

GE_GERICHTE ATAS/321/2021 vom 12. April 2021

GE Cour de justice, 2021-04-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_321_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/321/2021 du 12 avril 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/321/2021 del 12 aprile 2021

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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.

E. 2

a. Le délai de recours est de trente jours (art. 56ss LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Aux termes de l'art. 30 LPGA, tous les organes de mise en œuvre des assurances sociales ont l'obligation d'accepter les demandes, requêtes ou autres documents qui leur parviennent par erreur. Ils en enregistrent la date de réception et les transmettent à l'organe compétent. Selon l'art. 39 al. 2 LPGA en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompetent, le délai est réputé observé.

A/1590/2018 - 15/23 - b. En l'espèce, le recourant a contesté auprès de l'intimée la décision sur opposition du 27 mars 2018, par courrier du 25 avril 2018, de sorte qu'il a agi en temps utile. Son écriture doit donc être considérée comme un recours à l'encontre de cette décision. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 89B LPA et art. 36 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 [LaLAMal - J 3 05]).

E. 3

a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_87/2007 du 1er février 2008 consid. 1.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1). La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne

doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). b. En l'occurrence, le litige, déterminé par la décision sur opposition du 27 mars 2018, porte sur l'obligation de l'intimée, en sa qualité d'assureur-maladie obligatoire, de prendre en charge les factures relatives aux séjours hospitaliers du recourant à Londres, pour la période du 26 juillet au 31 décembre 2017, pour un montant de £ 301'604.-. Si le litige peut être étendu aux factures postérieures au 31 décembre 2017, dès lors qu'il s'agit du même complexe de faits et que l'intimée s'est prononcée en contestant toute obligation de prise en charge du traitement effectué à Londres, une éventuelle participation de l'intimée au titre de l'assurance complémentaire n'entre pas en considération dans le cadre de la présente procédure, laquelle concerne uniquement l'assurance-maladie obligatoire.

E. 4

a. 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 LAMal.

A/1590/2018 - 16/23 - Selon l'art. 25 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 (al. 1). Ces prestations comprennent (al. 2) : les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico- social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins (let. a ch. 1), des chiropraticiens (let. a ch. 2), des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (let. a ch.3), les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (let. b), une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin (let. c), les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin (let. d), le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (let. e), le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (let. f bis), une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage (let. g), les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. b (let. h). L'art. 32 al. 1 LAMal stipule que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal). Selon l'art. 34 al. 2 let. a LAMal, le Conseil fédéral peut prévoir la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 LAMal qui sont fournies à l'étranger pour des raisons médicales ou dans le cadre d'une coopération transfrontalière, à des assurés qui résident en Suisse. b. Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) intitulé « Prestations à l'étranger ».

E. 5

a. Conformément à l'art. 36 al. 1 OAMal, le Département fédéral de l'intérieur désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 de la loi dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse. Une liste de ces prestations n'a cependant pas été établie (ATF 131 V 271 consid. 3.1). Selon la

jurisprudence, une exception au principe de la territorialité selon l'art. 36 al. 1 OAMal en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal n'est admissible que dans deux éventualités du point de vue de la LAMal. Ou bien il n'existe aucune possibilité de traitement de la maladie en Suisse ; ou bien il est établi, dans un cas particulier, qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés (RAMA 2003 n. KV 253 p. 229 consid. 2). Il s'agira, en règle ordinaire, de traitements qui requièrent une technique hautement spécialisée ou de traitements complexes de maladies rares pour lesquelles, en raison

A/1590/2018 - 17/23 - précisément de cette rareté, on ne dispose pas en Suisse d'une expérience diagnostique ou thérapeutique suffisante (Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd, n. 482). En revanche, quand des traitements appropriés sont couramment pratiqués en Suisse et qu'ils correspondent à des protocoles largement reconnus, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge d'un traitement à l'étranger en vertu de l'art. 34 al. 2 LAMal. C'est pourquoi les avantages minimes, difficiles à estimer ou encore contestés d'une prestation fournie à l'étranger, ne constituent pas des raisons médicales au sens de cette disposition ; il en va de même du fait qu'une clinique à l'étranger dispose d'une plus grande expérience dans le domaine considéré (ATF 134 V 330 consid. 2.3 ; ATF 131 V 271 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_566/2010 du 25 février 2011 consid. 3). Le critère économique n'est pas déterminant pour autoriser la prise en charge d'un traitement médical dispensé à l'étranger par l'assurance obligatoire des soins ; seul importe le point de savoir s'il existe un traitement alternatif en Suisse (arrêt du Tribunal fédéral 9C_177/2017 du 20 juin 2017 consid. 6.2 et les références). Une interprétation stricte des raisons médicales doit être de mise (ATF 134 V 330 consid. 2.4 ; ATF 131 V 271 consid. 3.2 et la référence à GUY LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, thèse Lausanne 2004, p. 262 ; dans le même sens EUGSTER, in op. cit., ch. 482). Il convient en effet d'éviter que les patients ne recourent à grande échelle à une forme de « tourisme médical » à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. À cet égard, il ne faut pas perdre de vue que le système de la LAMal est fondé sur le régime des conventions tarifaires avec les établissements hospitaliers. Une partie du financement des hôpitaux repose sur ces conventions (art. 49 LAMal). Ce serait remettre en cause ce financement - et la planification hospitalière qui lui est intrinsèquement liée - que de reconnaître aux assurés le droit de se faire soigner aux frais de l'assurance obligatoire dans un établissement très spécialisé à l'étranger afin d'obtenir les meilleures chances de guérison possibles ou de se faire traiter par les meilleurs spécialistes à l'étranger pour le traitement d'une affection en particulier. À terme, cela pourrait compromettre le maintien d'une capacité de soins ou d'une compétence médicale en Suisse, essentiel pour la santé publique (cf. par analogie, s'agissant des impératifs susceptibles d'être invoqués pour justifier une entrave à la libre prestation des services dans l'Union Européenne en matière de soins hospitaliers : arrêts de la Cour de Justice des Communautés Européennes [CJCE] du 13 mai 2003, MÜLLER-FAURE et VAN RIET, rec. I p. 4509, points 72 ss. et du 12 juillet 2001, SMITS et PEERBOOMS, rec. I p. 5473, points 72 ss.). C'est une des raisons d'ailleurs pour lesquelles l'assuré n'a pas droit, en l'absence de raisons médicales, au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse. En ce sens l'assuré ne peut pas se prévaloir du droit à la substitution de la prestation (voir ATF 126 V 332 consid. 1b).

A/1590/2018 - 18/23 - b. Aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal, 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. S'agissant de la condition d'urgence, ce qui est déterminant 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2). Toutefois, le caractère approprié du retour à domicile ne s'apprécie pas exclusivement selon des critères médicaux. Il convient en effet de prendre en considération l'ensemble des circonstances du cas d'espèce. Il est ainsi compréhensible qu'un assuré, en proie à des douleurs aiguës, se rende sans plus attendre chez un médecin situé au lieu de séjour pour une première consultation et l'éventuelle prescription d'un médicament (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 7/02 du 23 août 2002 consid. 4). Par ailleurs, les coûts du retour à domicile doivent notamment se situer dans un rapport raisonnable avec les frais (arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 24/04 du 20 avril 2005 consid. 5.4 et K 7/02 du 23 août 2002 consid. 4). Lorsqu'un retour en Suisse est inapproprié, la prise en charge du traitement à l'étranger reste soumise aux limites de l'art. 36 al. 4 OAMal et il y a lieu de s'assurer que les critères d'efficacité et d'économicité sont également pris en compte (ATF 128 V 75 consid. 4 b ; ATF 131 V 271).

L'assurance-maladie suisse n'est pas tenue de prendre en charge les frais en lien avec une aggravation lorsqu'il existe un lien de connexité matériel et temporel entre l'atteinte à la santé requérant des soins urgents à l'étranger et un traitement à l'étranger qui n'est pas à charge de l'assurance-maladie suisse. Il n'est pas déterminant que la maladie nécessitant l'aide médicale urgente fût prévisible ou même qu'il existât une certaine probabilité qu'elle survînt (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 81/05 du 13 avril 2006). Il suffit en principe que l'atteinte à la santé qui doit être traitée d'urgence fasse partie des risques possibles du traitement non couvert à l'étranger. Constituent de tels risques toutes les maladies qui peuvent être favorisées par le traitement. Il en va différemment seulement s'il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la maladie nécessitant des soins urgents serait également survenue sans le traitement en question (ATF 145 V 185 consid. 4.3 et les références).

E. 6

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

A/1590/2018 - 19/23 - b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA ; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA ; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY/Bettina KAHIL-WOLFF/Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation 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 ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; ATF 122 V 157 consid. 1a ; ATF 117 V

261 consid. 3b et les références). c. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 7

a. En l'espèce, la chambre de céans observe d'emblée que la prise en charge en Angleterre ne saurait en aucun cas être considérée comme une urgence, dès lors que le recourant y a été transféré délibérément, à l'initiative de sa famille qui a organisé le déplacement, afin que la poursuite du traitement et la réhabilitation puissent se faire non seulement en anglais, mais également dans un établissement situé à proximité du lieu de résidence de la famille. Ce déplacement volontaire à l'étranger exclut donc précisément le caractère d'urgence d'une prestation médicale. On relèvera encore à toutes fins utiles que si les premiers messages du recourant, succincts et imprécis, pouvaient laisser sous-entendre qu'il aurait été victime d'un AVC en Angleterre qui aurait nécessité une hospitalisation d'urgence, l'intéressé n'a pas allégué, en cours de procédure, qu'il aurait présenté de nouvelles affections suite à son arrivée à Londres, sans lien avec celles qui ont motivé la poursuite du traitement à l'étranger. Il ressort au contraire clairement de ses écritures qu'il a continué à y être soigné pour les troubles diagnostiqués à Genève en mars 2017. Que le Dr F_____ ait signalé une dégradation de l'état de santé et indiqué que le recourant devait être considéré comme un « patient médical » et non en réhabilitation (cf. lettres des 31 juillet et 7 août 2017) n'est pas pertinent, étant encore précisé que ce médecin n'a pas fait état de troubles survenus à Londres sans lien de connexité avec ceux déjà présentés à Genève.

A/1590/2018 - 20/23 - b. Le recourant ne peut donc pas prétendre à la prise en charge de ses frais de traitement sur la base d'une urgence médicale.

E. 8

a. La chambre de céans constate ensuite que les affections présentées par le recourant sont médicalement bien connues et que les HUG disposent d'une expérience diagnostique et thérapeutique suffisante à cet égard. En dépit de la gravité et du cumul des pathologies dont souffre le recourant, ces atteintes ne requièrent pas une technique hautement spécialisée indisponible en Suisse. Le recourant ne soutient d'ailleurs pas qu'il aurait bénéficié d'un traitement expérimental inexistant en Suisse. Et le Prof. I_____ a expressément mentionné que le patient avait été transféré dans un service de spécialisation « équivalente » (cf. rapport du 7 juin 2018), ce qui démontre la possibilité de traitement en Suisse. b. Force est donc de conclure, au vu de leur caractère standard, que les prestations médicales dont a bénéficié le patient à Londres auraient pu être fournies en Suisse.

E. 9

a. Reste à examiner le critère de l'existence de risques importants et notablement plus élevés, dans l'éventualité d'un traitement en Suisse par rapport à une alternative de traitement à l'étranger. b. Le recourant remet en cause la qualité des soins reçus, affirmant

notamment que les médecins des HUG auraient posé un diagnostic erroné, auraient introduit une canule de mauvaise taille et n'auraient pas détecté assez rapidement certains troubles. Il ne produit cependant pas le moindre document venant étayer ses allégations. D'ailleurs, le Dr F_____, spécifiquement interrogé par le recourant sur une éventuelle négligence de la part des médecins suisses, n'a pas retenu que la qualité de la prise en charge aux HUG n'aurait pas atteint un niveau acceptable. Il n'a pas non plus indiqué qu'il aurait procédé différemment s'il avait été appelé à intervenir plus tôt. Enfin, il a mentionné qu'il n'aurait pas attribué les AVC à des vascularites car, de son point de vue, « les signes ne pointaient pas vers ce diagnostic », ajoutant que le temps leur « avait donné raison ». Il n'a cependant pas remis en cause le diagnostic principal de méningo-encéphalite associée à une vasculite compliquée d'AVC ischémiques pontiques latéraux et temporal profond droit (cf. résumé de séjour du 28 mai 2017 de la Dresse D_____). Il a conclu son appréciation en indiquant qu'une négligence serait très difficile à prouver, en cas d'action judiciaire (cf. lettre du 17 avril 2018). Aucun indice ne vient conforter les allégations du recourant selon lesquelles il n'aurait pas bénéficié d'un traitement adéquat et efficace. c. Le recourant soutient également qu'il a pu bénéficier, à son arrivée à Londres, d'une surveillance personnelle, ce qui n'était pas le cas à Genève, et qu'un plan de rééducation intensive a été mis en place, avec des horaires précis et l'intervention de plusieurs spécialistes.

A/1590/2018 - 21/23 - S'il est compréhensible que le recourant ait entendu privilégier un séjour dans des cliniques privées et bénéficier de prestations plus personnalisées, dont notamment une surveillance individuelle et une prise en charge thérapeutique sur mesure, et rendre son hospitalisation la plus confortable possible, pour ses proches et pour lui, il sied de rappeler que seul importe le point de savoir s'il existe un traitement alternatif en Suisse et qu'un avantage thérapeutique minime d'une prestation fournie à l'étranger ne saurait justifier une dérogation au principe de territorialité. Les avantages médicaux doivent s'interpréter restrictivement. En l'occurrence, rien ne permet de penser que l'intéressé aurait été en danger en raison d'une surveillance insuffisante à Genève. En outre, il ressort des rapports des HUG que le patient a, quotidiennement et dès le début, été pris en charge par des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des logopédistes, en fonction de sa motivation et de sa fatigue. d. Enfin, le recourant se prévaut de problèmes linguistiques, dès lors qu'il ne parle pas le français et que le personnel soignant ne pouvait communiquer à satisfaction en anglais. Il souligne qu'une bonne compréhension était indispensable pour favoriser sa rééducation. Comme rappelé précédemment, des avantages minimes ne constituent pas des raisons médicales au sens de la réglementation en vigueur. Que le recourant et sa famille aient souhaité que les soins soient prodigués dans une langue qu'ils maîtrisent s'explique aisément. Mais cela ne signifie pas pour autant que les HUG ne pouvaient pas lui assurer une prise en charge adéquate. À cet égard, les attestations du Prof. I_____, selon lesquelles les mesures de soins et de rééducation étaient sévèrement limitées, voire impossibles en raison de la barrière de la langue, n'emportent pas la conviction de la chambre de céans. Le recourant n'est certainement pas le seul patient non francophone pris en charge par les HUG. Quant aux explications du professeur selon lesquelles la durée du traitement aurait pu être réduite par des thérapies dispensées en anglais, il est rappelé que selon la jurisprudence, le critère économique n'est pas déterminant pour autoriser la prise en charge d'un traitement médical dispensé à l'étranger par l'assurance obligatoire des soins. e. Il appert donc que le critère de l'existence de risques importants et notablement plus élevés, dans l'éventualité d'un traitement en Suisse par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, n'est pas non plus réalisé.

E. 10

En l'absence d'offre de preuve et de pièce corroborant les allégations du recourant, la chambre de céans retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que les traitements dispensés à la « London Clinic » puis au « Wellington Hospital » n'ont pas été effectués en raison d'une urgence médicale, qu'il existait bien une possibilité de traitement en Suisse et que les mesures thérapeutiques qui y auraient été dispensées ne comportaient pas des risques importants et notamment

A/1590/2018 - 22/23 - plus élevés, par rapport à l'alternative des traitements dont le recourant a bénéficié à Londres.

E. 11

Par conséquent, une exception au principe de la territorialité n'est pas admissible dans le cas présent. Rien ne justifie en effet qu'une caisse-maladie suisse (soit l'assurance obligatoire des soins) prenne en charge les coûts du traitement poursuivi à l'étranger.

E. 12

Enfin, en l'absence de raisons médicales justifiant le traitement effectué à Londres, le recourant n'a pas droit au remboursement d'un montant équivalent aux frais qui auraient été occasionnés si le traitement avait eu lieu en Suisse.

E. 13

À toutes fins utiles, la chambre de céans relèvera encore que le recourant, soit pas plus lui que sa famille, ne se sont renseignés auprès de l'intimée avant d'organiser son transfert pour Londres ni ne l'ont même informée. Ce transfert a été envisagé dès le 1er juin 2017, comme en atteste la lettre de transfert du Dr E_____ rédigée en anglais. Or, le recourant n'a pris contact avec l'intimée que le 23 août 2017. Il lui a alors transmis des informations qui apparaissent volontairement lacunaires, parfois même fausses, puisqu'il a mentionné une hospitalisation à Londres en raison d'un AVC, omettant de préciser que ce trouble était survenu à Genève (cf. courriel du 23 août 2017). Il a précisé qu'il s'agissait d'une « urgence médicale », sans référence aucune à son séjour aux HUG (cf. courriel du 27 septembre 2017 et courrier du 27 février 2018). Il a exposé qu'il n'était pas en mesure de voyager (cf. courriel du 13 novembre 2017 et courrier du 27 février 2018), passant sous silence son transfert volontaire, qui est immanquablement de nature à contredire l'impossibilité de voyager, étant rappelé que l'état de santé du recourant s'est, selon ses dires, amélioré grâce aux soins prodigués à Londres. Spécifiquement interrogé sur une consultation antérieure en Suisse, il a même répondu à l'intimée qu'il n'y en avait pas eu (cf. courriel du 8 février 2018). Bien que questionné à plusieurs reprises sur les circonstances de son transfert, tant par l'intimée que par la chambre de céans, le recourant n'a pas apporté les renseignements requis.

E. 14

Eu égard à tout ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge le traitement dispensé à Londres dès le mois de juin 2017.

E. 15

Le recours, en tous points mal fondé, est rejeté.

E. 16

L'intimée n'a pas droit à l'allocation de dépens. En effet, selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré (ATF 126 V 143 consid. 4). Partant, aucune indemnité ne lui sera accordée de ce chef.

E. 17

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

A/1590/2018 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.