

# **GE\_GERICHTE ATAS/1168/2013 vom 25. November 2013**

GE Cour de justice, 2013-11-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1168\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1168_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1168/2013 du 25 novembre 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1168/2013 del 25 novembre 2013

## **Regeste**

Résumé: Le bulletin de versement orange mentionne expressément dans le champ en haut à droite "pas de communication". Un éventuel motif inscrit dans ledit champ n'est pas communiqué au créancier que le débiteur fasse son paiement au guichet ou par système électronique. Par conséquent, le détail du paiement mentionné par la recourante dans le champ "texte comptable" n'a pas été communiqué au créancier, de sorte qu'elle n'a pas fait de déclaration d'imputation valable au sens de l'art. 86 al. 1 CO.

## **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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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).

### **E. 2**

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 3**

Il convient de relever à titre liminaire que la recourante était liée à ASSURA, assurance maladie et accident, soit une fondation inscrite sous le n° CH – 550.0.126.820 au registre du commerce (ci-après RC). C'est toutefois ASSURA- BASIS SA, inscrite au RC sous le n° CH-550.1.108.192, soit la société à qui ASSURA a transféré ses actifs et passifs selon publication au registre du commerce en mai 2013, qui a répondu au recours sub judice ; de sorte que, conformément au droit fédéral qui prévoit qu'une substitution des parties a lieu de plein droit notamment en cas de reprise des actifs et passifs d'une entreprise au sens de l'art. 181 CO (ATF 106 II 346 consid. 1), la substitution de partie sera prononcée en ce sens que l'intimé devient ASSURA-BASIS SA. Le RC indique que selon contrat du 20 mars 2013 et selon décision de l'autorité de surveillance du 12 avril 2013, la fondation a transféré des actifs de 1'390'429'345 et des passifs envers les tiers de 656'188'606 à ASSURA-BASIS SA. A toutes fins utiles, conformément à l'art. 77 al. 5 LP, ASSURA-BASIS est invitée à informer l'Office des poursuites, en tant que cela n'aurait pas déjà été fait, du changement de créancier.

### **E. 4**

Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 58 et 60 LPGA).

## **E. 5**

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références; ATF 119 V 347; ATFA non publié U 152/01 du 8 octobre 2003, consid. 3; MEYER- BLASER, Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413, in SCHAFFHAUSER/SCHLAURI, Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, St-Gall 2001, p. 19).

A/2076/2013 - 8/17 - 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. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b).

## **E. 6**

En l'espèce, la recourante a conclu à ce: a) qu'il soit ordonné à l'intimée d'établir un décompte final pour la fin de son affiliation pour la fin décembre 2013 ; b) qu'il soit dit qu'elle peut s'affilier à une autre assurance dès le paiement des sommes non contestées et que les sommes contestées peuvent faire l'objet d'un recours après son affiliation à une autre assurance ; et c) que son opposition à la poursuite n° \_\_\_\_\_ soit confirmée. Or, la décision sur opposition litigieuse rejette l'opposition au commandement de payer, poursuite n° \_\_\_\_\_, et dit que l'intimée est fondée à requérir la continuation de ladite poursuite. Elle ne porte par conséquent pas sur les points a) et b) évoqués ci-dessus. De ce fait, en vertu de la jurisprudence suscitée, le litige portera uniquement sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a réclamé à la recourante le paiement du montant de 22 fr. 80 pour le solde impayé des primes d'avril à juin 2012, frais administratifs et intérêts en sus et frais de poursuite non compris, et prononcé la mainlevée des oppositions formées à la poursuite précitée.

## **E. 7**

a) Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (art. 64 LAMal). En vertu de l'art. 90 OAMal, les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois. b) Les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 13 al. 2 let. a LAMal), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la Loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP; RS 281.1). L'art. 64a LAMal, en vigueur depuis le 1er janvier 2012, prévoit ainsi que lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une

A/2076/2013 - 9/17 - sommation, précédée d'au moins un rappel écrit ; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 1). Si, malgré la

somation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2). c) S'agissant de l'obligation de l'assuré de payer les primes d'assurance, il y a lieu d'appliquer les règles générales du code des obligations (CO) relatives à l'exécution des obligations et, en particulier, celles ayant trait au paiement (art. 84 ss CO ; ATAS/407/2004 du 18 mai 2004). Aux termes de l'art. 86 CO, le débiteur qui a plusieurs dettes à payer au même créancier a le droit de déclarer, lors du paiement, laquelle il entend acquitter (al. 1). Faute de déclaration de sa part, le paiement est imputé sur la dette que le créancier désigne dans la quittance, si le débiteur ne s'y oppose immédiatement (al. 2). Cette disposition légale est applicable en matière de cotisations aux assurances sociales. En ce qui concerne l'imputation par le débiteur (Art. 86 al. 1 CO), celui-ci exerce son choix par une déclaration, soit par un acte juridique unilatéral soumis à réception. Cette déclaration interviendra normalement lors du paiement (art. 86 al. 1 CO), mais peut aussi intervenir avant celui-ci ; le débiteur peut également se réserver le droit d'une détermination ultérieure. Il appartient au débiteur d'établir l'existence d'une déclaration d'imputation de sa part et sa conformité avec la prestation litigieuse (ATFA non publié K 89/04 du 18 mai 2005, consid. 4.1 et les références). L'imputation faite par le débiteur peut résulter non seulement d'une déclaration expresse de sa part, mais aussi des circonstances, par exemple de la concordance entre le montant du paiement et celui de l'une de ses dettes. Elle doit cependant être reconnaissable par le créancier (ATF 26 II 412 consid. 4). Faute d'être reconnaissable par la caisse, par exemple par une communication écrite, l'imputation par l'assurée des montants versés sur sa dette de cotisations ne déploie aucun effet. Tel est le cas de mentions manuscrites apposées par l'assurée sur les récépissés postaux non parvenus à la caisse lors du paiement (ATFA non publié K 89/04 du 18 mai 2005, consid. 4.4 et les références). Enfin, lorsque la caisse-maladie est débitrice envers un assuré de prestations non remboursées, celui-ci ne peut pas refuser de payer les primes dues ; il n'est en effet pas en droit d'éteindre cette créance en lui opposant, en compensation, ses propres prétentions à son encontre (ATF 110 V 183 ; ATFA non publié K 7/06 du 12 janvier 2007, consid. 3.2).

## **E. 8**

a) Si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP, auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant

A/2076/2013 - 10/17 - condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGa), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (ATF 131 V 147). b) Selon la jurisprudence, à certaines conditions, les assureurs maladie sont en droit de lever par une décision formelle l'opposition à un commandement de payer portant sur une créance découlant de la LAMal. Les assureurs peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre à la mainlevée entrée en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 LP. Dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation pécuniaire de l'assuré, mais elle

statuera simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée (ATF 119 V 329 consid. 2 et les références).

### **E. 9**

a) L'art. 105b OAMal prévoit que lorsqu'un assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et obligations de l'assuré. La jurisprudence a précisé qu'un assureur-maladie peut réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré lors du versement des primes et de la participation aux coûts, à la condition que ces frais (qu'un paiement en temps utile aurait permis d'éviter) soient imputables à une faute de l'intéressé (ATF 125 V 276). Il y a faute de l'assuré lorsque, par son comportement, il oblige la caisse à lui adresser des rappels pour l'exhorter à payer ses cotisations (ATFA non publié K 28/02 du 29 janvier 2003, consid. 5). b) Par ailleurs, selon l'art. 26 LPGa, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunérateurs. Conformément à l'art. 105a OAMal, ces intérêts s'élèvent à 5 % par année. c) En l'espèce, les conditions générales de l'intimée prévoient que les primes sont payables d'avance aux échéances convenues (art. 15.1), que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires de 5% par année (art. 15.4), et que l'assuré qui, après rappel, ne s'acquitte pas de ses

A/2076/2013 - 11/17 - redevances, fait l'objet d'une mise en demeure (art. 17.1). Si cette sommation n'est pas suivie d'un paiement intégral dans les 5 jours, l'assuré devient immédiatement redevable des primes dues jusqu'à la prochaine échéance et une procédure de recouvrement par voie de poursuite ou faillite est introduite. En cas d'opposition au commandement de payer, l'assureur prononcera, en application de l'article 79 LP et sous forme de décision sujette à opposition au sens de l'article 52 LPGa, la levée d'opposition jusqu'à concurrence du montant dû. L'assuré est astreint à participer aux frais d'édition de rappel et d'établissement de la mise en demeure à raison, respectivement, de 10 fr. et 30 fr..

### **E. 10**

L'art. 7 al. 5 LAMal prévoit que l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus. Il a également conclu que lorsque la communication parvient à l'assureur seulement après l'expiration du délai de résiliation, l'ancien rapport d'assurance s'éteint à la fin du mois duquel l'information tardive parvient à l'assureur précédent (ATF 127 V 38). Le Tribunal fédéral a jugé que le nouvel assureur avait la charge de procéder, si possible à la communication au sens de l'art. 7 al. 5 LAMal à un moment permettant l'admission de l'assuré à la date demandée par ce dernier (ou avec le plus faible retard possible (ATF 130 V 448). Le site internet du service de l'assurance maladie indique que pour signifier son adhésion au 1er janvier de l'année civile auprès d'un nouvel assureur-maladie, il suffit, pour un assuré, de le faire d'ici au 30 novembre, par envoi recommandé (site internet du Service de l'assurance maladie, informations sur l'affiliation à

l'assurance- maladie obligatoire, disponible sur <http://www.ge.ch/assurances/maladie/principes-base.asp?inc=6> [consulté le 5 novembre 2013].

### **E. 11**

a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). 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 et les références ; ATF 130 I 177 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des

A/2076/2013 - 12/17 - preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 177 consid. 3.2 ; ATF 128 III 411 consid. 3.2).

b) Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3). Au demeurant, 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. 12**

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 ; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 (ATF 126 V 322 consid. 5a).

### **E. 13**

En l'espèce, il résulte des pièces du dossier que : - l'intimée a adressé à la recourante, le 24 mai 2012, un rappel pour un montant de 855 fr. 10, auquel étaient joints un bulletin de versement orange préimprimé (portant le numéro de référence 100000013700160120391598669) et un décompte détaillé faisant expressément référence au fait que les primes réclamées couvraient la période d'avril, mai et juin 2012; - la recourante a versé les montants suivants aux dates suivantes :  
Date Montant Objet du versement selon les explications de la recourante dans son recours du 24 juin 2013  
03.07.2012 822 fr. 30 Primes pour février, mars et avril 2012 (258 fr. 90 + 281 fr. 70 + 281 fr. 70)  
25.10.2012 563 fr. 40 Primes pour mai, juin, juillet, août et septembre 2012  
25.10.2012 855 fr. 10 (1'418 fr. 50 = 5 x 281 fr. 70 + 10 fr.)  
10.12.2012 845 fr. 10 Primes pour octobre, novembre et décembre 2012

A/2076/2013 - 13/17 - ( 3 x 281 fr. 70)

- pour le paiement du 3 juillet 2012, la recourante a effectué le versement depuis son compte postal, via Postfinance, et au moyen du bulletin orange qui était joint au courrier de rappel du 24 mai 2012 ; dans le champ intitulé numéro de référence, elle a indiqué le numéro figurant sur ledit bulletin, et dans le champ « texte comptable », elle a indiqué « fév. 258,90 = 7 al5 LAMal + 281 fr. 70 ». La recourante explique ainsi que l'intimée avait l'obligation de réparer le dommage qui résultait du fait que son ancien assureur n'avait reçu l'attestation d'émission que le 27 janvier 2012, en particulier la différence de prime, et qu'elle a donc déduit ladite différence du montant dû au titre de la prime de février 2012. Elle a informé l'intimée du fait qu'elle avait procédé à cette imputation lors du paiement, le 3 juillet 2012, par téléphone, en décembre 2012, et dans l'opposition du 29 décembre 2012. Partant, les 22 fr. 80 réclamés par l'intimé ne sont pas dus. Par ailleurs, elle considère que l'intimée aurait dû rajouter les frais administratif sur les primes suivantes plutôt que de les réclamer par la voie de la poursuite. L'intimée agissait contre elle, l'empêchant, par l'écoulement du temps, de s'affilier à une autre assurance. Elle indique enfin avoir saisi la Cour de céans pour ne pas être astreinte à payer deux fois et faire l'objet de commandements de payer pour des montants dérisoires qui auraient pu faire l'objet d'un simple courrier, ou plutôt, être reportés sur les primes suivantes ou être réclamés avant de quitter l'assurance, dans la mesure où elle se serait enquis de son dû avant de quitter l'assurance. L'intimée, pour sa part, indique qu'elle n'a pas omis de faire une communication au sens de l'art. 7 al. 5 LAMal. Elle n'a donc pas à supporter la différence de prime, comme cela est prévu par cette disposition. En tout état de cause, l'assurée aurait dû lui adresser une demande, ce qu'elle n'a pas fait. Par ailleurs, l'intimée ne s'est acquittée que partiellement des primes dues pour les mois d'avril à juin 2012, échues depuis le 1er avril 2012. Elle a en effet arbitrairement déduit un montant de celui qui lui était réclamé à ce titre, et n'a déclaré l'imputation que dans son opposition du 29 décembre 2012, soit près de 6 mois après son versement.

#### **E. 14**

Sur la base des éléments ci-dessus et de la jurisprudence suscitée, la Cour fait les constatations suivantes : a) la recourante a utilisé, pour procéder au paiement des primes de février, mars et avril, un bulletin de versement orange préimprimé qui lui avait été adressé par l'intimée ; il était aisément reconnaissable pour la recourante quelle était la période couverte par ce bulletin de versement, dans la mesure où il était annexé à un décompte détaillé faisant expressément référence à cette dernière ;

A/2076/2013 - 14/17 - l'imputation est un acte juridique unilatéral soumis à réception; or, dans le cas de l'utilisation de bulletins de versement oranges, il est expressément indiqué, dans le champ en haut à droite desdits bulletins, « pas de communication » ; le numéro de référence préimprimé sur ces documents se suffit en effet à lui-même et a pour but de créditer directement la somme concernée à une créance donnée ; un éventuel motif inscrit dans le champ « texte comptable » n'est pas communiqué au créancier; il n'est donc pas possible de procéder à une imputation par des inscriptions manuelles sur les bulletins de versement « papier»; la recourante ne peut pas non plus tirer argument du fait que le système e- finance de Postfinance prévoit un champ texte comptable ; en effet, la rubrique d'aide de Postfinance relative aux bulletins orange, et plus spécifiquement audit champ, précise ce qui suit : « Notez ici par exemple le motif du paiement. Ce texte n'est pas transmis au destinataire du paiement. [Disponible sur

<https://www.postfinance.ch/pfmobile/help/fr/help/payment/transmon/chf/national/nonrecurringorder/boorder.index.html> [consulté le 21 octobre 2013]. en tout état de cause, et même si la recourante ignorait ce qui précède, il n'en demeure pas moins que ses indications du 3 juillet 2012 n'ont pas été portées à la connaissance de l'intimée ; de ce fait, il n'y a pas eu de déclaration d'imputation valable ; rien ne permettait non plus à l'intimée de déduire du paiement susmentionné que la recourante souhaitait payer non pas les primes d'avril à juin 2012 mais les primes de février à avril 2012, sous déduction du montant correspondant à la différence de primes entre celle qu'elle a dû payer à EGK pour le mois de janvier 2012, et celle qu'elle aurait pu payer si elle avait déjà été affiliée à l'intimée pour ce mois (22 fr. 80) ; par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée a imputé le montant payé par la recourante en juillet 2012 au moyen du bulletin de versement correspondant aux primes d'avril à juin 2012 (822 fr. 30) sur la dette désignée dans la quittance, soit, en d'autres termes, dans les décomptes de primes (art. 86 al. 2 CO) ; b) reste à examiner si le montant de 22 fr. 80, pouvait être valablement déduit de la dette correspondant aux primes des mois d'avril à juin 2012 ; il n'est pas contesté que l'intimée a procédé à la communication requise par l'art. 7 al. 5 LAMal ; la recourante estime toutefois qu'elle ne l'a fait que tardivement et qu'elle doit de ce fait payer la différence de prime ;

A/2076/2013 - 15/17 - l'intimée n'a reçu la demande d'affiliation de la recourante que le 29 décembre 2011, la recourante ne l'ayant envoyée que le 28 décembre 2011 ; dès le 4 janvier 2012, l'intimée est revenue vers cette dernière pour l'informer que sa demande d'affiliation était acceptée mais qu'elle ne prendrait effet que dès le 1er février 2012 ; dans le courant du mois de janvier 2012, elle a confirmé à EGK l'affiliation de la recourante à compter de cette même date ; il faut donc conclure que conformément à la jurisprudence suscitée, le rapport d'assurance de la recourante auprès de son ancien assureur ne pouvait prendre fin qu'à la fin du mois de janvier 2012, et que ce dernier a bien reçu la communication courant janvier 2012 ; par ailleurs, vu ce qui précède et vu les circonstances du cas d'espèce, l'intimée a également respecté le principe posé par la jurisprudence suscitée de procéder à la communication le plus rapidement possible ; il n'est en effet pas possible d'exiger d'une caisse-maladie, qui plus est en période de fêtes, de réceptionner une demande d'affiliation, de la traiter et d'informer l'ancien assureur en un ou deux jours ; cela vaut d'autant plus dans le cas d'espèce, dans la mesure où la recourante avait résilié son contrat d'assurance auprès d'EKG trois mois auparavant, elle pouvait s'adresser en temps voulu à l'intimée, de manière à lui laisser un laps de temps suffisant pour pouvoir traiter sa demande, établir la police d'assurance et les bulletins des primes, et adresser la confirmation à l'ancien assureur avant le 31 décembre 2011 ; par conséquent, l'art. 7 al. 5 LAMal ne trouve pas application ici ; la recourante reste donc devoir la somme de 22 fr. 80 ; à cet égard, elle ne prouve pas, ni même n'affirme, avoir payé ce solde à ce jour ; c) s'agissant des frais de rappel et de sommation, ils sont prévus dans les conditions générales de l'intimée rappelées ci-dessus ; par ailleurs, ces frais ont été engendrés par le comportement de la recourante, qui n'a pas payé les montants qui lui étaient réclamés dans les délais (art. 105 b al. 2 OAMal et jurisprudence suscitée) ; les frais de rappel (10 fr.) et de sommation (30 fr.) sont donc justifiés au vu des circonstances ; ici encore, la recourante ne prouve pas, ni même n'affirme, les avoir réglés à ce jour ; d) enfin, s'agissant des intérêts, ils s'élèvent, pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGa, à 5% l'an (art. 105a OAMal). Les primes sont payables d'avance aux échéances convenues (art. 15 al. 1 CG de l'intimée). En l'occurrence, les

A/2076/2013 - 16/17 - parties ayant convenu d'un paiement trimestriel, elles sont payables au plus tard le 1er jour du premier mois d'un trimestre et portent intérêt dès cette date ; c'est donc à bon droit que l'intimée a fait courir des intérêts à 5% dès le 1er avril 2012 ;

**E. 15**

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté. Partant, la Cour de céans prononcera la mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer, poursuite n°

\_\_\_\_\_.

A/2076/2013 - 17/17 -

**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.