiers D_____ (...). Si MONDIAL ASSISTANCE le souhaite, qu'elle paye les factures à elle présentées et qu'en cas contraire de ne plus le déranger sur ce sujet* ». Enfin, aucune autorisation légale de fonctionner n'était affichée dans l'établissement comme l'exigeait la loi. Interpellé à ce sujet, le Dr L_____ n'avait pas souhaité se prononcer.

19. Dans un avis du 3 novembre 2005, le Dr M_____, médecin-conseil de l'assurance, a indiqué que les médicaments prescrits étaient des « antidouleurs, antimalaria et perfusion ». En l'absence d'un dosage des médicaments, il était impossible de se prononcer sur la question de savoir si la quantité de médicaments administrés était justifiée. Par ailleurs, en cas de crise de paludisme, les anticorps étaient à leur maximum dès la 8^{ème} semaine et disparaissaient en un an. La malaria provoquait des poussées fébriles avec frisson, fièvre, si bien qu'une rechute était possible et la durée des hospitalisations correcte.
20. Par courrier du 17 février 2006, MONDIAL ASSISTANCE a indiqué qu'elle avait le sentiment qu'il existait en l'espèce un arrangement entre le médecin et le malade pour présenter une facture importante. Les prix étaient très exagérés. En plus, la facturation des repas étaient certainement fausse, puisque l'établissement ne comportait pas de cuisine. En outre, sur le plan fiscal, l'établissement aurait dû afficher une patente et les factures comporter un matricule fiscal. Enfin, selon l'Ordre des médecins camerounais, il était difficile de savoir qui était autorisé à exercer et qui ne l'était pas. En effet, tous les médecins en exercice n'étaient pas membres de l'Ordre.
21. D'après une note interne explicative du Dr M_____ du 6 avril 2006, un patient atteint de malaria gardait dans le sang des traces jusqu'à une année après la fin du traitement. Sur la base de cette information, le gestionnaire du dossier a retenu qu'il n'était pas « prouvable » que l'assuré ait souffert de la malaria au Cameroun (note du 21 avril 2006).
22. Par courrier du 21 juillet 2006, l'assurance a informé l'assuré qu'elle avait tout lieu de croire que les notes et factures présentées étaient incorrectes. Elle s'étonnait également du fait que l'intéressé n'avait suivi aucun traitement contre le paludisme à son retour en Suisse. Dans ce même courrier, elle lui a communiqué copie des rapports précités de l'huissier et de MONDIAL ASSISTANCE. Elle lui a également accordé un délai au 31 août 2006 pour faire part de ses observations.
23. Par pli du 31 juillet 2006, l'assuré a maintenu ses prétentions. Il a tout d'abord contesté le rapport de l'huissier E_____, dès lors qu'il ne reflétait que ses propres interprétations, et n'avait pas été cosigné par le Dr L_____ . Il a

en outre exposé qu'un médecin régulièrement inscrit à l'ordre camerounais des médecins avait le droit d'hospitaliser un malade où il voulait, et même à domicile. Les coûts médicaux au Cameroun étaient variables et il n'existait pas de barème officiel applicable à toutes les structures médicales. Preuve en était que le rapport d'interpellation de l'huissier mandaté par l'assurance avait coûté 500'000 fr. CFA, alors que le sien n'avait coûté que 1'500 fr. CFA. Il a réaffirmé avoir été hospitalisé et suivi par le Dr L_____ « dans un cadre confortable » et avoir payé lui-même les factures présentées, moyennant les reçus ad hoc. Il a précisé avoir demandé au Dr L_____ d'établir les factures envoyées « selon la norme suisse ». Enfin, il a conclu au remboursement des montants réclamés, avec intérêt de 5% depuis juin 2004.

L'assuré a également transmis les documents suivants :

- un procès-verbal d'interpellation établi le 11 mai 2006 par Me Guy EFON, huissier de justice près de la Cour d'Appel et les tribunaux de Douala, dans lequel un représentant de la polyclinique de Bonango (Douala) expose que les coûts d'hospitalisation y varient entre 12'500 95'000 fr. CFA (selon une grille des prix annexée) et que certains prélèvements pouvaient être envoyés pour analyse à l'étranger dans « les laboratoires sophistiqués » ;
 - un second procès-verbal d'interpellation, également établi le 11 mai 2006 par Me EFON, dans lequel le Dr L_____ indique en particulier que les tarifs qu'il pratique sont « fonction du confort exigé par le malade. Il n'existe pas de tarif standard ». A la question de l'huissier : « *Pouvons-nous avoir les dates des deux traitements suivis par Monsieur D_____ dans votre Centre de santé courant 2004 ?* », le Dr L_____ a répondu : « *Référez-vous aux factures* ». Ces déclarations sont suivies d'une signature du praticien, munie de son tampon (dont les caractères ne sont pas identiques au tampon apposé sur l'ordonnance et le reçu obtenus par l'agent local de MONDIAL ASSISTANCE, le 23 juillet 2004, mais sont identiques à celui apposé sur le compte-rendu d'examen du 7 avril 2004 (cf. ci-dessus, § 5) ;
 - une grille des prix applicables dans la « POLYCLINIC BONANJO SA BP DOUALA CAMEROON » (sic), émise le 24 octobre 2004 ;
 - huit comptes-rendus d'examens, effectués, selon l'assuré, dans le cadre de ses hospitalisations, par le « Centre d'analyses médicales de Douala, Département biologique », à la demande du Dr L_____, les 16 et 18 mars et 7 avril 2004. Seul deux comptes-rendus portent le tampon du Dr L_____, mais sans la signature de ce dernier.
24. Par courriel du 25 octobre 2006, MUTUEL ASSURANCES a transmis pour avis une copie des factures litigieuses au Consulat général de Suisse à Yaoundé, tout en lui demandant de lui communiquer les tarifs d'hospitalisation en vigueur à Douala.

25. Dans un avis du 26 octobre 2006, le Dr M _____, après avoir examiné les comptes-rendus d'analyse précités, s'est étonné qu'aucune analyse sanguine ou urinaire n'ait été effectuée dès le 1^{er} jour de la première hospitalisation alléguée. S'agissant de la seconde hospitalisation, il n'existait aucun signe d'infection dans le sang ou l'urine. La présence de parasite de la malaria dans le sang était signalée. La vitesse de sédimentation et le taux de globules blancs étaient normaux, si bien que la poussée de fièvre alléguée était surprenante. Au vu des analyses sanguines du 16 mars 2004, l'hospitalisation n'était plus justifiée. L'assuré aurait pu sortir avec un traitement médicamenteux (Quinimax). La seconde hospitalisation ne semblait pas non plus justifiée au regard des les analyses urinaires du 7 avril 2004.
26. Dans un arrêt du 16 août 2007 (ATAS/852/2007), divisant l'assuré et sa précédente caisse-maladie, le TCAS a partiellement admis le recours de l'intéressé contre une décision sur opposition de CPT ASSURANCE du 25 octobre 2006, confirmant son refus du 6 août 2003 de prendre en charge le paiement de factures émises par Espace Santé et Santé-Espoir les 14 mars (2'762'250 fr. CFA) et 5 avril 2003 (1'931'000 fr. CFA), pour des hospitalisations en 2003 (du 24 février au 14 mars, du 24 mars au 5 avril), et lui réclamant par ailleurs la restitution de 26'620 fr. 40 pour les prestations déjà fournies relatives aux hospitalisations précédentes dans ces établissements, du 31 janvier 2000 au 25 novembre 2002. En substance, le Tribunal a estimé que, sur la base des documents produits (extrait du passeport ; reçus de paiements, résultats d'analyses sanguines du Centre d'analyses médicales de Douala et radiographie de contrôle effectuée en Suisse le 29 décembre 2003 par le docteur P _____, médecin traitant généraliste), l'assuré avait rendu hautement vraisemblable ses précédentes hospitalisations aux structures Espace Santé et Santé-Espoir en 2003, étant par ailleurs précisé que la question de l'urgence n'était pas sérieusement contestée par la caisse-maladie, ni contestable au regard des troubles diagnostiqués et du niveau local d'hygiène. Par ailleurs, en vertu du principe d'économie, le Tribunal a appliqué les tarifs de l'Hôpital général de Douala et réduit en conséquence de moitié le montant les factures émises par les fondations Espace Santé et Santé-Espoir, soulignant que les prix facturés en l'occurrence par lesdites fondations étaient abusifs. A cet égard, il a précisé qu'il n'était pas établi que le recourant avait procédé à une manipulation de factures, mais il semblait au contraire bien plus vraisemblable que les médecins camerounais avaient établi ces factures en tenant compte du niveau de vie existant au domicile du recourant en Suisse, de sorte que celui-ci n'avait pas entravé l'instruction administrative, étant précisé qu'il avait, au contraire, mandaté un huissier judiciaire sur place pour contribuer à l'éclaircissement des faits.

Au § 6 de la partie « EN FAIT » dudit arrêt, le TCAS a constaté que, le 25 avril 2003, l'assuré avait rempli le questionnaire pour hospitalisation à l'étranger, dans lequel il avait indiqué que ses séjours à l'étranger en 2003 concernaient des vacances et des contraintes familiales suite au décès de sa mère le 29 octobre 2003 (recte : 2002).

Au § 22 de la partie « EN FAIT », il a constaté ce qui suit :

« (...)

Dans un autre procès-verbal du 25 mars 2004, Me E_____ a exposé que la Fondation Espace Santé existait réellement dans les locaux abritant anciennement le cabinet médical du Dr D_____, qu'il s'agissait d'un centre de santé assez vétuste et crasseux dans lequel travaillait le Dr C_____ ainsi qu'une personne qui assurait l'accueil et qu'il n'existait pas de salle d'hospitalisation. Le Dr C_____ lui a déclaré que les hospitalisations avaient lieu dans un autre local (...) situé dans un autre quartier et que les factures avaient été effectivement établies par la Fondation Espace Santé ».

Faute de recours au Tribunal fédéral, cet arrêt est entré en force.

27. Par courrier du 25 février 2008, l'Ambassade de Suisse à Yaoundé a estimé qu'il était peu vraisemblable que l'établissement « ESPACE SANTE » (dont une photo était jointe) ait pu fournir les prestations alléguées et que l'assuré ait pu y être hospitalisé, ce qui laissait planer un sérieux doute quant à la validité des factures présentées. En effet, le médecin de confiance de l'Ambassade (accompagné par une équipe des forces de l'ordre) avait visité les locaux de cette structure, laquelle ne permettait absolument pas de fournir les prestations médicales facturées. Le niveau d'hygiène était déplorable. Les factures en cause n'avaient pas été déclarées aux impôts locaux. Enfin, le médecin pratiquant dans cet établissement avait pris la fuite au moment où le médecin de confiance était venu visiter les lieux.
28. Par décision du 9 mai 2008, MUTUEL ASSURANCES a refusé tout remboursement, estimant que les hospitalisations des 12 au 20 mars et 1^{er} au 12 avril 2004 n'étaient pas vraisemblables, compte tenu en particulier des conclusions précitées de MONDIAL ASSISTANCE et de l'Ambassade de Suisse à Yaoundé (dont elle a également communiqué le contenu à l'assuré). Par ailleurs, elle s'est étonnée qu'aucun suivi médical en relation avec le paludisme n'ait été effectué à son retour en Suisse, étant donné que les traces de paludisme dans le sang ne disparaissent complètement qu'une année après le traitement.
29. Par acte du 30 mai 2008, faxé de Douala le 6 juin suivant, l'assuré a fait opposition à ladite décision. Il a en particulier exposé que le Dr L_____ était le fondateur du Centre Claude Bernard et qu'il avait utilisé l'en-tête dudit Centre pour établir « les factures des prestations ». Celui-ci avait le droit d'hospitaliser un malade qu'il « suit là où il veut ». En outre, invoquer des arguments relatifs aux impôts n'était pas du ressort de l'Ambassade, laquelle ignorait que cette Fondation était une ONG. Selon ses informations, le Centre était désormais fermé depuis un certain et il doutait que le Dr L_____ se fût enfui à l'arrivée du médecin de confiance, alors que ce même médecin avait pu être interrogé par l'huissier mandaté par MUTUEL ASSURANCES. Enfin, il s'est plaint de n'avoir reçu aucune copie complète des rapports dont la caisse-maladie s'était prévalu.

30. Par télécopie du 20 novembre 2008, l'assuré a demandé à la caisse de rendre sa décision dans les meilleurs délais, mais de ne pas la lui notifier entre le 10 décembre 2008 et le 10 janvier 2009, période durant laquelle il serait absent de Genève.
31. Par décision du 16 décembre 2008, MUTUEL ASSURANCES a rejeté l'opposition, respectivement confirmé sa décision du 9 mai 2008. Tout en reprenant son argumentation antérieure, la caisse a encore invoqué le fait que l'assuré avait suivi des soins auprès de la Clinique de Longeraie en Suisse le 11 mars 2004 (« cf. *mesure ergothérapie en présence des patients* »). Il n'était dès lors pas vraisemblable que ce dernier ait séjourné du 7 février au 19 avril 2004 au Cameroun. Par ailleurs, dans l'affaire ayant donné lieu à l'arrêt du TCAS du 16 août 2007 (ATAS/852/2007) (cf. supra, § 26), l'intéressé avait indiqué que sa mère était décédée le 29 octobre 2003, alors que dans le questionnaire du 24 juin 2006 (recte : 2004), il avait allégué s'être rendu au Cameroun pour les funérailles de sa mère. Ce fait était également de nature à jeter le discrédit sur ses allégations. Enfin, il n'était pas crédible qu'un assuré se rende auprès d'un même établissement dont les factures relatives à un traitement antérieur avaient déjà été mises en doute par une précédente caisse-maladie.
32. La décision sur opposition ayant été retournée à la caisse à l'issue du délai de garde, celle-ci l'a notifiée derechef à l'assuré, sous pli simple, le 9 janvier 2009.
33. Par télécopie du 6 mars 2009, l'assuré a requis de l'assurance qu'elle prenne une décision dans les meilleurs délais.
34. Le 17 mars 2009, MUTUEL ASSURANCES a rendu une nouvelle décision sur opposition, dont le contenu est identique à celle du 16 décembre 2008.
35. Par acte du 23 mars 2009, posté le 24 mars, l'assuré a recouru contre cette décision, concluant implicitement à son annulation et au remboursement des factures litigieuses. Il a également réclamé 205% (sic) d'intérêts à compter de mai 2004. A l'appui de son recours, il s'est limité à souligner que le contrat d'assurance ne prévoyait aucune restriction sur le choix de médecin ou de lieu en cas de maladie.
36. Dans sa réponse du 25 mai 2009, MUTUEL ASSURANCES a conclu au rejet du recours, motif pris que les hospitalisations alléguées n'étaient pas vraisemblables. Elle s'est tout d'abord étonnée que l'assuré, à son retour du Cameroun, n'ait pas consulté son médecin traitant en Suisse, et ce malgré une rechute et après une hospitalisation de 20 jours, dans un hôpital vétuste de surcroît. Cela était d'autant plus étonnant qu'un suivi médical rigoureux et des examens de laboratoire (anticorps, formule sanguine, test du foie) étaient nécessaires au suivi de l'évolution de toute affection malarique. De plus, l'assuré n'avait produit aucun certificat médical (notamment des tables de températures) attestant des soins dont il aurait bénéficié lors de son séjour hospitalier. Il était en outre étonnant que les analyses

sanguines et urinaires n'aient été effectuées que plus de 4 jours après son arrivée au Centre ESPACE-SANTE. Les résultats d'analyse ne présentaient étrangement aucun signe d'infection ou anomalie, et n'avaient détecté aucune bactérie ou une autre maladie. Ces analyses ne permettaient pas de comprendre les raisons d'une si longue hospitalisation, ni ne démontraient aucun trouble, notamment malarique, qui eût pu justifier une situation d'urgence empêchant un retour en Suisse de l'assuré aux fins de se faire soigner. Par ailleurs, l'intimée s'est étonnée que l'assuré ait pu payer directement au comptant un montant aussi important. En outre, un paiement avait été effectué le 13 avril 2004, alors que l'assuré était hospitalisé. Il ressortait des quittances produites que l'intéressé avait même payé d'avance ses traitements et journées hospitalières. Selon les informations obtenues auprès d'une autre caisse, en application de l'art. 84a LAMal, MUTUEL ASSURANCES s'étaient rendue compte qu'à l'occasion de quasiment tous ses précédents voyages au Cameroun, l'assuré avait souffert de malaria et de broncho-pneumopathie et que de nombreuses prestations d'assurance lui avaient été fournies à ce titre. Il ressortait de l'arrêt du TCAS du 16 août 2007 que celui-ci souffrait chaque année de pneumopathie et que les hospitalisations au Cameroun relevaient généralement du même schéma, à savoir une hospitalisation pour des problèmes respiratoires/malariques de deux semaines et une rechute systématique, 14 jours plus tard, avec hospitalisation de deux semaines à nouveau. Dans ce même arrêt, le Tribunal avait constaté que les tarifs appliqués par la Fondation ESPACE SANTE de 2003 étaient surfaits. Enfin, selon le partenaire de MUTUEL ASSURANCES au Cameroun, une consultation auprès de cet établissement coûtait normalement 3'000 fr. CFA, et non 25'000 fr. CFA. En outre une hospitalisation au Centre médico-chirurgical de Yaoundé était facturée 20'000 fr. CFA par jour (comprenant les prestations hôtelières), alors que la facture présentée par l'assuré s'élevait à 70'000 fr. CFA.

37. Dans sa réplique déposée le 9 juillet 2009, le recourant a persisté dans ses conclusions. A cet égard, il a précisé qu'il réclamait finalement 7'205 fr. environ (contre-valeur de 2'882'000 fr. CFA), et non à Fr. 6'916.80, avec un intérêt de 15% l'an à partir du 1^{er} janvier 2005. Selon lui, les tarifs pratiqués sur les factures litigieuses n'étaient pas abusifs, car conformes au tarif officiel pratiqué par la Polyclinique de Bonanjo, selon le constat d'huissier du 11 mai 2006. Il en allait de même du coût des médicaments, en particulier « Supplin 500 mg. Inj », « Nebcine 75 », « Fortum », « Quinimax inj » et « Hydrosol Polyvit », que le Dr L_____ avait facturés au prix de 1'950, respectivement 2'500, 20'500, 1'850 et 850 fr. CFA l'unité. Selon une liste des tarifs LABOREX (jointe), ces produits coûtaient officiellement 2'850, respectivement 2'830, 18'355, 11'570 et 1'380 fr. CFA. Par ailleurs, en tant qu'ONG, le Centre médical ESPACE SANTE CLAUDE BERNARD du Dr L_____ n'était pas soumis à la TVA, conformément à un « récépissé de déclaration d'une association » du 28 février 2002 (pièce 25, dem.). Enfin, au regard du caractère urgent des hospitalisations en

cause, l'assurance ne pouvait lui reprocher de s'être adressé à un hôpital plus coûteux qu'un autre. Cela reviendrait à exiger d'un patient dans un état de santé préoccupant qu'il prenne en compte l'ensemble des tarifs médicaux d'un pays ou d'une région avant de procéder à la sélection de la structure la plus économique. Il a encore requis d'être entendu personnellement en vue de donner des explications détaillées sur la prise en charge, ainsi que les coûts des traitements au Cameroun.

38. Dans sa duplique du 18 août 2009, l'intimée a maintenu sa position. Elle a estimé que même si les prestations litigieuses avaient effectivement été fournies, elles ne seraient ni efficaces, ni appropriées, ni économiques au sens de l'art. 32 LAMal. De plus, les analyses effectuées n'avaient démontré aucune infection ni aucune anomalie de santé.
39. Par courriers des 20 et 24 novembre 2009, le Tribunal de céans a requis du recourant la copie de sa lettre du 17 août 2004 à l'assurance, la preuve des retraits effectués sur son compte au Cameroun pour régler les factures litigieuses, les originaux des deux procès-verbaux d'interpellation établis par Me EFON le 11 mai 2006, les originaux des huit comptes-rendus d'examens effectués par le Centre d'analyses médicales de Douala.

Il a également requis deux documents produits dans la cause ayant donné lieu à l'arrêt précité du 16 août 2007 : le procès-verbal du 25 mars 2004 de Me E_____, huissier de justice à Douala, ainsi que le procès-verbal du 6 juin 2006 de Me EFON (joint au courrier à CPT Assurances du 13 juin 2006).

Le recourant n'a pas produit les pièces requises dans le délai imparti.

40. Initialement fixée au 17 décembre 2009, une première audience de comparution personnelle a été reportée suite à un courrier (non signé) du 11 décembre 2009, informant le Tribunal que le recourant était en déplacement et qu'il serait de retour à Genève vers la mi-janvier 2010.
41. Le 22 décembre 2009, le Tribunal a accordé au recourant un dernier délai au 20 janvier 2010 pour produire les documents requis dans ses courriers des 20 et 24 novembre 2009.

Le recourant n'a pas déféré à cette requête.

42. Faisant suite à une demande du Tribunal, MUTUEL ASSURANCES, par envoi du 11 janvier 2010 (transmis pour information au recourant le 19 janvier suivant), a versé au dossier une facture de la Clinique de la Longeraie, à Lausanne, du 14 novembre 2005. Adressée à l'assuré, pour des soins donnés le 11 mars 2004, cette facture a été présentée pour remboursement par l'assuré en novembre 2005. Elle concerne une prestation, correspondant à des « mesures ergothérapeutiques en présence des patients », selon le tarif officiel ad hoc (joint en copie).

MUTUEL ASSURANCES a en outre indiqué qu'elle n'avait aucun document original en sa possession.

Enfin, elle a sollicité du Tribunal la transmission, par CCS ASSURANCES, assureur auprès duquel l'intéressé était désormais affilié, « d'éventuelles factures similaires pour des prestations similaires ».

43. Le 19 janvier 2010, le Tribunal a convoqué une audience de comparution personnelle des parties pour le 18 février suivant.

Quelques minutes avant l'audience, une personne se présentant comme son fils a téléphoné au greffe du Tribunal pour indiquer que le recourant était à l'étranger et qu'il serait de retour à Genève dans un mois à un mois et demi.

A cette occasion, la représentante de l'assurance a précisé avoir reçu les originaux des factures et quittances litigieuses au printemps 2004, et les avoir restitués à l'assuré par envoi du 27 octobre 2004. Elle a également produit une copie de billets d'avion de l'assuré d'où il ressort que celui-ci s'est rendu au Cameroun le 7 février 2004 et qu'il est arrivé à Genève le 20 avril suivant.

Dans le délai imparti par le Tribunal, MUTUEL ASSURANCES, par envoi du 25 février 2010, a produit copie des courriers de l'assuré des 17 août et 15 octobre 2004, ainsi que le sien du 27 octobre 2004, lequel « attestait bien que les factures originales de l'assuré lui avaient été retournées ».

Le 16 mars 2010, le Tribunal a transmis au recourant copie dudit courrier, ainsi que du procès-verbal du 18 janvier 2010. Il lui a donné la faculté de se déterminer sur ces pièces jusqu'au 30 mars suivant, tout en lui indiquant qu'à défaut, il serait statué en l'état du dossier.

44. Par courrier du 30 mars 2010, Me Alain VUITHIER a informé le Tribunal qu'il avait été consulté par le recourant et que celui-ci était « retenu à l'étranger jusqu'au début du mois de juin 2010 ». Sans autre motivation, il a sollicité une prolongation du délai au 15 juin pour se déterminer.
45. Par courrier du 6 avril 2010, le Tribunal a partiellement accepté cette requête, en accordant un ultime délai au recourant au 16 avril 2010.

Ce dernier n'a pas répondu dans le délai imparti, ni à ce jour.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît 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) qui sont 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, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).
3. Le litige porte sur la prise en charge de deux hospitalisations du recourant en 2004 au Cameroun.
4. Aux termes de l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Il peut limiter la prise en charge des coûts des prestations fournies à l'étranger. Par «raison médicale», il faut entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas en Suisse d'équivalent de la prestation à fournir (voir ATF 128 V 77 consid. 1b).
5. Selon l'art. 36 al. 2 OAMal (fondé sur la délégation de compétence de l'art. 34 al. 2 LAMal), les traitements prodigués à l'assuré ne sont pris en charge par l'assurance qu'en cas d'urgence, à savoir lorsque des soins médicaux doivent être administrés sans tarder et qu'il n'est pas possible ou pas approprié d'imposer à l'assuré de retourner dans son lieu de domicile pour les recevoir (cf. ATFA non publié du 14 octobre 2002, K 128/01, consid. 4.1). Même dans les cas où un retour en Suisse est inapproprié - ce qui correspond à un cas d'urgence selon l'art. 36 al. 2 OAMal - la prise en charge du traitement à l'étranger reste soumise aux limites de l'art. 36 al. 4 OAMal et il y a lieu de s'assurer que les critères d'efficacité et d'économicité sont également pris en compte (ATF 128 V 75 consid. 4 b).
6. Le séjour en division commune d'un hôpital est une prestation à charge de l'assurance obligatoire de soins (art. 25 al. 2 let. e LAMal). Selon l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques.
7. Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque

dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2).

8. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4e éd., Berne 1984, p. 136; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 278 ch. 5).

Par ailleurs, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables, c'est à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 126 V 360 consid. 5b). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

9. En l'espèce, force est de constater que le dossier ne permet pas de tenir pour établis, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence des hospitalisations et soins litigieux (du 12 au 20 mars et du 1^{er} au 12 avril 2004), singulièrement le bien-fondé des factures dont le remboursement est réclamé par le recourant.

Préalablement, le Tribunal observe que le recourant n'a pas communiqué, en violation de son obligation de collaborer (art. 28 al. 2 et 43 al. 3 LPG), en particulier, les originaux des huit comptes-rendus d'examens effectués par le Centre d'analyses médicales de Douala, ni non plus d'ailleurs les originaux des factures et quittances litigieuses. Or, en dépit de la formulation du courrier de MUTUEL ASSURANCES du 27 octobre 2004 (mentionnant par erreur la restitution de « copie »), il faut admettre que les originaux correspondants ont bien été restitués à l'assuré, ce qui correspond d'ailleurs à la pratique applicable lorsqu'une assurance refuse de prendre en charge les factures adressées à elle par un assuré. Au demeurant, l'intéressé n'a plus réclamé lesdits originaux par la suite, ce qui tend à

démontrer qu'ils se trouvent bien en sa possession. A défaut de pièces originales (voire de duplicata certifiés conformes), le dossier ne contient donc que des copies. A ce titre, ces pièces sont aisément falsifiables et, en l'absence d'autres éléments de nature à corroborer les déclarations du recourant, ne déploient qu'une valeur probante restreinte.

Indépendamment de ce qui précède, il apparaît que les factures et quittances litigieuses présentent, du point de vue formel déjà, de nombreuses irrégularités, si bien que leur authenticité est fortement sujette à caution. On relèvera par exemple que le numéro de téléphone indiqué sur les tampons FONDATION ESPACE SANTE n'est pas le même que celui figurant sur le papier à en-tête de ce Centre. De plus, contrairement à la procédure usuelle constatée par l'enquêteur de MONDIAL ASSISTANCE, ces documents ne portent pas le tampon nominatif du Dr L_____, mais un tampon de la FONDATION ESPACE SANTE, muni d'une simple griffe (illisible), dont on ignore par ailleurs l'auteur. L'assuré s'est d'ailleurs abstenu de se prononcer sur cette divergence, dans sa réponse à MUTUEL ASSURANCES du 31 juillet 2006.

De surcroît, les comptes-rendus d'examen du Centre d'analyses médicales, « Département biologique » (sic), de Douala mentionnent de manière erronée que l'intéressé est alors âgé de 36 ans (au lieu de 37 ans). Surtout, les comptes-rendus datés des 16 et 18 mars 2004 ne portent pas le tampon nominatif du Dr L_____, alors que tel est le cas de ceux datés du 7 avril 2004. Et même dans ce dernier cas, non seulement lesdits tampons n'ont pas été validés par la signature du Dr L_____ (contrairement à la quittance et à l'ordonnance délivrées par ce médecin à l'enquêteur de MONDIAL ASSISTANCE), mais encore les caractères en sont différents de ceux des tampons figurant sur la quittance et l'ordonnance remises à cet enquêteur. Il est également curieux que les caractères du tampon nominatif du « Technicien Biologiste », un dénommé G_____, figurant sur les comptes-rendus du Centre d'analyses médicales datés des 16 et 18 mars 2004, diffèrent de ceux du tampon apposé par ce même technicien sur ses comptes-rendus du 7 avril 2004.

D'un point de vue matériel, il n'existe au dossier aucun rapport médical permettant d'attester la réalité de la « maladie soudaine » dont l'assuré s'est dit atteint durant son séjour au Cameroun, ainsi que les éventuels soins correspondants. En particulier, le dossier ne contient aucune table de température. Les documents produits ne font état d'aucun diagnostic. En outre, les bilans d'examens (datés des 16 et 18 mars et 7 avril 2004) - communiqués tardivement à INTRAS, le 31 juillet 2006 -, n'ont, curieusement, été effectués qu'à partir du 4^{ème} jour de la première hospitalisation supposée et se sont révélés négatifs. En particulier, les résultats d'analyses ne présentent aucun signe d'infection ou anomalie, et n'ont détecté aucune bactérie. Certes, l'un d'entre eux fait état de la « présence » de trophozoïdes de plasmodium falciparum + (parasite de la malaria). On ne saurait toutefois en

déduire sans autre que cela ait donné lieu aux poussées fébriles alléguées. En effet, comme le médecin-conseil l'a indiqué dans sa note interne du 6 avril 2006, la vitesse de sédimentation et le taux de globules blancs se sont révélés normaux, si bien que la poussée de fièvre alléguée était surprenante.

En tout cas, à l'instar de la caisse, il faut constater que ces analyses ne permettent pas de comprendre les raisons et la durée des hospitalisations en cause, ni ne démontrent aucune affection qui eût pu justifier une situation d'urgence empêchant un retour en Suisse de l'assuré aux fins de se faire soigner. En effet, au vu des (prétendues) analyses sanguines du 16 mars 2004, une éventuelle hospitalisation n'était plus justifiée au-delà de cette date, car l'assuré aurait pu sortir avec un traitement médicamenteux (Quinimax). Quant à la seconde hospitalisation alléguée (1^{er} au 12 avril 2004), elle n'apparaît pas davantage justifiée au vu des résultats négatifs du 7 avril 2004. Il est également étonnant qu'après son retour à Genève, l'assuré ne se soit pas adressé à un médecin pour suivre l'évolution de son affection malarique supposée (comme l'a relevé à juste titre la caisse dans son courrier du 21 juillet 2006), contrairement à ce qui avait été le cas en 2003. L'assuré ne s'est d'ailleurs pas non plus dûment expliqué sur ce point.

A cela s'ajoute que le recourant n'a fourni aucune indication concrète – susceptible d'être vérifiée – concernant l'établissement où il aurait prétendument été hospitalisé à la demande du Dr L_____, se contentant d'affirmer à cet égard que c'était « *dans un cadre confortable* ».

Le recourant n'a pas d'avantage produit les ordonnances des médicaments que lui aurait prescrits le Dr L_____, ni même communiqué les justificatifs correspondants, documents qui auraient dû, conformément à la procédure normale relatée par MONDIAL ASSISTANCE, être joints à la facture d'ESPACE SANTE dans l'hypothèse où, comme il l'affirme, ces médicaments lui auraient été fournis directement par la clinique.

De surcroît, le recourant n'a jamais communiqué la preuve d'un retrait bancaire ou postal effectué à l'époque sur son compte au Cameroun pour régler les factures litigieuses, documents que la caisse lui avait réclamés à plusieurs reprises en vain et que le recourant avait pourtant déclaré tenir à la disposition du Tribunal de céans (cf. supra, § 15).

Avec l'intimée, on relèvera également qu'il est curieux que l'assuré ait pu effectuer un retrait bancaire ou payer sans autre de sa poche, le 15 mars 2004, 466'000 fr. CFA, alors qu'il aurait été hospitalisé du 12 au 20 mars 2004. Là encore, le recourant n'a donné aucune explication sur ce point.

Quant au procès-verbal d'interpellation du 11 mai 2006, établi par Me EFON, il ne permet pas d'avantage d'établir l'existence des hospitalisations alléguées, déjà parce que le Dr L_____ s'est limité à cet égard à renvoyer cet huissier

« aux factures », dont le bien-fondé est précisément contesté. Ce dernier s'est du reste montré également particulièrement évasif sur cette question, selon le procès-verbal d'interpellation dressé par l'huissier E_____ le 15 septembre 2005 (supra, § 18).

Par ailleurs, les éléments suivants sont également de nature à jeter le discrédit sur la totalité des déclarations de l'intéressé :

Dans le formulaire signé le 24 juin 2004, celui-ci a indiqué à INTRAS qu'avant son séjour à l'étranger, il n'avait pas été en traitement médical en raison des affections ayant entraîné les hospitalisations de mars et avril 2004 à Douala (hyperthermie, toux, fièvre au long cours et paludisme). Or, cette indication apparaît contraire à la réalité, compte tenu du dossier produit dans le cadre de l'affaire ayant donné lieu à l'arrêt du Tribunal de céans du 16 août 2007 (ATAS/852/2007), d'où il ressort que le recourant avait été traité pour la malaria en 2003 (ibid, p. 10, § 34).

De plus, dans cette dernière affaire, l'assuré avait indiqué à la caisse CPT, le 25 avril 2003, comme motif du séjour à Douala, des contraintes familiales suite au décès de sa mère survenu le 29 octobre 2003. Or, dans le formulaire du 24 juin 2004 destiné à INTRAS, celui-ci a, derechef, expliqué qu'il s'était rendu au Cameroun « *pour les funérailles de ma maman décédée* », ce qui signifie qu'elle serait décédée deux fois. Or, l'assuré n'a rien trouvé à redire à l'étonnement manifesté à juste titre par la caisse à cet égard.

Par ailleurs, alors qu'il a en principe séjourné au Cameroun sans discontinuer du 7 février au 20 avril 2004, et qu'il était censé avoir été hospitalisé à Douala du 12 au 20 mars 2004, l'intéressé a bénéficié d'un traitement d'ergothérapie en Suisse, le 11 mars 2004 (cf. facture de la clinique de la Longeraie du 14 novembre 2005). Là encore, l'assuré n'a pas jugé utile de s'expliquer.

Enfin, de l'aveu même du recourant, les factures litigieuses ont été surévaluées, dans la mesure où celui-ci a expressément demandé au Dr L_____ d'établir les factures « *selon la norme suisse* ». Le recourant est ainsi particulièrement malvenu de soutenir que l'assurance ne pouvait, au vu du caractère urgent de ses hospitalisations (selon lui), lui reprocher de s'être adressé à un hôpital plus coûteux qu'un autre. Pareille manière de procéder confine à l'abus de droit et contrevient à l'obligation de l'assuré de diminuer son (prétendu) dommage (ATF 129 V 463).

C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, le principe d'économie du traitement s'applique également en cas de traitement d'urgence à l'étranger (ATF 128 V 75 consid. 4 b). En vertu de ce principe (cf. art. 32 al. 1 LAMal), les caisses sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses ; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de

l'économie du traitement (FRANÇOIS-X. DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in: Mélanges pour le 75ème anniversaire du TFA, Berne 1992, p. 537). Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre assureurs et fournisseurs de soins, il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 281 consid. 5b ; ATF 127 V 46 consid. 2b).

Au reste, ce comportement permet d'inférer une collusion entre l'assuré et le Dr L_____ quant à la réalité même des hospitalisations litigieuses.

10. Sur le vu de ce qui précède, le recours se révèle manifestement mal fondé, voire à la limite de la témérité.
11. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable ;

Au fond :

2. Le rejette ;
3. Dit que la procédure est gratuite ;
4. 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

Le Président suppléant

Irène PONCET

Jean-Louis BERARDI

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