

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/880/2010

ATAS/1193/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 24 novembre 2010

En la cause

Monsieur L_____, domicilié au Lignon, représenté par
BCAS, Permanence juridique

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCES, sis rue du Nord 5, 1920 Martigny

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Violaine LANDRY ORSAT et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur L_____ (ci-après : le recourant ou l'assuré), né en 1963, est assuré auprès de MUTUEL ASSURANCES pour l'assurance obligatoire des soins notamment.
2. En date du 13 juillet 2009, l'assuré a été admis en urgence à l'Hôpital X_____ à Baalbek, au Liban. Il y a séjourné jusqu'au 17 juillet 2009.
3. L'assuré a transmis à MUTUEL ASSURANCES la facture résultant de ce séjour, d'un montant total de 1'976 US\$, dont il s'était acquitté sur place, pour remboursement.
4. Le 17 août 2009, l'assurance lui a signifié son refus de prise en charge, au motif que l'assurance obligatoire des soins ne couvrait pas les traitements volontaires à l'étranger, seuls les coûts issus de traitements urgents étant remboursés.
5. L'assurance a rendu une décision formelle le 2 octobre 2009. Elle y exposait avoir procédé à un contrôle approfondi de la facture qui lui avait été transmise et être parvenue à la conclusion que le coût des soins reçus était particulièrement élevé, notamment pour les médicaments. En conséquence, une surfacturation apparaissait possible, de sorte que le remboursement était refusé.
6. Par courrier de son représentant du 30 octobre 2009, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il faisait valoir que la simple hypothèse d'une surfacturation ne pouvait engendrer un refus de toute prise en charge. Il requérait en outre des explications sur le contrôle approfondi.
7. MUTUEL ASSURANCES a procédé à un complément d'instruction en demandant des renseignements à MONDIAL ASSISTANCE.

Il ressort de l'avis de cette dernière que l'Hôpital X_____ existe, que le médecin facturant y exerce régulièrement, qu'il est équipé pour dispenser le traitement facturé et qu'il est reconnu par la sécurité sociale du pays. L'intéressé avait été en traitement aux dates indiquées, les soins dispensés correspondaient aux déclarations du médecin facturant. L'assuré avait été soigné pour douleurs et vomissements et, selon le médecin, il s'agissait d'un traitement urgent. A la question de savoir s'il y avait une fausse facture ou s'il s'agissait d'une surfacturation, MONDIAL ASSISTANCE a répondu par l'affirmative, tout en précisant qu'il n'existait pas de preuve. L'Hôpital X_____ était connu pour une conduite irrégulière. En principe, une personne qui se faisait soigner dans l'un des meilleurs hôpitaux de la capitale Beyrouth (hôpitaux de la classe A selon classement effectué par le Ministère de la santé libanais) ne payait pas au-delà de 1'300 US\$ pour 4 jours d'hospitalisation en chambre normale. Dès lors, cette même

hospitalisation, dans un hôpital classe C ou D, tel que l'hôpital X _____, ne devait pas être facturée plus de 600 US\$, si le patient se faisait véritablement traiter pour des douleurs et des vomissements. L'argument soulevé par le directeur de l'hôpital était que le patient avait dû être admis aux soins intensifs parce qu'il ne souffrait pas simplement de vomissements, mais aussi d'acidose diabétique et qu'il était arrivé inconscient. Si tel était vraiment le cas, MONDIAL ASSISTANCE ne s'expliquait pas pourquoi le patient s'était rendu dans un tout petit hôpital avec des équipements de base, alors que 300 mètres plus loin se trouvait un des meilleurs hôpitaux de la région. Ensuite, il était également mentionné que le forfait aux soins intensifs était exagéré pour un hôpital de cette envergure et qu'il n'incluait pas le prix du serum. L'ensemble des médicaments avait été facturé à la hausse par rapport au tarif édicté par le Ministère de la santé et il était douteux que tous les examens de laboratoires aient été utiles ; par contre, certains examens qui, eux, l'étaient, ne figuraient pas dans la liste facturée. Enfin, les frais de la salle d'urgence, par 50 US\$, n'avaient pas été annulés, quand bien même l'intéressé avait été hospitalisé ensuite de son passage au service des urgences. En conclusion, les prix indiqués n'étaient pas conformes aux marges de prix établies par le Ministère de la santé. En raison de ces petites irrégularités, il s'agissait probablement d'une fausse facture ou, dans le meilleur des cas, d'une facture largement exagérée. Malheureusement, l'hôpital ne le confirmait pas. Le problème était que dans les petites communes, les gens se connaissent et un médecin ou un employé d'hôpital n'hésitait pas à établir une fausse facture à un ami pour que celui-ci puisse soutirer un peu d'argent à son assurance, surtout lorsque la facture partait à l'étranger.

8. Fort de ces informations, l'assureur a confirmé sa position dans sa décision sur opposition du 16 février 2010. En substance, il a fait valoir qu'une hospitalisation de 4 jours dans un hôpital classé C ou D par le Ministère de la santé libanais ne devait pas dépasser 600 US\$ pour le type d'affection considéré et qu'en outre aucune preuve de paiement des frais médicaux n'avait été présentée. En conséquence, MUTUEL ASSURANCES avait toutes les raisons de croire que la note présentée était fausse et surfacturée, raison pour laquelle la prise en charge était refusée.
9. Par acte du 15 mars 2010, l'assuré interjette recours à l'encontre de cette décision, dont il requiert l'annulation, concluant à la prise en charge de la facture de l'Hôpital X _____ à Balbeek, Liban, pour un montant de 1'976 US\$.
10. Dans sa réponse du 13 avril 2010, MUTUEL ASSURANCES rappelle que les assureurs sont tenus de veiller au respect du principe de l'économie du traitement, qui est également opposable à l'assuré, celui-ci n'ayant aucun droit eu remboursement d'un traitement non économique. Ce principe vaut aussi en cas de traitement d'urgence à l'étranger. L'intimé reprend les constatations et avis émis par MONDIAL ASSISTANCE, qu'il a mandatée aux fins de procéder à la

vérification de la facture du recourant. Or, il ressort de ce rapport d'enquête que la facture est très probablement une fausse facture ou alors qu'elle est en tout cas largement surfacturée. De surcroît, l'assuré n'a pas consulté son médecin traitant à son retour en Suisse, malgré la complication importante du diabète alléguée et il n'a pu fournir ni certificat médical sur l'origine de l'état de santé ou le traitement suivi, ni pu apporter la preuve du paiement de la facture libanaise. En conclusion, tout laisse à penser que la facture dont le remboursement est requis ne respecte pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, le principe d'économicité et ne saurait être prise en charge de ce fait. L'intimé précise en outre que des investigations complémentaires sont en cours.

11. Le Tribunal a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 2 juin 2010. A cette occasion, le recourant a déclaré être diabétique depuis l'an 2000 et prendre un traitement médicamenteux par voie orale pour cette affection. En juillet 2009, il séjournait chez les parents de son épouse à Baalbek, lorsqu'il avait perdu connaissance. Ses beaux-parents l'avaient alors transporté dans leur véhicule privé jusqu'à l'Hôpital X_____, situé à 5 minutes de leur domicile. Le grand centre hospitalier mentionné par l'intimé était quant à lui plus éloigné, soit à 10 minutes en voiture. Durant les 2 premiers jours de son séjour à l'hôpital, il avait été « absent ». Il avait emprunté de l'argent à sa belle-famille pour payer l'hôpital en dollars, car tout se payait dans cette devise au Liban.

La représentante de l'intimé a quant à elle fait savoir que le caractère urgent du traitement n'était pas nié et qu'il était également admis que le recourant avait effectivement été soigné dans l'établissement hospitalier concerné. Cela étant, elle estimait qu'il y avait surfacturation.

Un délai a été octroyé à MUTUEL ASSURANCES pour établir l'éventuelle surfacturation.

12. Par écriture du 12 août 2010, l'intimé a tenu à souligner que l'assuré n'avait toujours pas apporté la preuve du paiement des prestations médicales à l'étranger. Suite aux affirmations relatives au mode de paiement faites par l'intéressé en audience, il appartenait à ce dernier d'apporter la preuve du retrait de l'argent ou du paiement par carte bancaire par la personne qui avait payé. Il fallait également qu'il apporte la preuve du remboursement de ce montant à son prêteur. La caisse estimait n'avoir aucune obligation de prendre en charge un traitement qui n'avait pas été payé par l'assuré, un remboursement de traitement non payé constituant un enrichissement illégitime de l'assuré. Par ailleurs, la caisse n'avait pas à souffrir de l'absence de preuve apportée par l'assuré. Elle a rappelé qu'en assurances sociales, le juge n'avait pas à trancher en faveur de ce dernier. L'intimé avait fait procéder à de nouvelles investigations sur place par le biais de l'Ambassade de Suisse. Le rapport rédigé par le médecin-conseil de l'Ambassade ne pouvait toutefois être suivi, faute d'être convaincant. Dans ce document, le spécialiste mandaté par les

services diplomatiques helvétiques exposait notamment le tarif des séjours hospitaliers au Liban pour les patients, toutes nationalités confondues, non assurés payant eux-mêmes leurs soins. Les chiffres sur lesquels il se basait n'étaient qu'approximatifs, sans référence précise. De plus, le médecin s'était renseigné auprès de l'Hôpital X_____ même, alors que c'étaient précisément les tarifs de cette institution qui étaient contestés. En revanche, il n'en allait pas de même du rapport de MONDIAL ASSISTANCE, de sorte que c'est ce dernier avis qui devait se voir accorder valeur probante. L'intimé relevait les nombreuses incohérences relatives à la facture : le tarif pratiqué par l'Hôpital X_____ était plus élevé que celui des hôpitaux de catégorie supérieure, ce qui violait le principe d'économicité ; la facture avait été établie de manière peu courante, avec deux colonnes distinctes ; des irrégularités existaient dans l'indication des prix, notamment en ce qui concernait le médicament Tramal® dont les totaux étaient erronés, ou la facturation d'honoraires de chirurgien, alors qu'aucun acte de chirurgie n'avait été exécuté. S'agissant de la tarification, la législation libanaise imposait - également aux établissements hospitaliers - de vendre les médicaments au prix édicté par le Ministère de la santé publique. Sur la base des prix officiels disponibles sur internet, l'intimé a procédé au calcul du montant qui aurait dû être facturé pour l'ensemble des médicaments dispensés. Ladite somme était de 289.60 US\$, alors que 582 US\$ figurait sur la facture. En sus, il convenait de déduire 40 US\$ du montant recalculé, puisque l'hôpital n'était pas en droit de facturer le serum, dans la mesure où cette substance était comprise dans le forfait pour la chambre en soins intensifs. En ce qui concernait les frais de laboratoire, l'examen du cholestérol, incluant les mentions HDL et LDL, devait être facturé à hauteur de 20 US\$ et non 54 US\$; et l'examen des triglycérides pouvait être accepté à hauteur de US\$ 12, mais non 20 US\$. Enfin, il était inconcevable de prendre en charge 350 US\$ d'honoraires de chirurgien, vu l'absence d'acte chirurgical. Au final, la facture corrigée s'élevait ainsi à 1'251.60 US\$ au lieu de 1'976 US\$. L'assureur indiquait ne pas avoir à prendre en charge le montant surfacturé de 724.40 US\$, l'assuré ne pouvant faire valoir son droit à la restitution de montants indûment payés qu'envers le fournisseur de prestations malhonnête. En fin de compte, eu égard en particulier à l'absence de preuve de paiement de la facture par l'assuré, l'intimé s'est référé à ses conclusions initiales, à savoir le rejet du recours.

13. Le recourant s'est prononcé en date du 3 septembre 2010. Premièrement, il a relevé que dans la mesure où la réalité de l'hospitalisation était admise par l'intimé, l'hypothèse de la fausse facture devait être écartée. Quant à l'absence de preuve de paiement, elle était justifiée par le fait que la belle-famille de l'intéressé avait payé en argent liquide la facture et qu'il lui avait été à ce jour impossible de rembourser sa dette, faute de paiement par l'assurance. Il concluait à ce que la facture soit prise en charge au moins à concurrence du montant admis par l'assurance, soit 1'251.60 US\$.

14. Copie de cette écriture a été transmise à l'assureur, sur quoi la cause a été gardée à juger.

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 le 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. Selon l'art. 1 al. 1 LAMal, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), s'appliquent à l'assurance-maladie à moins que le LAMal n'y déroge expressément.

A cet égard, il sied de relever que les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant son entrée en vigueur ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (cf. art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse la question de savoir si le recourant peut prétendre le remboursement, par l'assurance-obligatoire des soins, des frais de séjour à l'Hôpital X _____ à Baalbek, Liban, du 13 au 17 juillet 2009.
5. a) La LAMal régit l'assurance-maladie sociale, qui comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières (art. 1a al. 1 LAMal).

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. Il n'y a pas d'urgence lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ce traitement.

De jurisprudence constante, par « raisons médicales » au sens de l'art. 34 al. 2 LAMal, il convient d'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). Ce qui est donc déterminant dans le premier cas, c'est que l'assuré ait subitement besoin, et de manière imprévue, d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (ATFA non publié du 5 août 2003, K 65/03, consid. 2.2 et la référence).

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. En effet, s'agissant de traitements à l'étranger, que ce soit dans des cas d'urgence ou lorsque le traitement ne peut pas être prodigué en Suisse, le législateur a considéré qu'il était nécessaire de fixer une limite à la prise en charge des coûts. Le législateur préconisait du reste de s'inspirer de l'art. 17 OLAA, disposition selon laquelle les frais occasionnés par un traitement médical nécessaire 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 (Message concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 144).

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).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans

indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante d'un document n'est ni son origine ni sa désignation, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

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 (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Il n'existe donc pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

6. Au cas d'espèce, il est établi que le recourant a été victime d'un malaise lié à sa maladie diabétique, alors qu'il séjournait dans sa belle-famille au Liban. Ledit malaise a conduit à une perte de connaissance et à un état semi-comateux ayant nécessité une hospitalisation en milieu intensif. Ces faits résultent tant des déclarations - constantes - de l'intéressé, que des investigations menées par l'assureur, par le biais de MONDIAL ASSISTANCE et de l'Ambassade de Suisse. Ils ne sont au demeurant pas contestés, pas plus que ne l'est le caractère urgent du traitement dispensé. Il n'était en particulier pas exigible de différer ce dernier afin qu'il soit effectué en Suisse. La première condition mise à la prise en charge de soins prodigués à l'étranger est ainsi remplie.

Il ressort également des pièces au dossier que les soins donnés au recourant se sont révélés adéquats en regard de l'affection considérée. Leur effectivité ne saurait non plus être remise en question, de telle sorte qu'il convient de tenir pour réalisée la condition de l'adéquation du traitement

Il en va de même de l'efficacité dudit traitement, le recourant ayant pu rapidement regagner son lieu de vacances et poursuivre son séjour sans problème notable. A ce propos, on relèvera que le fait qu'il n'ait pas consulté son médecin de famille à son retour en Suisse n'est pas pertinent. En effet, le malaise dont il a été victime ne constitue pas une aggravation durable de l'état de santé requérant une modification de traitement, mais une complication passagère et relativement courante qui, si elle est soignée dans les règles de l'art, ne préterite en rien la poursuite d'une vie normale.

7. Demeure par conséquent seule litigieuse la question de savoir si les soins prodigués remplissent la condition de l'économicité.

L'intimé, qui a fait procéder à diverses investigations sur place, a produit des documents permettant de fixer le prix des soins donnés à son assuré durant son séjour hospitalier. En effet, le dossier contient la législation libanaise applicable, les tarifs des médicaments, des renseignements précis sur le tarif des prestations de laboratoire, de radiologie, des honoraires des médecins et du séjour hospitalier (ce dernier poste n'étant présentement pas litigieux).

Un examen attentif de la facture transmise à l'intimé par le recourant, à la lumière des éléments mentionnés ci-avant, permet de constater qu'il y a effectivement eu surfacturation. Les médicaments ont été facturés dans l'irrespect des tarifs officiels imposés, les totaux sont parfois erronés, les honoraires du médecin sont exagérés, les prestations de laboratoire ont également été facturées à la hausse par rapport aux tarifs en vigueur et des irrégularités, telle la facturation du sérum en sus du forfait pour traitement aux soins intensifs et la prise en compte de la taxe d'urgence alors qu'il y a eu hospitalisation immédiate (cf. not. pièce no 9 intimé), viennent compléter la liste des sommes facturées en trop. En pareilles circonstances, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que la facture qui lui a été présentée en vue de remboursement viole le principe de l'économicité.

Cela étant, ce constat n'implique pas forcément un refus total de prester. Dans la mesure où il est possible de corriger la facture afin qu'elle respecte les critères posés à sa prise en charge, il appartient à l'assureur de procéder à la correction en question. Ce dernier s'est d'ailleurs plié à cette opération en cours de procédure, puisqu'il a établi le montant qui aurait dû, selon lui, figurer sur la facture litigieuse.

Enfin, le fait que le recourant n'ait pu apporter de preuve du paiement de la facture en question ne saurait lui être opposé en tant que motif de refus de prise en charge. En effet, dans la mesure où l'effectivité de l'hospitalisation et des soins facturés est établie (et même non remise en question), on ne voit pas en quoi l'absence de preuve de paiement pourrait être reprochée à l'intéressé. Dans l'hypothèse - non réalisée en l'espèce - où la facture pourrait être considérée comme un faux, l'absence de preuve de paiement constituerait alors un indice supplémentaire de l'absence de soins et, par voie de conséquence, de l'absence de devoir de prise en charge par l'assureur obligatoire des soins. Dans le cas présent, on voit mal pour quelles raisons l'Hôpital X_____ aurait admis et soigné un patient durant 4 jours à titre gratuit. L'assuré a dès lors droit au remboursement des soins dans des proportions conformes à ce qui est admissible en regard des critères de la LAMal. On ajoutera encore que s'il est vrai que l'obtention, par un assuré, d'un remboursement pour des soins demeurant impayés de sa part, serait constitutive d'un enrichissement illégitime, il s'agit-là d'un problème inhérent au système du tiers garant introduit par le législateur helvétique. Celui-ci n'a en outre pas jugé utile d'inscrire dans la loi un devoir de l'assuré de démontrer le paiement des factures qui lui sont adressées par les prestataires de soins pour en obtenir le remboursement par l'assureur. La problématique soulevée par l'intimé relève bien

plutôt des relations contractuelles liant le patient à son fournisseur de soins, lequel dispose de moyen légaux pour obtenir le paiement des prestations facturées.

8. Il résulte de tout ce qui précède que l'intimé est présentement tenu de prêter, toutefois dans la limite sus-indiquée. Le dossier lui sera par conséquent retourné afin qu'il établisse le montant précis qu'il convient de rembourser au recourant, selon les bases suivantes :

- correction du prix des médicaments en fonction de la liste des prix publiée par le Ministère de la santé publique libanais ;
- correction des totaux des médicaments (prix à l'unité multiplié par le nombre de médicaments dispensés) ;
- correction du prix des analyses de laboratoire en fonction des prix officiels ;
- suppression du montant facturé à titre de prise en charge par le service d'urgence ;
- suppression du montant facturé pour le sérum durant les trois jours d'hospitalisation en soins intensifs ;
- correction des honoraires de médecin selon les prix habituels mentionnés (notamment) par le médecin-conseil de l'Ambassade de Suisse à Beyrouth ;
- limitation de la prise en charge, de toute manière, au double du montant qui serait résulté d'un traitement identique en Suisse, conformément à l'art. 36 al. 4 OAMal.

9. Le recours est par conséquent partiellement admis.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimé du 16 février 2010.
4. Revoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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