

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/935/2010

ATAS/576/2013

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 juin 2013

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur W _____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5,
MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. En 2007 et 2008, Monsieur W _____ (ci-après l'assuré), ressortissant suisse, a été affilié pour l'assurance obligatoire des soins et contre le risque d'accidents à MUTUEL ASSURANCES - dont le portefeuille a été repris depuis lors par MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après l'assurance).
2. Durant cette période, l'assuré a très régulièrement adressé à l'assurance des factures, ordonnances et quittances de pharmacies émanant, pour la plupart, de praticiens et d'officines allemands et roumains.
3. Le 23 février 2007, l'assuré a annoncé à l'assurance des lésions dentaires survenues à Neu-Ulm (Allemagne), le 3 février précédent, alors qu'il mangeait un sandwich. Il a requis le remboursement des soins prodigués par le dentiste consulté sur place. L'assurance a refusé par décision du 22 mars 2007.
4. Dans un certificat rédigé sur une ordonnance en date du 8 juillet 2007, la Dresse A _____, gérontologue établie à Iasi (Roumanie), a attesté avoir fourni à l'assuré les prestations suivantes: consultations et traitement en urgence, vaccin anti-tétanique, radiographie du mollet droit, visite à l'assuré deux fois par jour pour désinfection de la plaie, fourniture de médicaments, transport de l'assuré au laboratoire d'analyses, aux consultations inter-cliniques avec d'autres spécialistes, électrocardiogramme, rapports médicaux envoyés par fax et communications téléphoniques avec d'autres médecins. La Dresse A _____ a ajouté avoir reçu 3'000 € d'honoraires.
5. Le 27 novembre 2007, l'assurance a fait parvenir à l'assuré un questionnaire relatif aux factures concernant les traitements qui lui avaient été prodigués à l'étranger.
6. Par courriel du 24 janvier 2008, l'assurance a accusé réception du questionnaire que lui avait renvoyé l'assuré en réclamant la production des documents originaux - notamment du rapport de la Dresse A _____.
7. Par courrier du 8 février 2008, l'assuré a transmis à l'assurance un extrait de ce qu'il a affirmé être sa facture de carte de crédit, indiquant des dépenses du 16 mars au 29 décembre 2007 et portant notamment sur des paiements effectués dans des pharmacies en Allemagne et en Roumanie. Il a relevé avoir déjà remis à l'assurance une partie des factures et ordonnances faisant l'objet de ce décompte et a exigé le remboursement de ces frais, dont le total s'élevait, selon ses dires, à 9'584 fr. 90.
8. Le 25 février 2008, l'assuré a déclaré un accident survenu le 22 mars 2007 à Neu-Ulm (Allemagne) : l'assuré a allégué s'être cogné les genoux en tombant sur la neige et avoir dû consulter en urgence des médecins sur place.
9. Le 28 février 2008, l'assurance a fait savoir à l'assuré que son courrier du 8 février 2008 et l'extrait de carte de crédit produit ne permettaient pas d'établir le décompte de prestations. Elle lui a une nouvelle fois réclamé les factures originales des frais de pharmacie et de laboratoire, ainsi qu'un rapport médical détaillé à destination de son médecin-conseil.

10. Le 5 mars 2008, l'assuré a annoncé un nouvel accident survenu le 8 juin 2007, en Roumanie : sa jambe droite avait heurté un crochet de voiture, ce qui avait entraîné une plaie qui s'était infectée. Les analyses réalisées par la suite avaient montré la présence d'une hépatite B, contractée lors de l'extraction dentaire subie en février 2007.
11. Par courrier du 3 juillet 2008, l'assuré a affirmé à l'assurance que tous les traitements médicaux subis à l'étranger lui avaient été prodigués en urgence, en raison d'affections aiguës. Il a derechef requis le remboursement des honoraires, médicaments et analyses faisant l'objet des factures adressées à l'assurance.
12. Par courrier du 8 juillet 2008, l'assuré a expliqué avoir été vacciné contre l'hépatite B en 2004, alors qu'il n'en était pas atteint. Le 3 février 2007, il s'était brisé des dents en mangeant un sandwich et avait subi l'extraction de deux racines. C'est après l'infection de la plaie à sa jambe droite, consécutive à l'accident du 8 juin 2007 que l'hépatite avait été découverte. Les analyses sanguines démontraient qu'elle avait été contractée lors du traitement dentaire.

L'assuré a produit à l'appui de sa demande de remboursement :

- son carnet de vaccination, dont il ressort que les vaccins contre les hépatites A et B ont été administrés entre 2003 et 2004;
 - divers rapports d'analyses réalisées par Unilabs et des laboratoires roumains et allemands;
 - une attestation établie le 7 avril 2008 par le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne, certifiant que l'assuré n'a souffert d'aucune atteinte hépatique jusqu'à la fin de l'année 2006;
 - une attestation dactylographiée du Dr C_____ du 7 avril 2008, au contenu identique à celle du Dr B_____;
 - un document en français, intitulé rapport médical, ni daté ni signé, censé émaner de la Dresse A_____, certifiant que des soins urgents avaient été prodigués, qui consistaient à nettoyer la plaie, la panser, administrer un vaccin anti-tétanique et procéder à deux radiographies le 8 juin 2007, suivies d'un nettoyage et d'un nouveau pansement les 9, 10 et 11 juin 2007; une hospitalisation était prévue le 18 juin 2007 en raison d'une suspicion de thrombophlébite, mais le médecin hospitalier avait suggéré à l'assuré - compte tenu des conditions d'hébergement à l'hôpital et du fait que sa situation médicale n'était pas d'extrême urgence - de poursuivre le traitement en ambulatoire, notamment afin d'éviter une contagion par l'hépatite B, alors en phase aiguë; par la suite, la Dresse A_____ avait continué à procéder quotidiennement au nettoyage et au pansement de la plaie jusqu'au 30 juin 2007.
13. Dans un second courrier - daté du même jour mais reçu par l'assurance le 18 août suivant -, l'assuré a requis le remboursement du médicament Gérovital®, prescrit

par ses médecins en Roumanie, correspondant selon lui à la préparation Syntocaïne® ,commercialisée en Suisse à un tarif plus élevé. Il a réaffirmé que son accident avait conduit à la prescription de nombreux médicaments et analyses, dont il réclamait le remboursement.

L'assuré a produit un document émanant du Dr C_____, daté du 24 juillet 2008, dont l'entête est identique à celui du certificat du 7 avril 2008, mais dont le corps de texte est dactylographié. Aux termes de ce document, le Dr C_____ certifie avoir examiné l'assuré le 24 juillet 2008 et indique : "*Pour des raisons médicales, le patient ayant été grièvement blessé, malade et non transportable, avait séjourné involontairement à l'étranger dès juin 2007 à janvier 2008 [sic]*".

14. Par courrier du 11 juillet 2008, l'assurance a demandé des précisions quant aux soins prodigués dès le 3 février 2007 en Allemagne et dès le 26 mai 2007 en Pologne (*recte* : Roumanie).
15. Le 14 juillet 2008, l'assuré a précisé que les soins dont il avait fait l'objet en Allemagne le 3 février 2007 étaient consécutifs à une maladie apparue alors qu'il se trouvait en République tchèque, au début de l'année 2007, et qu'il n'était pas transportable. Il a réclamé le remboursement de tous les frais, notamment les montants liés aux traitements dentaires. Se référant apparemment à un courrier de l'assurance faisant état de quittances illisibles, l'assuré a annoncé qu'il requerrait des duplicata en Roumanie après le renvoi des originaux par l'assurance.
16. Le 27 octobre 2008, l'assurance a rendu une décision formelle refusant la prise en charge des soins prodigués en Allemagne et en Roumanie au motif que ces soins constituaient des traitements volontaires sans caractère urgent.
17. L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 29 octobre 2008. Selon lui, tous les traitements subis à l'étranger étaient urgents.
18. Le 19 janvier 2009, l'assurance a refusé le remboursement d'une facture de 367.80 € correspondant à 25 consultations et injections prodiguées du 1^{er} avril au 19 juin 2008 par le Dr D_____, médecin généraliste à Neu-Ulm.
19. Par courrier du 5 février 2009, l'assuré a exigé le remboursement de la facture du Dr D_____.
20. L'assuré a relancé l'assurance par courriers des 24 mai, 15 et 28 décembre 2009.
21. Par décision du 9 février 2010, l'assurance a écarté l'opposition de l'assuré.

L'assurance a souligné que ce dernier, pourtant au bénéfice d'une carte européenne d'assurance-maladie devant être présentée en cas de besoin immédiat de soins médicaux en Europe, n'avait pas fait usage de cette carte lors de ses très fréquents séjours en Allemagne et en France, ce qui permettait de supposer que les traitements reçus dans ces pays ne relevaient pas d'une urgence ou d'une nécessité médicale.

L'assurance a au surplus relevé qu'en Allemagne, l'assuré consultait régulièrement le Dr E _____, dermatologue, et le Dr F _____ (*recte*: D _____). Or, il semblait peu vraisemblable que l'assuré puisse toujours consulter le même médecin en cas d'urgence. Cela ressemblait plutôt à des rendez-vous programmés, sans caractère urgent.

L'assurance a fait remarquer que l'assuré, s'il avait reconnu disposer d'une résidence secondaire à l'étranger lors de ses entretiens téléphoniques, indiquait le contraire dans les questionnaires médicaux qu'on lui avait demandé de remplir.

Enfin, l'assurance avait toutes les raisons de croire que certains documents produits par l'assuré étaient des faux : il était ainsi troublant de constater que le certificat de la Dresse A _____ produit le 8 juillet 2008 ne comportait ni date, ni signature; qui plus est, il n'était pas usuel qu'un médecin indique sur un rapport médical le prix des différents médicaments achetés ou l'heure des analyses.

En conclusion, l'assurance considérait que les médecins consultés hors de Suisse par l'assuré en 2007 et 2008 l'avaient été par convenance personnelle et non dans l'urgence.

22. Le 17 mars 2010, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de dépens, à son annulation et au remboursement de l'intégralité des frais médicaux relatifs aux soins effectués en 2007 et 2008.
23. Invitée à se déterminer, l'assurance (ci-après : l'intimée), dans sa réponse du 21 mai 2010, a conclu au rejet du recours.

L'intimée affirme avoir remboursé des traitements à l'étranger en 2007 et 2008 à hauteur de 9'017 fr. 65. Elle a également pris en charge les suites de l'accident du 8 juin 2007 et se réserve le droit de réclamer la restitution des montants versés s'il devait s'avérer que le recourant en a également obtenu le remboursement par un autre assureur.

L'intimée reproche au recourant de n'avoir pas répondu aux divers questionnaires médicaux qu'elle lui a adressés afin d'obtenir des informations complémentaires sur la nature des traitements subis, ce qui constitue une violation de l'obligation de collaborer justifiant le refus de prestations selon ses conditions générales.

L'intimée estime ne pas disposer des renseignements nécessaires pour se déterminer sur certaines factures.

Pour autant, l'intimée se détermine comme suit.

Les frais postérieurs au 26 juin 2007 sont relatifs aux analyses et au traitement de l'hépatite B et ne relèvent pas de l'urgence dès lors que l'assuré n'a pas été hospitalisé.

La valeur probante du rapport d'analyse établi le 30 juillet 2007 est au demeurant contestée, le nom de l'assuré y figurant à la main, ce qui permet de croire que les données ne le concernent pas.

La valeur probante du certificat du Dr C_____ du 24 juillet 2007 est également remise en cause. Le recourant a en effet produit ce document par courrier manuscrit du 8 juillet 2007, soit 16 jours avant la date à laquelle ce certificat médical est supposé avoir été établi.

Comme déjà relevé dans sa décision, l'intimée doute également de l'authenticité du rapport de la Dresse A_____.

L'intimée ajoute que le fait que l'assuré, lors de son séjour en Roumanie fin septembre 2007, ait procédé à diverses analyses et acheté des médicaments, ne démontre pas l'urgence du traitement.

Il en va de même des soins intervenus en septembre 2007 en Allemagne (pour une bronchite, un traitement de la prostate et un trouble de l'érection), de ceux prodigués par les Drs G_____ et D_____ en septembre 2007, janvier et avril 2008 et par le Dr D_____ en septembre 2008 : aucune indication médicale ne permet de conclure à leur caractère impératif, d'une part, aucun élément du dossier ne permet d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante qu'un retour en Suisse était médicalement impossible, d'autre part. Les médicaments Cialis®, Gerovital®, Orthomol Arthro®, Vastarel® acquis par le recourant à l'étranger ne sont pas des remèdes à administrer dans des atteintes urgentes, pas plus que le Baraclude®. Quant au relevé de carte de crédit, il ne mentionne pas le nom de son titulaire.

L'intimée rappelle en outre que seuls sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins les frais des traitements urgents lorsque l'assuré séjourne *temporairement* à l'étranger. Selon elle, on peut se demander si tel est bien le cas du recourant, qui semble s'être installé en Allemagne.

A l'appui de sa position, l'intimée produit notamment le relevé des factures et documents transmis par le recourant, dont il ressort qu'en 2007 et 2008, l'intimée a refusé la prise en charge de factures et quittances de pharmacies à hauteur de 24'791 fr. 11 et qu'elle a remboursé pour la même période des prestations à hauteur de 9'017 fr. 65, dont certaines ont été fournies en Allemagne et en Roumanie.

L'intimée produit également des copies des documents transmis par le recourant à l'appui de ses demandes de remboursement, soit en très grande majorité des ordonnances établies par des médecins roumains et allemands, accompagnées de tickets de pharmacie - dont certains ne sont guère lisibles -, de plusieurs factures d'analyses de laboratoires roumains, de factures de médecins allemands et de factures d'ostéopathes en France, comprenant notamment les factures établies pour les soins dentaires ayant fait l'objet des décisions du 22 mars et du 24 mai 2007.

En tant que de besoin, la Cour de céans reviendra en détail sur ces documents dans la partie "En droit".

24. Le recourant s'est déterminé en date du 26 juillet 2010.

Il reproche à l'intimée de lui avoir adressé plusieurs courriers à son domicile en Suisse alors qu'elle le savait "bloqué à l'étranger pour des raisons médicales", ce qui explique, selon le recourant, son défaut de collaboration. A cela s'ajoute que sa voiture a été dévalisée le 14 août 2007, alors que de nombreux certificats et factures médicaux s'y trouvaient.

Le recourant affirme ne pas avoir de résidence secondaire en Allemagne mais y rendre fréquemment visite à sa tante.

Il soutient que tous les traitements médicaux dont il a réclamé la prise en charge étaient urgents car requis par des affections extrêmement graves et soudaines, compliquées par ses problèmes aigus de diabète. Il souffre en outre d'ostéoporose, ce qui diminue sa mobilité et rend ses déplacements plus difficiles. Dans ces conditions, le recourant soutient que la notion de traitement nécessaire à l'étranger revêtirait ainsi une portée particulière.

Il ajoute que seul le Baraclude® était envisageable pour traiter son hépatite B.

Le recourant produit notamment les pièces suivantes:

- une attestation du Dr D_____ du 2 juillet 2010, indiquant que le recourant n'a fait appel à lui qu'en cas d'urgences aiguës (*sic*);
- une attestation de la Dresse G_____ du 23 juin 2010, confirmant que le recourant n'a bénéficié de ses prestations qu'en cas d'urgences aiguës (*sic*) pour les atteintes suivantes : épistaxis, laryngite chronique, trouble de la ventilation de la trompe d'Eustache, hoquet;
- une carte de stationnement pour handicapé délivrée au recourant;
- un certificat du 28 décembre 2009 du Dr H_____, spécialiste FMH en médecine générale, dont il ressort qu'en juillet 200, le recourant était traité par Lamivudine®, avant que le Dr I_____ - à Bucarest - n'instaure un traitement par Baraclude®, en raison d'une érythrodermie secondaire à la Lamivudine®.

25. Par écriture spontanée du 9 août 2010, le recourant a précisé que les frais qui ne lui ont pas été remboursés s'élèvent à 14'688 fr. 50 pour 2007 et à 15'197 fr. 35 pour 2008. Il produit les décomptes de l'intimée en attestant.

Le recourant se défend d'avoir obtenu le remboursement des suites de l'accident par une autre assurance et en veut pour preuve le fait qu'il ait produit l'original de la facture y relative. Le recourant produit une déclaration adressée à la compagnie d'assurance CHARTIS, relatant l'accident du 8 juin 2007 en ces termes: "*Un bus a subitement reculé et a heurté la jambe droite, Mr W_____ est tombe sus ses 2 genoux, le bus a fuit (sic)*".

Il ajoute souffrir d'ostéochondrite aux deux genoux et fournit un certificat en attestant, établi le 4 avril 2008 par le Dr J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

Quant au décompte de carte de crédit produit, le recourant fait remarquer que les montants y figurant correspondent exactement à ceux des analyses et médicaments prescrits.

Il soutient qu'il appartenait à l'intimée de s'adresser directement aux médecins à l'étranger pour obtenir des informations

Enfin, il allègue avoir pris contact avec l'intimée par téléphone avant de bénéficier de soins.

26. Dans son écriture du 27 août 2010, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

L'intimée fait remarquer qu'il incombait au recourant d'annoncer un éventuel changement d'adresse, ce qu'il n'a pas fait. Elle était donc légitimée à lui écrire à son domicile.

Selon l'intimée, les affirmations de l'assuré sur sa résidence sont peu claires, voire erronées.

Il est inexact d'affirmer qu'il a été hospitalisé de juin à septembre 2007 en Roumanie car aucune facture n'en atteste.

Il apparaît que le recourant a également déclaré son accident en Roumanie à l'assurance CHARTIS.

Quant aux certificats des Drs C_____, G_____ et D_____, ils n'apportent aucune information médicale concrète permettant de justifier le caractère urgent des soins dispensés à l'étranger. Ils concernent en outre des faits datant de trois ans.

S'agissant du diabète dont souffre le recourant, l'intimée soutient que le fait de se rendre à l'étranger alors que l'on sait qu'on risque d'avoir besoin de soins médicaux doit être qualifié de traitement volontaire à l'étranger, conformément à la jurisprudence.

Enfin, l'intimée affirme que l'analyse de certains documents manuscrits a révélé que l'écriture du recourant est identique aux indications manuscrites de la Dresse A_____ dans son certificat du 8 juillet 2007. Une ordonnance du Dr H_____ semble également avoir été rédigée par le recourant. L'intimée en conclut que le recourant a lui-même rédigé certains documents médicaux, ce qui relève d'une fraude à l'assurance, voire de l'escroquerie.

L'intimée requiert la production par l'assurance CHARTIS du décompte des prestations versées par cet assureur de 2007 à 2008.

27. Le 1^{er} octobre 2010, l'intimée a produit le rapport de MONDIAL ASSISTANCE du 29 septembre 2010.

Il en ressort que, selon les informations fournies par la Dresse A_____, cette dernière a bien traité le recourant mais n'a jamais établi le document daté du 8 juillet 2007. Le médecin précise que ce n'est pas son écriture qui y figure et qu'il

n'a jamais reçu ni demandé des honoraires de 3'000 €. En revanche, les traitements décrits sont conformes à la réalité. Le médecin explique garder des ordonnances vierges pré-signées sur son bureau et émet la supposition que le recourant s'est procuré le document en question durant un moment d'inattention de sa part.

28. Par écriture du 20 octobre 2010, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il explique qu'il n'est pas insulino-dépendant - comme cela ressort d'une analyse du 13 juin 2008 - et que des traitements par voie orale sont suffisants. Il estime dès lors choquant d'affirmer que les traitements qu'il subit à l'étranger sont volontaires au motif qu'il sait qu'il risque d'avoir besoin de soins lorsqu'il quitte la Suisse.

Le recourant allègue par ailleurs que l'analyse de sang du 7 décembre 2007 démontre la virémie d'hépatite B qui le rendait extrêmement contagieux et non transportable, tout comme l'analyse d'urine du 27 septembre 2007 démontre la présence de la bactérie *Escherichia coli*, nécessitant des antibiotiques dont le remboursement a été refusé par l'intimée.

29. Par courrier du 25 octobre 2010, la Cour de céans a requis du recourant la production du décompte des prestations de CHARTIS.

30. Par écriture du 3 novembre 2010, le recourant a contesté avoir falsifié l'ordonnance du 8 juillet 2007.

Il admet l'avoir lui-même rédigée, "à la demande de la Dresse A _____", qui l'aurait ensuite signée avant d'y apposer son tampon.

Pour le reste, le recourant produit une copie de sa police d'assurance CHARTIS, dont il souligne qu'il s'agit d'une assurance-vie sans lien avec les prestations pour maladie (le document joint est une police d'assurance conclue avec CHARTIS stipulant un capital en cas de décès et d'invalidité).

31. Le 11 novembre 2010, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle relève que l'annonce téléphonique de problèmes de santé à l'étranger ne préjuge pas de l'obligation de prise en charge par l'assurance.

Elle affirme que les rapports d'analyse ne permettent pas de déterminer pour quels traitements le remboursement est requis.

Pour le surplus, elle répète qu'en vertu de son obligation de diminuer le dommage, un assuré souffrant d'une maladie chronique telle que le diabète doit se procurer une quantité suffisante de médicaments avant un séjour à l'étranger afin d'éviter des frais hors de Suisse.

32. Le 25 novembre 2011, l'intimée a en outre produit une déclaration établie le 4 octobre 2010 par la Dresse A _____, accompagnée d'une traduction en anglais. Le médecin conteste avoir jamais reçu un montant de 3'000 €, avoir signé une quittance pour ce montant et avoir rédigé la note d'honoraires présentée par le recourant à l'intimée.

Considérant que le recourant s'était donc rendu coupable d'un délit, l'intimée a annoncé qu'elle déposerait plainte pénale à son encontre pour faux dans les titres.

33. Par courrier du 8 octobre 2011, l'intimée a informé la Cour de céans qu'un entretien avait eu lieu avec le conseil du recourant afin de trouver une issue amiable au litige. En l'absence du recourant, cette tentative avait échoué. Le recourant refusant toute négociation, une plainte pénale était sur le point d'être déposée, portant sur la falsification de 21 ordonnances médicales, pour une somme totale de 9'644 fr. 05.
34. Par courrier du 11 novembre 2011, l'intimée a confirmé avoir déposé plainte en date du 10 novembre 2011 pour faux dans les titres et escroquerie à l'assurance.
35. Le 8 décembre 2011 (ATAS/1239/2011), la Cour de céans a suspendu la procédure jusqu'à droit connu dans la procédure pénale dirigée contre le recourant.
36. Le 2 octobre 2012, le Ministère public a informé la Cour de céans que la procédure en était toujours au stade de l'enquête préliminaire de police, le recourant étant hospitalisé à l'étranger.
37. Par courrier du 7 décembre 2012, le Ministère public a indiqué à l'intimée que le recourant n'avait pu être entendu dans le cadre de l'enquête préliminaire de police. Son lieu d'hospitalisation n'ayant pu être identifié, il avait été placé sous avis de recherche.
38. Le 23 avril 2013, la Cour de céans a ordonné la reprise de la procédure.
39. Par courrier du 8 mai 2013, le conseil du recourant a informé la Cour de céans qu'il cessait d'occuper.
40. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimée le 13 mai 2013 et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle a repris la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010; RSG E 2 05).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont notamment celui des tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55 LAMal).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56ss LPGA).

Le litige porte sur le droit au remboursement des traitements auxquels le recourant s'est soumis à l'étranger en 2007 et 2008, à l'exception des frais liés aux soins dentaires consécutifs à l'accident déclaré en février 2007 (frais dont la prise en charge a fait l'objet d'une décision sur opposition entrée en force).

4. En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. Selon l'art. 34 al. 2 première phrase 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.

Se fondant sur cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 36 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal ; RS 832.102). Aux termes de disposition, 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 un traitement.

Il est donc déterminant que l'assuré ait subitement besoin 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 (ATF non publié 9C_11/2007 du 4 mars 2008, consid. 3.2 ; ATFA non publié K 65/03 du 5 août 2003, consid. 2.2).

5. Conformément à l'art. 52 al. 1 let. b LAMal (en corrélation avec les art. 34 et 37e OAMal), l'Office fédéral de la santé publique, après avoir consulté la Commission fédérale des médicaments et conformément aux principes des art. 32 al. 1 et 43 al. 6 LAMal, établit une liste, avec des prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités, annexe 4 de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [OPAS; RS 832.112.31]). Aux termes de l'art. 73 OAMal, l'admission dans une liste peut être assortie d'une limitation; celle-ci peut notamment se rapporter à la quantité ou aux indications médicales. De telles limitations constituent des instruments de contrôle de l'économicité et non pas une forme de rationalisation des prestations (RAMA 2001 p. 158 consid. 2d). Elles ont également pour but d'exclure ou de limiter la possibilité d'utiliser de manière abusive des médicaments de la liste des spécialités (ATF 129 V 32 consid. 5.2).

La liste des spécialités a un caractère à la fois exhaustif et contraignant. La prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire d'une prestation correspondant à un produit thérapeutique suppose en principe que le médicament en cause figure dans la liste des spécialités. En d'autres termes, le système légal exclut la prise en charge

par l'assurance obligatoire des soins d'une prestation sous forme de produit thérapeutique si elle n'est pas mentionnée dans la liste des spécialités (RAMA 2003 p. 299, consid. 3.2 ; ATFA non publié K 147/06 du 9 janvier 2008, consid. 4.1). En particulier, même si un médicament est prescrit par un médecin et est efficace, approprié et économique au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, il n'a pas à être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins s'il ne figure pas sur la liste des spécialités (ATF 134 V 83 consid. 4.1).

6. En vertu de l'art. 43 al. 3 LAMal, le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur. En cas de traitement hospitalier, l'hôpital atteste la part du canton et celle de l'assureur de manière séparée. Le Conseil fédéral règle les détails. L'art. 43 al. 4 LAMal dispose que l'assureur peut exiger des renseignements supplémentaires d'ordre médical. L'art. 57 al. 4 prévoit que le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies. Conformément à l'art. 57 al. 6 première phrase LAMal, les fournisseurs de prestations doivent donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leurs tâches selon l'al. 4. S'il n'est pas possible d'obtenir ces informations par un autre moyen, le médecin-conseil peut examiner lui-même l'assuré; il doit en informer préalablement le médecin traitant et lui communiquer le résultat de l'examen. Si les circonstances le justifient, l'assuré peut toutefois exiger que l'examen soit effectué par un médecin autre que le médecin-conseil.
7. Selon l'art. 43 al. 1 première phrase LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 43 al. 3 LPGA prévoit que si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable.

Le principe inquisitoire n'est ainsi 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 193 consid. 2). L'assureur social se heurtant à un manque de collaboration d'une partie peut, après lui avoir impartit un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état

du dossier. Le cas échéant, il pourra rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entend tirer un droit ne sont pas démontrés (ATF 129 V 267 consid. 5.3).

L'obligation de prester de l'assureur-maladie suppose des indications fiables notamment sur les investigations et les traitements. A cet égard, il convient de poser des exigences élevées en matière d'obligation de collaborer de l'assuré et de valeur probante des documents relatifs aux traitements hors de Suisse, d'autant plus que les possibilités de vérification par l'assureur à l'étranger sont restreintes (ATFA non publié K 222/05 du 29 août 2006, consid. 4.2). En effet, les assureurs-maladies ne peuvent appliquer les art. 42 al. 3 et 4 et 57 al. 6 LAMal à l'encontre de prestataires étrangers. Il en résulte une obligation étendue pour l'assuré de collaborer à la récolte des données nécessaires à la décision. Les assurés ont ainsi l'obligation de fournir à l'assurance les factures originales, les dates du traitement, les diagnostics, les prestations médicales et leur coût, le lieu du traitement et le nom et l'adresse des prestataires étrangers. Le traitement doit en définitive être compréhensible et vraisemblable (Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung in Soziale Sicherheit*, SBVR, 2^{ème} éd. 2007, n. 486 p. 563).

8. 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 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; ATFA non publié I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2).

Le juge des assurances sociales n'est lié par les constatations et l'appréciation du juge pénal ni en ce qui concerne la désignation des prescriptions enfreintes, ni quant à l'évaluation de la faute commise. En revanche, il ne s'écarte des constatations de fait du juge pénal que si les faits établis au cours de l'instruction pénale et leur qualification juridique ne sont pas convaincants, ou s'ils se fondent sur des considérations spécifiques du droit pénal, qui ne sont pas déterminantes en droit des assurances sociales (ATF 125 V 237 consid. 6a; ATFA non publié U 85/00 du 15 décembre 2000, consid. 1a).

9. Il convient d'examiner les prétentions du recourant à la lumière des considérants qui précèdent.
10. En préambule, s'agissant de l'obligation étendue de collaborer du recourant, il faut souligner que l'intimée l'a invité à plusieurs reprises à lui remettre les documents originaux fondant ses prétentions et à fournir des précisions d'ordre médical sur les

traitements allégués (cf. notamment courriel de l'intimée du 24 janvier 2008 et ses demandes des 28 février et 11 juillet 2008). Le recourant n'a pas obtempéré et n'a pas transmis les documents permettant de clarifier un éventuel droit aux prestations, soit les rapports médicaux détaillés et les originaux, de sorte qu'il doit supporter les conséquences de l'absence de preuves.

11. En ce qui concerne les traitements que le recourant allègue avoir subis en Roumanie et qui n'ont pas été pris en charge, la Cour de céans relève ce qui suit.

- a) Compte tenu des éléments du dossier, on peut tout d'abord sérieusement douter de leur réalité.

S'agissant en particulier de l'accident qui aurait entraîné les soins litigieux en juin 2007, le recourant a déclaré le 5 mars 2008 que sa jambe droite avait heurté un crochet de voiture. Sa version de l'accident à CHARTIS fait toutefois état d'un bus qui l'aurait percuté avant de prendre la fuite. On s'explique mal de telles divergences.

Par ailleurs, il ressort sans aucun doute possible des investigations de l'intimée que la Dresse A_____ n'est pas l'auteur du certificat du 8 juillet 2007, qui porte pourtant sa signature. On doit en conclure que ce document est un faux fabriqué par le recourant. Les explications de ce dernier, qui a admis avoir lui-même rédigé ce certificat à la demande de la Dresse A_____, ne sont guère crédibles et, qui plus est, contredites par les déclarations de la Dresse A_____ elle-même.

Quant aux autres ordonnances censées émaner de la Dresse A_____, il est troublant de constater qu'elles sont établies sur des documents très différents: plusieurs ordonnances portent ainsi un en-tête "Helcor" (cf. pièces A 43 à A 52 du chargé de l'intimée), une autre est établie sur une fiche portant l'en-tête "Ketanov" (cf. pièce A 75 de l'intimée), une ordonnance a été rédigée sur un document comportant une publicité pour "Lucetam" (cf. pièce A 106), d'autres ordonnances sont établies sur un formulaire neutre (cf. pièces A 70 et A 91 de l'intimée), une autre encore porte une publicité pour "MeloXicam" (pièce A74). S'il n'est pas inconcevable que les médecins établissent des ordonnances sur des documents pré-imprimés que leur procurent des entreprises pharmaceutiques à des fins publicitaires, il est néanmoins étonnant que la Dresse A_____ utilise autant de supports différents en si peu de temps, puisque les traitements en cause se sont déroulés sur quelques mois en 2007. Force est également de constater que l'écriture de la Dresse A_____ varie singulièrement d'une ordonnance à l'autre.

On trouve également parmi les justificatifs remis par le recourant deux documents prétendument établis par le Dr K_____. Le premier (pièce A55) est une note d'honoraires de 500 €, rédigée sur une ordonnance dont la calligraphie ressemble beaucoup à celle figurant sur le certificat du 8 juillet 2007 de la Dresse A_____ (dont on rappellera que le recourant a admis l'avoir rédigée de sa main). Le second (pièce A 70) est une prescription de médicaments et

l'écriture du Dr K _____ sur ce document diffère complètement de la pièce A55. On ne peut ainsi pas admettre l'authenticité de la note d'honoraires en cause.

b) En outre, le caractère urgent des traitements prétendument reçus en Roumanie n'est nullement établi.

En particulier, rien ne permet d'admettre que le retour du recourant en Suisse n'était pas exigible. On notera que celui-ci n'a pas été hospitalisé et qu'aucun des certificats émanant de médecins sur place n'atteste d'une impossibilité pour le recourant de rentrer en Suisse, conditions posées par la jurisprudence pour admettre le caractère urgent d'un traitement à l'étranger.

Les allégations du recourant selon lesquelles l'hépatite B le rendait hautement contagieux et, de ce fait, "non transportable" ne sont en particulier guère convaincantes, dès lors que l'hépatite B se transmet par voie sanguine ou sexuelle et que cette pathologie ne nécessite pas de mise en quarantaine. De plus, si le recourant avait présenté un danger de contagion, il aurait selon toute vraisemblance été hospitalisé.

Un certificat portant l'en-tête du Dr C _____ et daté du 24 juillet 2008 affirme certes que l'assuré était "blessé, malade et non transportable de juin 2007 à janvier 2008". Compte tenu des différences de forme par rapport au premier certificat de ce médecin du 7 avril 2008, on peut cependant douter que le Dr C _____ en soit bien l'auteur. Quoi qu'il en soit, même si tel était le cas, ce médecin n'a pas administré de soins durant cette période, de sorte qu'on voit mal comment il peut attester de l'état du recourant. Enfin, le contenu de ce certificat est contredit par le fait que le recourant a quitté la Roumanie pour l'Allemagne, où il a séjourné du 10 au 17 septembre 2007 comme cela ressort des factures dont il a requis le remboursement (cf. pièces A 80 à A 90 de l'intimée). A l'issue de ce séjour, il a une nouvelle fois regagné la Roumanie, comme en attestent les dates des ordonnances et des tickets de pharmacie émis dans ce pays. Le recourant était ainsi parfaitement capable de voyager durant cette période et aurait donc pu regagner la Suisse pour y recevoir l'éventuel traitement médical que son état de santé nécessitait.

c) S'agissant à présent des consultations en Allemagne, on relèvera en premier lieu que le recourant tombe sous le champ d'application personnel du Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, en vigueur au moment des soins dont le remboursement est requis.

Selon l'art. 22 ch. 1 let. a dudit règlement, le travailleur qui satisfait aux conditions requises par la législation de l'État compétent pour avoir droit aux prestations, compte tenu, le cas échéant, des dispositions de l'article 18, et dont l'état vient à nécessiter immédiatement des prestations au cours d'un séjour sur le territoire d'un autre État membre, a droit aux prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, selon les

dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'il y était affilié, la durée de service des prestations étant toutefois régie par la législation de l'État compétent.

Ainsi, il suffit à l'assuré de présenter la carte européenne d'assurance-maladie pour bénéficier - dans le pays où il séjourne temporairement - des prestations obligatoires selon la législation de ce pays, sans devoir verser d'avance pour les frais de traitement (Christoph ROHRER, *Der Umfang des Versicherungsschutzes der schweizerischen obligatorischen Krankenversicherung bei vorübergehendem Aufenthalt im EU-Ausland*, RSAS 2007, p. 504 ss).

Le recourant aurait dès lors pu demander la prise en charge des prestations à l'étranger en se fondant sur le droit international.

La doctrine admet toutefois que les assurés peuvent choisir s'ils entendent faire valoir une prestation en vertu de l'art. 36 al. 1 OAMAl ou de l'art. 22 ch. 1 let. a du règlement (CEE) n°1408/71 (EUGSTER, *op. cit.*, n. 503 ss). On ne peut donc tirer argument – comme le fait l'intimée - du fait que le recourant n'a pas fait valoir ses droits en vertu des accords internationaux. Son droit à la prise en charge des prestations doit ainsi être examiné uniquement à la lumière de l'art. 36 al. 2 OAMAl.

Une fois encore, les déclarations du recourant sur la nature des traitements sont contradictoires et permettent de mettre sérieusement en doute leur vraisemblance. En effet, le recourant a dans un premier temps annoncé des lésions dentaires accidentelles justifiant les soins reçus dès le 3 février 2007 à Neu-Ulm (cf. sa déclaration du 23 février 2007), alors qu'il a évoqué dans son courrier du 14 juillet 2008 des soins consécutifs à une maladie survenue en République tchèque au début de l'année 2007. Au demeurant, si l'on devait s'en tenir à cette dernière version, force est de constater que si le recourant pouvait effectuer le trajet de la République tchèque en Allemagne pour s'y faire traiter, il était également exigible de sa part qu'il regagne son domicile genevois pour y recevoir des soins.

Qui plus est, le recourant échoue ici aussi à démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante le caractère urgent des traitements en Allemagne.

Certes, le Dr D_____ a attesté que le recourant ne l'avait consulté qu'en cas d'urgence. Le certificat de ce médecin ne mentionne toutefois aucun diagnostic et ne spécifie pas non plus la nature des urgences, de sorte qu'on ne saurait lui accorder de valeur probante, d'autant qu'il paraît de plus douteux que le recourant ait subi pas moins de vingt-cinq véritables urgences en moins de trois mois.

Quant au certificat de la Dresse G_____ du 23 juin 2010, s'il invoque des "urgences aiguës", force est d'admettre à la lecture des principaux diagnostics (épistaxis – c'est-à-dire un saignement de nez – hoquet et laryngite chronique) qu'il ne s'agit pas là d'urgences telles qu'elles sont définies à l'art. 36 al. 2 OAMAl. En effet, non seulement ces atteintes sont sans gravité, mais elles ne nécessitent en principe pas des soins immédiats par un médecin. Il était ainsi possible pour le recourant de rentrer en Suisse pour y recevoir les soins éventuellement nécessaires.

A cet égard, il conviendra de souligner que dans deux arrêts portant sur l'urgence de soins administrés à l'étranger, le Tribunal fédéral a pris en considération le coût d'un retour en Suisse pour déterminer s'il était exigible de l'assuré qu'il rentre pour obtenir des soins (ATFA non publiés K 7/02 du 23 août 2002 et K 83/01 du 31 août 2001). En l'espèce, le recourant, selon ses déclarations, rendait visite à sa tante en Allemagne. La lecture des différentes factures permet d'ailleurs de constater qu'il se rend fréquemment à Neu-Ulm, ville de Bavière. Compte tenu de la relative proximité de cette ville avec le domicile du recourant et du fait que le voyage n'avait d'autre but que de voir sa tante, il était exigible du recourant qu'il écourte son séjour en cas de problèmes de santé afin de consulter ses médecins habituels à Genève. En particulier, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que ses atteintes rendent les déplacements plus difficiles et qu'il y a lieu d'en tenir compte dans l'appréciation du caractère urgent des traitements à l'étranger. En effet, la fréquence de ses déplacements dans plusieurs pays d'Europe suffit à démentir ses allégations sur ses difficultés à voyager.

d) Quant aux nombreux médicaments acquis en Roumanie et en Allemagne, il sied de préciser que leur achat tombe également sous le coup de l'art. 36 OAMal. Partant, dès lors que le caractère urgent des consultations médicales lors desquelles ils ont été prescrits n'est pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante, on ne peut non plus considérer que leur acquisition ne souffrait aucun report.

On notera de plus, s'agissant des médicaments destinés au traitement du diabète, que le recourant est atteint de cette maladie de longue date, de sorte que la condition de l'imprévisibilité du traitement - à laquelle est subordonné le remboursement de prestations à l'étranger - n'est pas remplie.

En outre, plusieurs médicaments dont le recourant réclame le remboursement ne figurent pas dans la liste des spécialités. Tel est notamment le cas du Cialis®, destiné aux troubles de l'érection (ordonnance du 4 juillet 2007, pièce A 61; ticket du 13 septembre 2007, pièce A 87; ordonnance du 15 décembre 2007, pièce A 114), de la crème Vichy Liftactiv® (ordonnance du 1^{er} juillet 2007, pièce A 72), du Strepils® (ordonnance et ticket du 26 septembre 2007, pièce A 93), du Gerovital® (pièces A 106, A 107, A 145).

Par ailleurs, certains des médicaments ont été prescrits en Suisse et achetés en Roumanie, en Allemagne ou en Espagne (ordonnance du 4 octobre 2007 du Dr J. R. RICK, spécialiste FMH en médecine générale, pièce A 108; ordonnances des 10 et 23 octobre 2007, de mai 2008, du 10 juin 2008 du Dr Jean-Marie ROSSI, spécialiste FMH en pneumologie, pièces A 110, A 111, A 135 et A 139; ordonnances du 27 novembre et des 14, 28 et 29 décembre 2007 du Dr H_____, pièces A 112, A 113, A 115 et A 116; ordonnance du Dr B_____ du 19 mai 2008, pièce A 134), ce qui démontre que leur acquisition n'avait rien d'urgent.

12. Eu égard aux considérations qui précèdent, la Cour de céans constate que le caractère urgent des prestations intervenues à l'étranger et dont le recourant réclame le remboursement n'a pas été établi au degré de vraisemblance requis. Le recours est donc rejeté et les décisions de l'intimée confirmées.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE 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) ; 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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