

GE_GERICHTE ATAS/576/2013 vom 6. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_576_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/576/2013 du 6 juin 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/576/2013 del 6 giugno 2013

Erwägungen

E. 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.

E. 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.

E. 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.

E. 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.

E. 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.

E. 38

Le 23 avril 2013, la Cour de céans a ordonné la reprise de la procédure.

E. 39

Par courrier du 8 mai 2013, le conseil du recourant a informé la Cour de céans qu'il cessait d'occuper.

E. 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 1er 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).

A/935/2010 - 11/19 - 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

A/935/2010 - 12/19 - 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 imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état

A/935/2010 - 13/19 - 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 prêter 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, 2ème 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'écarter 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

A/935/2010 - 14/19 - 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

A/935/2010 - 15/19 - 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. Quoiqu'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

A/935/2010 - 16/19 - 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/935/2010 - 17/19 - 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 1er 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 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.

A/935/2010 - 18/19 - 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 LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/935/2010 - 19/19 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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