

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3017/2009

ATAS/49/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 19 janvier 2010

En la cause

Madame M _____, domiciliée à GENEVE, CH, représentée par CSP-CENTRE SOCIAL PROTESTANT M. N _____ recourante

contre

MUTUEL ASSURANCES, domicilié Rue du Nord 5, intimé
MARTIGNY

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Patrick MONNEY et Eugen MAGYARI,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1967, de nationalité philippine, employée en qualité de domestique auprès d'une mission diplomatique sise à Genève, est assurée en 2009 et depuis plusieurs années auprès de la caisse Mutuel Assurance (ci-après l'assureur ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire de soins (AH), les soins complémentaires de niveau 1 (SC) et l'assurance Mundo (MU).
2. La recourante est partie en vacances aux Philippines le 15 décembre 2008 pour un mois. Le 8 janvier 2009, elle s'est rendue chez le médecin à l'hôpital sur place. Dans son recours, elle indique avoir pris rendez-vous pour un check up. Ensuite, en audience de comparution personnelle, elle précise qu'elle a consulté car elle avait remarqué une différence de grandeur de son sein gauche, qui était plus petit que d'ordinaire. Divers examens sont pratiqués ce jour-là, dont une mammographie et une tumeur est suspectée.
3. Le 9 janvier 2009, le médecin confirme à la recourante la présence d'une tumeur au sein d'environ 4 centimètres et la convoque pour pratiquer une biopsie le 13 janvier. La biopsie est pratiquée sous anesthésie durant 1 heure et demie le 13 janvier. Elle révèle une tumeur de 7 centimètres. Le médecin conseille à la patiente de se faire opérer sans tarder, précisant qu'à défaut, son espérance de vie est limitée à 2 ans.
4. La recourante est hospitalisée le 20 janvier, elle subit une opération le 21 janvier, soit l'ablation totale du sein gauche, sous anesthésie durant 2 heures. Elle sort de l'hôpital le 23 janvier. Le 12 février, elle subit divers examens (contrôle du sein, ultrason du foie). Le 23 février, une scintigraphie des os est pratiquée, afin d'écarter une suspicion de métastases. La recourante est hospitalisée à nouveau les 27 et 28 février afin de commencer une première série de chimiothérapie.
5. Après son retour à Genève le 16 mars 2009, la recourante adresse à l'assureur diverses factures concernant les soins prodigués aux Philippines pour un total de 210'437 pesos philippins, soit 4'922 fr. 20. La recourante répond au questionnaire de l'assureur du 2 avril 2009, puis, suite à la demande du 28 avril, elle envoie le 10 juin les pièces dont elle dispose.
6. Par décision du 17 juin 2009, l'assureur refuse la prise en charge des soins médicaux. Il estime qu'en l'absence d'un rapport opératoire détaillé et du descriptif des soins prodigués, il est impossible de se prononcer sur la prise en charge et sur la notion d'urgence.
7. Le 19 juin 2009, la recourante adresse à l'assureur un courrier détaillant une partie des soins reçus et leur coût, pour un total de 199'830 pesos. Il lui est indiqué que ce courrier ne vaut pas opposition. La recourante forme ensuite valablement

opposition à la décision par courrier du 25 juin 2009, représentée par M. N_____.

8. Par décision sur opposition du 31 juillet 2009, après un nouvel examen de la situation et sur avis de son médecin conseil, l'assureur confirme son refus de prise en charge des frais médicaux et hospitaliers du 8 janvier au 28 février 2009 pour un total de 210'437 pesos, soit 4'922 fr. 20.
9. Par acte du 20 août 2009, l'assurée forme recours contre la décision sur opposition, elle conclut à l'annulation de celle-ci et à ce qu'il soit ordonné à l'assureur de lui rembourser l'intégralité des factures transmises. Elle fait valoir que la position de l'assureur est inadmissible, compte tenu de l'urgence à opérer, de sa situation personnelle et du fait que le coût des soins aux Philippines est bien moindre qu'en Suisse. Elle produit à l'appui de son acte l'ensemble des contrats d'assurance conclus avec Mutuel assurance selon la LAMAL et la LCA.
10. Dans son mémoire réponse du 21 septembre 2009, l'assureur conclut au rejet du recours. Il fait valoir que l'assurée s'est rendue à l'hôpital aux Philippines par choix pour y faire un simple check up, alors qu'il faut que le patient se rende à l'hôpital pour un cas d'urgence, afin que la condition légale de l'urgence soit réalisée, à savoir que l'assurée ait subitement besoin et de manière imprévue d'un traitement à l'étranger. Le fait qu'une tumeur au sein a été dépistée lors de cet examen de routine n'est pas déterminant. De plus, la recourante pouvait attendre de rentrer en Suisse pour se faire soigner. Au demeurant, le caractère moins onéreux du traitement n'est pas une exception au principe de la territorialité.
11. Lors de l'audience de comparution personnelle du 20 octobre 2009, la recourante a confirmé avoir consulté en raison d'une anomalie constatée au sein gauche et que *"le médecin m'a conseillé d'opérer tout de suite car sinon mon espérance de vie ne dépassait pas deux ans"*. L'assureur a précisé que la question du délai de prise en charge de la patiente en Suisse après son retour n'avait pas été examinée. A l'issue de l'audience, il a été décidé que l'assureur examinerait le droit aux prestations selon l'assurance Mundo et solliciterait des informations complémentaires du médecin conseil.
12. Par écriture complémentaire du 20 novembre 2009, l'assureur fait valoir que l'assurée aurait modifié sa version des faits pour les besoins de la cause, s'agissant des motifs de la consultation du 8 janvier 2009, que le cancer provoquait un gonflement du sein et non un rétrécissement ce qui démontrait les contradictions de la recourante, que celle-ci pouvait rentrer en Suisse pour se faire soigner, car le délai d'attente entre la première consultation et l'ablation du sein était de 10 jours en Suisse et que par ailleurs, elle avait acheté des gouttes pour les yeux, sans lien avec son cancer. Pour terminer, l'assureur confirme son refus de prise en charge par l'assurance Mundo, celle-ci n'intervenant qu'en complément de l'assurance LAMal.

D'une part, il n'y avait pas urgence au sens de la LAMal et d'autre part, l'assurance Mundo excluait la prise en charge des traitements volontaires à l'étranger.

13. Par ses observations du 14 décembre 2009, la recourante fait valoir que l'article 7 des conditions particulières de l'assurance Mundo ne vise pas son cas, mais celui d'assurés se rendant à l'étranger dans le but de s'y faire soigner. Elle a découvert sa maladie aux Philippines et, sur le conseil des médecins consultés, elle s'est fait soigner au plus vite, c'est-à-dire dans la foulée du diagnostic posé, angoissée par la gravité de sa maladie et sans réfléchir au fait de savoir si la jurisprudence suisse considérerait son cas comme urgent. La recourante verse à la procédure une publicité concernant l'assurance Mundo qui indique en particulier "*Vos vacances sans souci.... Une assurance pour tous vos séjours à l'étranger, l'assurance Mundo vous assure toute l'année, en cas de maladie ou d'accident survenant à l'étranger.... Elle prend en charge les traitements ambulatoires et les hospitalisations...*".
14. Sur ce, la cause a été gardée à juger et les parties en ont été informées par courrier du 16 décembre 2009.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant des contestations prévues à l'art. 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (Loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. Lors de sa demande de remboursement à l'assurance, l'assurée n'a pas précisé sur la base de quelle couverture d'assurance elle sollicitait le paiement des frais encourus. Lors de la saisine du Tribunal, l'assurée a produit à l'appui de son acte l'ensemble des assurances conclues, y compris celles soumises à la LCA. En cours de procédure, l'assurance a accepté d'examiner et s'est prononcée sur la question de la prise en charge par l'assurance Mundo, soumise à la LCA. Il y a donc lieu de considérer, par économie de procédure, que l'acte de l'assurée du 20 août 2009 est un recours contre la décision rendue sous l'empire de la LAMAL et une demande en paiement déposée en application de la LCA.

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss. LPGA). Formée dans le respect des conditions prévues à l'art. 89B de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), la demande du 20 août 2009 est recevable.
5. L'objet du litige porte sur la prise en charge, par l'intimée, des frais engendrés par les interventions chirurgicales et les soins prodigués à la recourante aux Philippines du 8 janvier eu 28 février 2009.
6. Selon l'article 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^{er}). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés en milieu hospitalier (al. 2 let. a) ainsi que le séjour en division commune d'un hôpital (al. 2 let. e). Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale: lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2). Ces critères doivent également s'appliquer lorsqu'il s'agit de déterminer sous l'angle de l'efficacité, laquelle de deux mesures médicales entrant alternativement en ligne de compte, doit être choisie au regard de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 304 consid. 6.1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal).
7. En vertu de l'article 34 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral peut notamment décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues à l'art. 25 al. 2 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Selon l'article 36 al. 2 OAMal, fondé sur la délégation de compétence de l'art. 34 al. 2 LAMal, les traitements prodigués à l'assuré ne sont pris en charge par l'assurance qu'en cas d'urgence, à savoir lorsque des soins médicaux doivent être administrés sans tarder et qu'il n'est pas possible ou pas approprié d'imposer à

l'assuré de retourner dans son lieu de domicile pour les recevoir (cf. ATFA non publié du 14 octobre 2002, K 128/01, consid. 4.1). Même dans les cas où un retour en Suisse est inapproprié - ce qui correspond à un cas d'urgence selon l'art. 36 al. 2 OAMal - la prise en charge du traitement à l'étranger reste soumise aux limites de l'art. 36 al. 4 OAMal 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).

L'article 36 al. 2 OAMal précise encore qu'il n'y a pas d'urgence lorsqu'un assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre un traitement.

De jurisprudence constante, il convient, par la locution « raisons médicales » figurant à l'art. 34 al. 2 LAMal, d'entendre soit des cas d'urgence, soit des cas dans lesquels il n'y a pas, en Suisse, d'équivalent de la prestation à fournir (voir ATF 128 V 77 consid. 1b). Ce qui est donc déterminant dans le premier cas, c'est que l'assuré ait subitement besoin, et de manière imprévue, d'un traitement à l'étranger. Il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (ATFA non publié au Recueil officiel du 5 août 2003, K 65/03, consid. 2.2 et la référence).

8. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).
 9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Il n'existe donc pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
- a) Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté que le coût du traitement aux Philippines est moins élevé qu'à Genève, ni qu'il était utile et nécessaire de procéder à une

ablation du sein et à une chimiothérapie, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner si le critère d'économicité ou d'efficacité s'opposerait à la prise en charge des frais, en cas d'urgence. Le traitement dispensé doit donc être considéré comme efficace, approprié et économique, de sorte que seule la condition de l'urgence prévue aux articles 36 LAMal et 34 OAMal doit être examinée.

- b) La question de savoir si la tumeur a été détectée lors d'un check up de pure convenance ou en raison d'une anomalie au sein est sans importance. En effet, la condition de l'urgence n'a pas à être réalisée dans tous les cas au moment de la consultation. De graves douleurs peuvent justifier l'urgence d'une consultation, mais non pas de l'opération nécessaire à la guérison, qui peut attendre, et, à l'inverse, une consultation de routine peut révéler une affection grave et qui doit être traitée sans délai. De même, le fait de savoir si le sein paraît gonflé ou plus petit à la patiente est sans pertinence, le diagnostic d'une tumeur étant avéré.

Ainsi, la condition de l'urgence doit être examinée sous l'angle des traitements dispensés et elle est réalisée si la recourante avait subitement besoin, et de manière imprévue, de l'opération et du traitement prodigués aux Philippines. Tel est le cas si des raisons médicales s'opposaient à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaissait inapproprié.

Le délai entre le diagnostic du 13 janvier et l'hospitalisation de la recourante le 20 janvier pour une opération, est de 7 jours. En principe, le fait qu'une semaine se soit écoulée entre la consultation et l'opération démontre l'absence d'urgence de l'intervention chirurgicale, sauf si ce délai s'explique par une situation locale particulière (hôpital distant, conditions de transport difficiles, conditions sanitaires précaires), ce qui n'est pas le cas. Il y a donc lieu d'admettre dans un premier temps que, du point de vue objectif, la recourante pouvait rentrer à Genève pour y subir une intervention chirurgicale.

- c) Ainsi, si la recourante était rentrée à Genève comme prévu le 15 ou le 16 janvier 2009, on peut raisonnablement présumer qu'en fonction de la gravité de l'atteinte, elle aurait été opérée dans un bref délai, peut-être pas le 21 janvier, mais suffisamment rapidement pour éviter toute aggravation de son état de santé. Ainsi, il y a lieu de retenir que la condition de l'urgence n'est pas réalisée. Le recours sera donc rejeté.

10. Les assurances complémentaires pratiquées par les assureurs-maladie sont soumises au droit privé et régies par la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA; art. 12 al. 2 et 3 LAMal).
11. En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches

d'assurances complémentaires (arrêts du Tribunal administratif E. du 29 août 2000, D. du 3 novembre 1998 et B.H. du 9 décembre 1997).

Une disposition qui limite le risque assuré n'est valable que si elle exclut de l'assurance certains événements de manière précise et non équivoque. Savoir si une telle condition est remplie dans le cas concret se détermine d'après le sens généralement donné dans le langage courant aux termes utilisés. Il ne s'agit pas de s'en tenir d'emblée à la solution la plus favorable à l'assuré. Il est vrai néanmoins qu'une clause d'exclusion doit être interprétée "restrictivement" (ATF 118 II 342 consid. 1a; 116 II 189 consid. 2a).

En effet, la LCA ne contient pas de règle d'interprétation des contrats. Comme elle renvoie au code des obligations (CO) pour tout ce qu'elle ne règle pas elle-même (art. 100 LCA), la jurisprudence en matière de contrats est applicable. D'après celle-ci, les conditions générales font partie intégrante du contrat. Les dispositions contractuelles préformulées sont en principe interprétées selon les mêmes règles que les clauses contractuelles rédigées individuellement (ATF 122 III 118 consid. 2a; 117 II 609 consid. 6c p. 621). Le juge s'efforcera, en premier lieu, de déterminer la commune et réelle intention des parties, sans s'arrêter aux expressions et dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de leur convention (art. 18 al. 1 CO; ATF 127 III 444 consid. 1 b).

S'il ne parvient pas à établir avec sûreté cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance; ATF 122 III 118 consid. 2a, 118 II 342, consid. 1a p. 344-345, 112 II 245, consid. II/1c p. 253-254). Le principe de la confiance permet d'imputer à une partie le sens objectif de son comportement, même si celui-ci ne correspond pas à sa volonté intime (ATF 127 III 279 consid. 2c/ee p. 287 et les références doctrinales; voir aussi ATAS 1162/2006). Une disposition contractuelle ne sera toutefois interprétée en défaveur de l'assureur que lorsqu'il s'avère, après une interprétation soigneuse et objective, qu'elle peut de bonne foi être comprise de différentes façons (SJ 1996 p. 623).

- 12 a) En l'espèce, les conditions particulières de l'assurance Mundo (MU, édition 01.07.2000), conclue par l'assurée en 2006, prévoient notamment que la somme assurée de 100'000 fr. est destinée, en dehors de la Suisse et du Liechtenstein, notamment au remboursement des traitements ambulatoires reconnus au sens de la LAMal, des hospitalisations pour des traitement reconnus au sens de la LAMal (article 6 chiffres 1 et 2), mais qu'elle est exclue si l'assuré décide de se faire traiter volontairement à l'étranger (article 7 chiffre).

- b) Les conditions particulières de l'assurance de soins complémentaires (SC, édition 01.07.2000) prévoient expressément que les prestations prévues ne sont versées qu'en complément de celles de l'assurance obligatoire des soins (article 3 chiffre 2). Aucune clause similaire n'est prévue dans les conditions particulières de l'assurance Mundo. Ainsi, le texte clair du contrat conclu prévoit que les prestations de l'assurance Mundo peuvent être versées alors même qu'aucune prestation n'est due selon l'assurance de base.

Ainsi, la seule condition d'octroi des prestations qui fait référence à la LAMal par les conditions particulières Mundo est que le traitement soit reconnu par la LAMal, ce qui n'est pas contesté en l'espèce.

- c) Selon les conditions particulières Mundo, la somme assurée ne peut être mise à contribution lorsque l'assuré décide de se faire traiter volontairement à l'étranger ou pour des maladies déjà en traitement et non consolidées (article 7 chiffres 1 et 2).

En l'espèce, l'assurance affirme que l'absence d'urgence lors de la première consultation et lors de l'intervention chirurgicale implique que l'assurée a décidé volontairement de se faire traiter. L'assurée est d'un avis contraire, de sorte qu'il n'est pas possible d'établir avec certitude la réelle et commune volonté des parties.

Il convient donc d'examiner de quelle façon les conditions particulières pouvaient, de bonne foi, être comprises. En premier lieu, le texte des conditions particulières ne mentionne aucune condition d'urgence à l'octroi des prestations. Si telle avait été la volonté de l'assureur, il aurait alors dû le préciser expressément. En second lieu, l'exclusion prévue lorsque l'assuré décide de se faire traiter volontairement ne peut pas être assimilée à l'urgence. En effet, le sens littéral des deux notions est trop divergent pour admettre que tel serait le cas. En troisième lieu, si les prestations étaient conditionnées à l'urgence de l'intervention à l'étranger, la conclusion d'une assurance spécifique n'aurait aucun intérêt puisqu'elle assurerait des prestations déjà couvertes par l'assurance de base. Finalement, la publicité faite pour l'assurance Mundo, bien qu'elle ne fasse pas partie des conditions particulières d'assurance met en lumière le sens de cette assurance: il s'agit de la faculté de se faire soigner à l'étranger en vacances, au lieu de rentrer, pour autant que la maladie survienne à l'étranger, que les soins soient admis par la LAMal et que leur coût ne soit pas excessif.

Ainsi, il faut comprendre de bonne foi que la phrase "*l'assuré décide de se faire traiter volontairement à l'étranger*" signifie que les prestations sont exclues seulement si l'assuré décide de se rendre à l'étranger dans le but de s'y faire soigner, de sorte qu'il sait, avant son départ, qu'il est malade.

- d) Dans le cas d'espèce, l'assureur n'allègue pas et aucun élément du dossier ne permet de penser que la recourante avait connaissance ou même avait un doute quand à l'existence de la tumeur cancéreuse du sein et serait donc allée à dessein aux

Philippines pour s'y faire soigner. A fortiori, aucun traitement n'était en cours ou non consolidé au moment de son départ en vacances. Il a déjà été établi que les soins prodigués sont reconnus par la LAMal et que leur coût est modique.

Ainsi, aucun motif d'exclusion des prestations de l'assurance Mundo n'est réalisé, de sorte que l'assureur doit prendre en charge l'intégralité des frais litigieux. S'agissant du montant, il s'agit de la totalité des frais encourus, soit 4'922 fr. 20 avec intérêts à 5% dès l'opposition formée le 25 juin 2009. A noter, d'une part, que les gouttes pour les yeux prescrites entrent dans les traitements reconnus au sens de la LAMal et d'autre part, que leur coût spécifique, manifestement minime, n'est pas clairement lisible sur la facture produite, de sorte qu'il ne se justifie pas de l'exclure. La demande en paiement au sens de la LCA est donc fondée.

13. Ainsi, le recours est rejeté, mais la demande est admise. Une indemnité de 750 fr. sera allouée à la recourante, qui obtient gain de cause.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours et la demande recevables.

Au fond :

2. Rejette le recours.
3. Admet la demande.
4. Condamne MUTUEL ASSURANCES à prendre en charge les traitements et les frais d'hospitalisation de la recourante aux Philippines du 8 janvier au 28 février 2009 et à lui rembourser la somme de 4'922 fr. 20, avec intérêts à 5% dès le 25 juin 2009.
5. Condamne MUTUEL ASSURANCES au versement d'une indemnité de procédure en faveur de la recourante de 750 fr.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Maryse BRIAND

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le