RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1754/2004 **ATAS/77/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère chambre

du 25 janvier 2005

En la cause

Monsieur S_____, recourant

contre

INTRAS CAISSE-MALADIE, domiciliée rue des Battoirs 7 à Genève intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Monsieur S_____ est assuré auprès de la Caisse-maladie INTRAS pour l'assurance obligatoire des soins.

2. Il a subi une opération de la cataracte de l'œil gauche et l'implantation d'une lentille de chambre postérieure. Il a séjourné à l'Hôpital de La Tour du 12 au 13 février 2004.

3. La Caisse-maladie a rappelé à l'intéressé que sa couverture d'assurance ne prévoyait que l'hospitalisation en division commune dans un hôpital public et l'a informé qu'elle prenait en charge l'hospitalisation sur la base d'un forfait journalier, à l'exclusion de toute autre prestation. Elle lui a ainsi remboursé deux jours à 488 fr.

4. Par décision du 25 juin 2004, la Caisse-maladie lui a confirmé qu'elle n'assumerait pas les frais d'honoraires privés des médecins relatifs à son hospitalisation.

5. L'intéressé ayant formé opposition, la Caisse-maladie a, par décision sur opposition du 2 août 2004, rappelé la teneur de l'art. 49 LAMal et maintenu les termes de ses précédents courriers.

6. L'intéressé a interjeté recours le 17 août 2004 contre ladite décision, déclarant que

> « les faits sont tout à fait simples : devant me soumettre à une opération de la cataracte, j'ai convenu avec le Docteur A_____ que l'intervention aurait lieu le 12 février 2004. Par la suite, pour des raisons de convenance, j'ai contracté avec l'Hôpital de La Tour une hospitalisation d'une nuit. Les deux factures de prestations, du chirurgien et de l'Hôpital de La Tour ont été réglées par moi-même, mais INTRAS a refusé de couvrir les frais facturés par le chirurgien en arguant des règles de « forfait hospitalier ». Or, les deux prestations ont été convenues de façon séparée et il m'apparaît que le refus est en contraste avec l'art. 25 LAMal ».

7. Invitée à se déterminer, la Caisse-maladie considère avoir satisfait à ses obligations découlant de la LAMal par le seul fait d'avoir versé un montant équivalent au forfait applicable en division commune d'un hôpital public du canton de Genève (art. 25 al. 2 let. e LAMal en corrélation avec l'art. 49 LAMal). Elle en conclut dès lors que la demande de remboursement des montants de 2'700 fr. et 505 fr. facturés par les Docteurs A_____, ophtalmologue FMH, B_____, assistance opératoire et C_____, médecin anesthésiste FMH, est dépourvue de fondement au regard du système des conventions tarifaires avec les hôpitaux.

8. Dans des écritures du 4 octobre 2004, l'assuré tient encore à préciser que l'opération de cataracte est normalement pratiquée en forme ambulatoire, et qu'il n'y a eu dans son cas hospitalisation qu'aux fins de lui assurer une plus grande sécurité compte tenu de son âge.

9. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales.

4. Le recours interjeté en temps utile est recevable (articles 56 et 60 LPGA).

5. Selon l'art. 49 al. 3 LAMal, la rémunération allouée en cas d'hospitalisation s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital tant que le patient a besoin selon l'indication médicale d'un traitement et de soins, ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 LAMal est applicable. Aux termes de cette dernière disposition légale, l'assureur prend en charge en cas de séjour dans un établissement médico-social (art. 39 al. 3 LAMal) les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile ; il peut toutefois convenir avec l'établissement médico-social d'un mode de rémunération forfaitaire.

6. En l'espèce, force est de constater que la nécessité d'une hospitalisation n'a pas été remise en question par l'intimée. Celle-ci entend cependant limiter ses prestations au forfait journalier, la couverture d'assurance de l'assuré ne prévoyant que la prise en charge des frais correspondant à une hospitalisation en division commune dans un hôpital public.

7. Le recourant considère quant à lui que les frais facturés séparément par l'ophtalmologue, l'assistant opératoire et l'anesthésiste, devraient lui être remboursés. Or, sous réserve des dispositions de l'art. 49 al. 2 LAMal, les soins médicaux sont compris dans le forfait convenu pour la rémunération du traitement hospitalier conformément à l'art. 49 al. 1 LAMal.

8. Dès lors, le Tribunal constate que l'intimée a satisfait à ses obligations en versant au recourant un montant équivalent au forfait applicable en division commune d'un hôpital public du canton de Genève, multiplié par le nombre de jours d'hospitalisation, soit deux jours.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

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 pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le