



**EN FAIT**

1. Madame H\_\_\_\_\_ est assurée auprès de PHILOS ASSURANCE MALADIE pour l'assurance maladie obligatoire.
2. Par courrier du 24 août 2010, son mari a fait parvenir à l'assurance une facture de 728'000 Schillings ougandais (UGX), établie par GOD CARES MEDICAL CLINIC à Iganga en Ouganda. Il exposait que son épouse avait eu un accident de motocyclette. Elle s'était d'abord rendue dans un hôpital à Iganga; celui-ci étant insuffisamment équipé, elle était allée dans un autre hôpital, sis à Kampala, qui l'avait soignée. De retour en Suisse, elle avait été suivie par le Dr L\_\_\_\_\_.

La première facture produite, établie au nom de GOD CARES MEDICAL à Iganga, datée du 19 juillet 2010, porte l'indication qu'elle a été acquittée le 13 juillet 2010. Elle est accompagnée d'un document du même établissement daté du 19 juillet 2010, qui porte les mentions "Investigations Done" et "Discharge treatment" et est illisible quant aux soins prodigués et à la signature figurant sous "Doctors Signature". Enfin, un troisième document, toujours établi au nom de GOD CARES MEDICAL CLINIC, daté du 18 juillet 2010, comporte sous "Clinical Note and Treatment" des indications manuscrites, en langue anglaise, difficilement lisibles: "...injured in a motor-cycle accident. Sustained deep cut in the (...) fully conscious (...) cut on the upper lip (...) 127/75 (...) cut wound (...)".

L'assurée s'est ensuite rendue au BAI HEALTH & MEDICAL INTERNATIONAL CENTER (ci-après: BAI HEALTH CENTER) à Kampala pour des investigations plus poussées. Elle a produit trois factures de cet hôpital, la première de 1'511'000 UGX se rapporte à une consultation, un "K-Ray Chest" et une radiographie ("X-Ray"). La seconde de 2'153'000 UGX se rapporte à une taxe d'admission, à des injections et des médicaments. La troisième de 3'734'000 UGX comporte à nouveau une taxe d'admission ainsi que l'addition des deux précédentes factures.

Les trois factures portent la date du 20 juillet 2010 et l'indication qu'elles ont été acquittées.

3. Selon la déclaration d'accident, l'assurée avait subi une profonde coupure à la lèvre supérieure nécessitant des points de suture et des fortes contusions le haut du corps. Elle avait été soignée du 16 au 17 juillet 2010 à Iganga et du 20 au 21 juillet 2010 à Kampala. La somme de 4'462'000 UGX avait été payée sur place par un membre de sa famille à qui elle avait remboursé 3'975'000 UGX par virement au travers de Western Union. Il ressort de l'extrait du compte auprès de Postfinance du mari de l'assurée qu'une somme de 2'000'000 UGX et de 1'975'000 UGX a été virée les 12 et 13 août 2010 sur le compte de I\_\_\_\_\_, en Ouganda.

4. Selon le partenaire d'assistance à l'étranger, Mondial Assistance, les rapports médicaux paraissaient authentiques. Certains traitements effectués avaient été inutiles, comme cela était cependant souvent le cas en Ouganda. La quittance de GOD CARES MEDICAL CLINIC paraissait fausse, ayant été établie avant le traitement. Les prestations de BAI HEALTH CENTER étaient grossièrement surfacturées: la radiographie du thorax était facturée 630'000 UGX, alors qu'elle l'était habituellement à 20'000 UGX et au maximum à 35'000 UGX. De même, la seconde radiographie, facturée 811'000 UGX, coûtait 25'000 UGX et au maximum 30'000 UGX. Enfin, le CT ("X-Ray films") facturé à 1'511'000 UGX était "impossible". Un CT dans le même hôpital coûtait 150'000 UGX. Il n'était pas possible de répondre à toutes les questions posées par l'assurance, dès lors que l'agent de Mondial Assistance ne pouvait rendre visite ni parler aux médecins de l'hôpital "pour des raisons de politique et de sécurité".
5. Par décision du 29 octobre 2010, l'assurance a refusé ses prestations. La note d'honoraires de 728'000 UGX avait été analysée au moyen "d'un appareil de détection reconnu scientifiquement et légalement". Il en ressortait clairement qu'elle avait été modifiée à plusieurs reprises. Aucune pièce ne démontrait le retrait de liquidités, ni l'emprunt à une tierce personne, ni encore le paiement des notes d'honoraires litigieuses. Enfin, les prix facturés ne correspondaient pas aux tarifs d'usage pratiqués. Cette surfacturation ne permettait pas d'entrer en matière sur le note de 3'734'000 UGX.
6. Dans son opposition, le mari de l'assurée a contesté avoir modifié la facture de 728'000 UGX, précisant qu'en tant que Directeur général de l'administration fiscale du canton de Genève, ce genre d'opérations frauduleuses ne faisait pas partie de ses habitudes. La seconde facture de 3'734'000 UGX de BAI HEALTH CENTER était plus importante du fait des investigations plus poussées qui y avaient été pratiquées. Son épouse n'avait pas eu le choix et avait payé cette facture. Il était erroné de prétendre que les sommes facturées ne correspondaient pas aux tarifs d'usage et admis par la sécurité sociale en Ouganda, car il n'existait pas de sécurité sociale dans ce pays. Si l'assurance considérait ces montants exagérés, elle pouvait estimer ceux qui auraient été dus en Suisse et limiter sa participation à deux fois cette somme. Les factures avaient été acquittées puisqu'elles portaient le seau "paid". Son épouse n'avait pas de carte de crédit et seulement de l'argent liquide, mais en quantité insuffisante. Elle avait ainsi emprunté de l'argent à un ami de sa famille. Lui-même se trouvait alors en train d'escalader le Kilimanjaro - ce que le certificat produit en annexe établissait -, de sorte qu'il n'avait pu assister son épouse.
7. L'assurance a rejeté l'opposition le 8 février 2011. Le chiffre 7 avait été ajouté sur la facture de GOD CARES MEDICAL CLINIC et celle-ci payée avant que les soins avaient été prodigués, de sorte que l'assurance ne pouvait établir de décompte de remboursement. BAI HEALTH CENTER ne possédait pas de site internet,

contrairement à ce qui était indiqué sur sa facture. Ce centre avait surfacturé ses prestations et prélevé deux fois les taxes de consultation.

8. Par pli expédié le 1<sup>er</sup> mars 2011 à la Cour de justice, l'assurée recourt contre cette décision, dont elle demande l'annulation. Elle conclut à ce que l'assurance soit condamnée à prendre en charge ses frais médicaux liés à l'accident du 16 juillet 2010.

La recourante expose qu'à la suite de sa chute d'un moto-taxi, le 16 juillet 2010, elle avait perdu connaissance et des personnes sur le lieu de l'accident l'avaient transportée à l'hôpital le plus proche. Celui-ci l'avait examinée et suturé la plaie de la lèvre. Elle était restée une nuit et y était retournée les deux jours suivants pour des observations complémentaires. Comme l'hôpital ne disposait pas des appareils nécessaires pour effectuer une radiographie, il lui avait été conseillé de se rendre dans un autre établissement à Kampala, qui lui avait administré des médicaments contre les infections et avait procédé à d'autres examens.

Le taux de change lors du paiement des factures litigieuses était de 1 fr. = 2'017 UGX et non 1 fr.= 1'587 UGX. Le montant de la première facture de 28'000 UGX, soit 13 fr. 30, était manifestement trop faible. Il était possible que la personne en charge de l'encaissement ait rajouté le chiffre 7; il n'en demeurerait pas moins que la recourante s'était acquittée du montant réclamé, de 728'000 UGX. La date du paiement (13 juillet 2010) constituait à l'évidence une erreur. L'hôpital BAI HEALTH CENTER n'avait peut-être pas de site Internet; il était toutefois en tête de liste des hôpitaux recommandés par l'ambassade des Etats-Unis. Elle ne pouvait pas se prononcer sur les montants facturés, si ce n'est qu'elle ignorait sur quelle base se fondait l'assurance pour affirmer qu'une radiographie coûtait 20'000 UGX. Le système de sécurité sociale ougandais était embryonnaire; l'intimée ne pouvait affirmer que les tarifs facturés ne correspondaient pas aux tarifs d'usage. La recourante avait été examinée les 20 et 21 juillet 2010, de sorte qu'il était normal que la taxe de consultation soit facturée deux fois. Enfin, rien n'empêchait l'assurance d'estimer les coûts des traitements nécessaires qui auraient été facturés en Suisse et de limiter sa participation dans la limite de deux fois ces montants, conformément à l'art. 36 al. 4 OAMal. La recourante produit, en outre, un extrait d'article consacré au système d'assurance-santé publique en Ouganda d'où il ressort que celui-ci est actuellement loin d'être satisfaisant.

L'assurance conclut au rejet du recours. Elle relève la contradiction entre la date alléguée de l'accident (16 juillet, selon le questionnaire rempli par l'assurée le 26 septembre 2010) et celle des premiers traitements prodigués (18 juillet 2010) ainsi que la date du paiement de la première facture, intervenu avant ces deux dates (le 13 juillet 2010). Les documents produits n'attestent d'aucun soin ni d'une hospitalisation. Par ailleurs, l'attestation de GOD CARES MEDICAL CLINIC mentionnait que la patiente était "fully conscious", alors que la recourante alléguait

avoir perdu connaissance. Quand bien même l'assurée n'était pas responsable des incohérences figurant sur la facture, il ressortait de sa propre négligence d'avoir accepté le paiement d'une facture grossièrement erronée, voire falsifiée. L'intimée relève également d'autres incohérences dans les factures établies par le centre médical à Kampala et souligne que les frais médicaux sont clairement et frauduleusement surfacturés. Enfin, l'assurance s'étonne de ce qu'aucun document n'atteste de l'accident, alors que l'assurée a perdu connaissance, que l'accident a occasionné les affections engendrant pour près de 3'000 fr. de frais médicaux et que le conducteur de la moto était responsable de l'accident selon la déclaration d'accident de l'assurée.

L'assurée répond que l'absence de document tel qu'un rapport de police n'a rien de surprenant dans un pays comme l'Ouganda, où le responsable de l'accident quitte rapidement les lieux de crainte de la foule, des autres passagers (s'il s'agit d'un bus) ou de la police. Celle-ci n'est pas appelée sur les lieux, car soit elle ne se déplace pas, soit elle est crainte. Elle conteste les critiques faites par l'assurance au sujet du contenu des factures, expliquant qu'elles comportent certains éléments ("motor-cycle accident", "chest pain", "a cut on the upper lip", "ntiobitic", "anlgesic") permettant de retenir l'existence des traitements prodigués. Elle joint à son écriture une attestation du Dr L\_\_\_\_\_. Un bilan radiologique effectué le 13 août 2010 n'avait pas montré de fracture. Le scanner thoracique effectué le 14 septembre 2010 avait montré une fracture un peu déplacée de la première côte droite ainsi qu'un petit tassement de la 5<sup>e</sup> vertèbre dorsale. Elle produit enfin deux radiographies du thorax portant l'indication manuscrite de son nom et la date du 20 juillet 2010. Elle relève, en outre, que l'assurance reconnaît ne pas avoir eu de contacts avec les hôpitaux en question et que l'intimée n'a produit aucune facture d'assurés du groupe auquel elle appartient (Groupe Mutuel), qui permettrait une comparaison avec ses propres factures.

Dans sa duplique, l'assurance persiste dans ses conclusions, reprenant en partie l'argumentation déjà développée.

9. Répondant à une question écrite de la Cour, l'assurance a indiqué que Madame J\_\_\_\_\_ était l'employée de Mondial Assistance qui avait signé le rapport du 25 octobre 2010. Celle-ci n'avait fait que retranscrire le rapport de l'agent mandaté sur place, dont l'anonymat était préservé pour des raisons de sécurité.
10. Lors de l'audience de comparution personnelle, qui s'est tenue le 5 septembre 2011, l'assurée a expliqué en détail le déroulement de sa prise en charge après l'accident du 16 juillet 2010. L'assurance a répété qu'elle ne contestait pas la réalité de l'accident, mais éprouvait des doutes sur la question de savoir quels traitements avaient effectivement été prodigués et s'ils avaient été appropriés. Le mari de l'assuré a en outre expliqué que les hôpitaux publics ougandais n'étaient pas

équipés. Un blessé n'avait pas véritablement le choix de se rendre dans un établissement privé s'il souhaitait se faire soigner.

A l'issue de l'audience, les parties ont indiqué ne pas être opposées à trouver une solution à l'amiable. Un délai au 22 septembre 2011 leur a été fixé pour faire savoir si une solution transactionnelle était trouvée. A défaut, l'assurance était invitée à produire toute pièce se rapportant à des cas d'assurance concernant l'Ouganda, comportant si possible des indications quant à des examens similaires à ceux subis par la recourante.

11. Par courrier du 21 septembre 2011, l'assurance a indiqué ne pas être en mesure, après réexamen du dossier, de faire une proposition à sa partie adverse. Elle a joint quatre factures ougandaises d'où il ressort que les consultations ont été facturées entre 25'000 UGX et 45'000 UGX, les rayons X facturés 35'000 UGX et les médicaments 40'000 UGX. Ces documents corroboraient les indications fournies par Mondial Assistance. Pour le surplus, l'assurance a relevé qu'elle ne répondait pas, en tant qu'assurance obligatoire, de factures établies par des cliniques privées et que la valeur probante des pièces produites par la recourante était douteuse, ne permettant pas de retenir que les prestations facturées avaient effectivement été effectuées.
12. La recourante à qui les pièces et le courrier de l'assurance ont été transmis a conclu en s'en remettant à l'appréciation de la Cour.

Il sera revenu ci-après sur les arguments des parties, dans la mesure utile à la solution du litige.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10).

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

Déposé dans le délai et la forme prescrits, le recours est recevable (art. 60 et 61 let. b LPGA).

2. Conformément à l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés en milieu hospitalier, ainsi que les analyses, médicaments,

moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin (al. 2).

- b) Selon l'art. 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut notamment décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues à l'art. 25 al. 2 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102), à teneur duquel l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Est déterminant le fait que l'assuré ait subitement besoin, et de manière imprévue, d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (ATFA non publié du 5 août 2003, K 65/03, consid. 2.2 et la référence).

Même dans ces cas, la prise en charge du traitement à l'étranger reste soumise aux limites de l'art. 36 al. 4 OAMal (ATF 128 V 75 consid. 4 b), à savoir que les frais occasionnés par un traitement médical urgent subi à l'étranger ne sont remboursés que jusqu'à concurrence du double du montant de ceux qui seraient résultés d'un traitement en Suisse.

Pour le surplus, la prise en charge de toute prestation demeure soumise aux principes généraux d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (cf. art. 32 LAMal). 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). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale: lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). 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).

- c) Sauf dispositions contraires de la loi, la décision se fonde 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 (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3).

3. En l'espèce, la réalité de l'accident dont a été victime la recourante n'est pas contestée. La condition de l'urgence postulée à l'art. 36 al. 2 OAMal est ainsi à l'évidence réalisée. Se pose toutefois la question de savoir si les soins prodigués à la recourante peuvent être qualifiés d'efficaces, adéquats et économiques au sens de l'art. 32 LAMal.

La recourante a expliqué, de manière crédible, avoir perdu connaissance lors de l'accident et avoir ensuite, alors qu'elle avait retrouvé ses esprits, été transportée à GOD CARES MEDICAL CLINIC. Cette clinique s'estimant insuffisamment équipée, la recourante avait été acheminée, deux jours plus tard, au BAI HEALTH CENTER, le transport ayant été organisé et assumé par la première clinique. Les deux établissements hospitaliers sont des cliniques privées.

L'intimée objecte à ce sujet que l'assurance obligatoire des soins n'a pas à supporter les factures d'établissements médicaux privés. Il est exact que l'art. 25 al. 2 let. e LAMal précise que seul le séjour en division commune est assuré par l'assurance obligatoire. Cette disposition se rapporte toutefois, en premier lieu, au système de santé helvétique où les tarifs et factures à charge de l'assurance obligatoire sont fixés par des conventions entre fournisseurs de prestations et assureurs ou par l'autorité compétente et sont strictement réglementés (art. 43 ss LAMal), d'une part. D'autre part, il est notoire que les établissements hospitaliers publics en Ouganda sont malheureusement sous-équipés, tant sur le plan logistique qu'en ressources humaines. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les ambassades recommandent à leurs ressortissants de se rendre, en cas de besoin, dans les cliniques privées (p.ex. [www.kamapal.usembassy.gov/medical\\_practitioners.html](http://www.kamapal.usembassy.gov/medical_practitioners.html), [www.eda.ch](http://www.eda.ch), consultés le 12 décembre 2011). La Cour estime ainsi que le seul fait que la recourante ait recouru aux services d'établissements médicaux privés ne justifie pas le refus de prester de l'assurance.

Dans ses premières écritures, l'intimée s'est, en outre, étonnée de l'absence de rapport de police à la suite de l'accident. La recourante a expliqué, à cet égard, qu'en Ouganda le recours à la police dans une telle situation était craint et qu'au demeurant l'auteur de l'accident prenait systématiquement la fuite, afin d'éviter de se faire lyncher par les témoins de l'accident. Ces explications paraissent plausibles et la Cour retient, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, qu'il ne peut être reproché à la recourante de ne pas avoir produit de rapport de police. L'utilité de celui-ci est d'ailleurs relative puisque la réalité de l'accident n'est plus contestée.

Par ailleurs, l'intimée relève, à juste titre, plusieurs incohérences relatives à la facture et la quittance établies par GOD CARES MEDICAL CLINIC. Selon l'analyse effectuée au moyen d'un appareil de détection par l'assurance, le chiffre 7 a été ajouté en caractères noirs devant le chiffre 28'000 UGX, en caractères bleus, figurant sur la quittance. Sur l'agrandissement de ce document produit par l'intimée, il apparaît clairement que le chiffre 7 a en effet été ajouté. La quittance porte, en outre, à l'évidence une date erronée, à savoir le 13 juillet 2010, alors que l'accident n'avait pas encore eu lieu. Si cette erreur peut être due à une inadvertance manifeste ou constituer une simple erreur de plume, il n'en va pas de même de l'adjonction du chiffre 7 devant la somme de 28'000 UGX. Il n'est pas allégué et au demeurant pas vraisemblable que ce rajout émane de l'assurée. Celui-ci affaiblit toutefois fortement la valeur probante de ce document. En outre, ni la quittance ni la pièce "Investigations Done", ni encore la "Clinical Note and Treatment" ne permettent d'établir la relation entre le montant acquitté et le détail des prestations facturées. Ainsi et quand bien même l'authenticité des pièces établies par la GOD CARES MEDICAL CLINIC a été confirmée par l'agent de Mondial Assistance et n'est pas contestée, il est impossible d'établir, même au degré de la vraisemblance prépondérante, le type de soins prodigués et le montant facturé pour chaque acte médical ou médicament. Partant, l'assurance a refusé, à juste titre, de prendre en charge la première facture, dont l'absence d'éléments suffisants ne lui permet pas de se déterminer sur l'étendue des frais à sa charge.

S'agissant des factures établies par BAI HEALTH CENTER, elles comportent une taxe d'admission (1'513'000 UGX), deux taxes de consultation du même jour (de 70'000 UGX chacune), une injection au Tramadol et une autre au Controrixone (180'000 UGX et 90'000 UGX), trois médicaments (Augmentin, Olfen et Nusroton) ainsi qu'une crème (Kelo Profen) pour un total de 370'000 UGX, une radiographie du thorax ("K-Ray"; 630'000 UGX) et une (et non 4) radiographie ("X-Ray"; 811'000 UGX). Il convient de noter que la troisième page comporte l'addition des frais de radiographie ("X-ray films"; 1'511'000 UGX, taxe de consultation de 70'000 UGX comprise), de médicaments et injection (640'000 UGX) et de la taxe d'admission (1'513'000 UGX). Par ailleurs, l'hôpital a facturé deux examens radiologiques, le "K-Ray Chest" et le "X-Ray" et non trois examens de ce type, comme les parties semblent le soutenir. Le montant de 1'511'000 UGX, figurant sous "X-ray films", ne correspond en effet qu'à l'addition des frais de "K-Ray Chest" et "X-Ray" et de la taxe de consultation.

Ces factures ne sont pas alléguées de fausses. En revanche, l'intimée expose qu'elles comportent des postes, d'une part, doubles (les taxes de consultation) et, d'autre part, grossièrement surfacturés. Il est exact que les factures comprennent, outre la taxe d'admission, deux fois la taxe de consultation de 70'000 UGX, qui se rapporte au même jour, à savoir au 20 juillet 2010. La recourante a cependant expliqué, en audience, avoir dû s'acquitter le 20 juillet 2010 de l'ensemble des frais déjà encourus et à venir. Après les examens pratiqués le 20 juillet 2010, elle s'était à

nouveau rendue au centre hospitalier le lendemain où le liquide qui s'était accumulé dans sa lèvre supérieure avait été extrait. Ces explications paraissent crédibles. La Cour retient ainsi qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante s'est rendue les 20 et 21 juillet 2010 au BAI HEALTH CENTER, pour des soins, de sorte que la taxe de consultation pouvait être facturée pour chacune de ces consultations.

Quant à la surfacturation alléguée, il ressort d'autres factures de mai et juin 2011, produites par l'intimée et relatives à des cas similaires survenus en Ouganda, que la taxe de consultation s'est élevée entre 25'000 UGX et 45'000 UGX, les frais de rayons-X à 35'000 UGX et les médicaments à 40'000 UGX. Ces pièces viennent corroborer les renseignements obtenus par Mondial Assistance, selon lesquels une radiographie du thorax est habituellement facturée 20'000 UGX par BAI HEALTH CENTER et ne dépasse pas 35'000 UGX à Kampala. Par ailleurs, le rapport de Mondial Assistance retient qu'une radiographie normale est facturée, en général, 25'000 UGX et au maximum 30'000 UGX. Au vu de ce qui précède, la Cour retient, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, que BAI HEALTH CENTER a surfacturé ses prestations.

Quand bien même les circonstances en Ouganda, et singulièrement les exigences posées au système de facturation des soins, diffèrent de manière importante de celles prévalant en Suisse, il n'appartient pas à l'assurance obligatoire suisse des soins d'en supporter les incohérences et, en aucun cas, les éventuelles surfacturations dont a fait l'objet un assuré. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a considéré que la facture de BAI HEALTH CENTER viole le principe de l'économicité.

Ce constat n'implique cependant pas forcément un refus total de prester. Dans la mesure où il est possible - en tout cas en partie - de corriger la facture afin qu'elle respecte les critères posés à sa prise en charge, il convient de procéder à cette correction. Au vu des exemples de factures produits et du rapport de Mondial Assistance, la radiographie du thorax pouvait être facturée 35'000 UGX, une radiographie normale 25'000 UGX et la taxe de consultation au plus 45'000 UGX. Les deux exemples de factures de médicaments produits retiennent l'un le montant de 4'000 UGX et l'autre celui de 40'000 UGX. Ces factures ne contiennent pas le détail des médicaments administrés, et la différence des montants est importante. Toutefois, même le montant le plus élevé demeure nettement inférieur à la somme de 640'000 UGX facturée à la recourante, de sorte qu'il apparaît que ce poste a également été surfacturé. En l'absence d'autres éléments de comparaison, il sera évalué à 40'000 UGX.

S'agissant enfin de la taxe d'admission de 1'513'000 UGX, qui constitue le poste de loin le plus élevé de la facture de BAI HEALTH CENTER, elle semble sans commune mesure avec les autres actes médicaux, notamment la taxe de

consultation et les radiographies. A l'évidence, cette taxe a également été grossièrement surfacturée. Le dossier ne comporte aucun élément comparatif pour ce poste. Dès lors que la recourante est arrivée en fin d'après-midi le 19 juillet 2010 au BAI HEALTH CENTER où des médicaments lui ont été administrés (par injection et par voie orale), ce qui n'est pas contesté, il est hautement vraisemblable qu'elle ait été, au préalable, examinée. La taxe de consultation, estimée ci-avant à 45'000 UGX, sera donc retenue pour cet acte médical. A défaut d'autres indications, la Cour n'est pas en mesure de déterminer différemment ce poste.

L'intimée n'a pas soutenu que l'administration de médicaments, les consultations ainsi que les deux radiographies - sous réserve du scanner qui n'a cependant, à teneur des pièces produites, pas été réalisé - n'étaient pas justifiées. Ces actes paraissent, en demeurant, efficaces et appropriés pour diagnostiquer les blessures subies et administrer le traitement adéquat.

Enfin, le fait que la recourante ne se soit pas personnellement acquittée de la facture en question ne saurait lui être opposé. Le récit de la recourante quant au paiement par l'ami de son oncle de la facture litigieuse est parfaitement crédible. Par ailleurs, elle a produit copie de deux virements en faveur de celui-ci correspondant approximativement au montant avancé par cet ami. La Cour n'éprouve ainsi pas de doute sur la réalité du paiement de la facture litigieuse par l'ami en question et le remboursement à celui-ci du montant acquitté par ce dernier.

En conclusion, la somme totale due par l'intimée se monte donc à 235'000 UGX, soit les taxes de consultation (3 x 45'000 UGX = 135'000 UGX), la radiographie du thorax (35'000 UGX), la radiographie normale (25'000 UGX) et les médicaments (40'000 UGX). La recourante se prévaut d'un taux de change de 1 fr. = 2'017 UGX, que l'intimée ne conteste pas. Il est au demeurant très proche du taux moyen de juillet 2010 (cf. [www.fxtop.com](http://www.fxtop.com); site utilisé in ATF 135 III 88). Le montant à charge de l'assurance s'élève ainsi à 116 fr. 50.

En définitive, le recours est partiellement admis et l'intimée condamnée à verser la somme de 116 fr. 50 à la recourante.

4. La procédure étant gratuite, il n'est pas prélevé de frais.

\* \* \*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Condamne PHILOS ASSURANCE MALADIE à verser la somme de 116 fr. 50 à H\_\_\_\_\_.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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); 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

La présidente

Maryse BRIAND

Florence KRAUSKOPF

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