

## **GE\_GERICHTE ATAS/321/2011 vom 29. März 2011**

GE Cour de justice, 2011-03-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_321\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_321_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/321/2011 du 29 mars 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/321/2011 del 29 marzo 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 19**

Compte tenu de la teneur de ce dernier courrier, son dossier a été remis au service juridique en date du 15 avril 2009.

A/1553/2010 - 7/21 - Le 24 avril 2009, ce service a attiré l'attention de l'assurée sur le fait que, si elle contestait le décompte de primes, il lui était loisible de solliciter une décision formelle conformément à l'art. 49 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1).

#### **E. 20**

Par courrier du 1er juillet 2009, l'époux de l'assurée a rappelé à la caisse-maladie qu'il lui restait une note de crédit de 71 fr. 20 qui ne lui avait pas été remboursée. Il autorisait par conséquent son épouse à déduire ce montant de la prime du mois de juillet 2009, ce que celle-ci a d'ailleurs fait le 7 juillet 2009 en ne versant qu'un montant de 467 fr. 20.

#### **E. 21**

Le 31 août 2009, l'assurée a informé la caisse-maladie que son époux et elle étaient à jour dans le paiement des primes et qu'une demande avait été déposée auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS), alors compétent.

#### **E. 22**

Ce même jour, l'assurée a saisi le TCAS d'une action dirigée contre la caisse-maladie et visant à ce qu'il soit constaté que ses primes et celles de sa fille étaient à jour au 31 août 2009. Cette action a été déclarée irrecevable par arrêt du 15 décembre 2009 (ATAS/1655/2009), l'assurée n'ayant pas emprunté les voies de droit prévues par la législation applicable.

#### **E. 23**

Le 5 octobre 2009, l'assurée a une nouvelle fois informé la caisse-maladie que les montants réclamés avaient tous été versés.

#### **E. 24**

Par décision du 4 décembre 2009, la caisse-maladie a considéré que l'assurée était débitrice d'un montant de 873 fr. 70 relatif aux primes de l'assurance-maladie de base échues entre janvier 2008 et décembre 2009. En annexe figuraient un relevé des paiements effectués en 2008 et en 2009, dont il ressort qu'elle avait procédé à des paiements pour un total de 13'492 fr. 70 ainsi qu'un décompte des primes dues pour 2008 et 2009 selon lequel les primes LAMal et LCA qu'elle devait s'élevaient à 10'885.80. Après déduction des paiements et du remboursement de 3'545.fr. 60, le solde encore dû s'élevait à 873 fr. 70, frais de rappel de 8 fr. compris. Par ailleurs, selon cette décision, le dommage de l'assurée

pour la période de janvier à mai 2008 inclus était de 80 fr. ([412 fr. 60 - 396 fr. 60] x 5) et non de 73 fr.

#### **E. 25**

L'assurée n'ayant pas retiré le pli recommandé contenant la décision précitée, cette dernière lui a également été adressée par pli simple le 17 décembre 2009.

#### **E. 26**

Par écriture du 4 janvier 2010 adressée au TCAS, l'assurée s'est opposée à la décision de la caisse-maladie du 4 décembre 2009.

A/1553/2010 - 8/21 - Cette opposition a été déclarée irrecevable par arrêt du 19 janvier 2010 et a été transmise à la caisse-maladie comme objet de sa compétence (ATAS/42/2010).

#### **E. 27**

La caisse-maladie a rendu une décision sur opposition en date du 1er avril 2010 admettant partiellement l'opposition de l'assurée et ramenant sa dette à 337 fr. 30 (primes et frais de rappel inclus). S'agissant du dommage subi par l'assurée, elle a indiqué que le remboursement de la taxe COV devait intervenir une fois par mois de sorte que la différence de primes était de 14 fr. 60 (414 fr. - 398 fr.) soit 73 fr. pour la période de janvier à mai 2008. Par ailleurs, en tenant compte du montant de 538 fr. 40 versé le 17 décembre 2009, les paiements totalisaient 14'104 fr. 10 en 2008 et 2009. Les primes LAMal étaient de 9'889 fr. 80 et les primes LCA de 996 fr. soit un total de 10'558 fr. 50 de sorte que le solde encore dû était de 327 fr. 30 (14'104 fr. 10 - 10'558 fr. 50) A cela s'ajoutent encore 10 fr. de frais administratifs.

#### **E. 28**

En parallèle à l'échange de correspondance entre les parties portant notamment sur les primes dues pour l'année 2010 et la suspension, en 2010, de l'assurance de Lucia pour non-paiement desdites primes, l'assurée a interjeté, le 30 avril 2010, recours auprès du TCAS, concluant préalablement à ce qu'il soit non seulement constaté que les primes concernant sa fille et elle-même avaient été versées mais aussi que le seul contrat d'assurance concernant sa fille, valable en 2010, était celui du 6 décembre 2009. Principalement, elle a sollicité sa libération, au 30 avril 2010, de toute dette envers la caisse-maladie, la condamnation de celle-ci à lui restituer 48 fr. 10, soit le solde de la franchise prélevée deux fois en 2008, et à garantir à sa fille les prestations de l'assurance de base et de la LCA prévues par le contrat d'assurance, et ce sans aucune restriction du 1er janvier 2008 au 30 avril 2010.

#### **E. 29**

Par écriture du 26 mai 2010, l'intimée a requis la jonction de la cause de l'assurée avec celle de son époux. Mettant immédiatement cette requête à exécution, elle n'a déposé qu'un exemplaire de sa réponse. Elle a sollicité le rejet des recours de l'assurée et de son époux et la condamnation de ces derniers, pris solidairement, à lui payer le montant de 1'633 fr. 80 pour les primes échues au 31 décembre 2009, auquel s'ajoutent encore 30 fr. de frais. L'intimée a notamment considéré que les époux étaient débiteurs solidaires conformément à l'art. 163 al. 3 CC et à l'ATF 129 V 90. Elle a en outre retenu 19'182 fr. dus à titre de primes pour 2008 et 2009 et 17'548 fr. 20 de versements effectués par la recourante et son

époux de sorte que le solde encore dû s'élevait à 1'633 fr.80.

**E. 30**

Le 25 juin 2010, la recourante a contesté la jonction. Pour le surplus, elle a confirmé ses précédentes conclusions.

A/1553/2010 - 9/21 -

**E. 31**

De son côté, l'intimée a maintenu ses conclusions par courrier du 6 septembre 2010.

**E. 32**

Par courrier du 8 octobre 2010, la recourante a transmis au TCAS un courrier de son assurance juridique, FORTUNA, dont il ressort qu'elle est à jour avec le paiement des primes jusqu'en septembre 2010. Les autres documents remis sont, pour certains, des documents faisant d'ores et déjà partie de la procédure et, pour d'autres, des pièces concernant la participation de 10% et la franchise.

**E. 33**

Le 13 octobre 2010, l'intimée a adressé au TCAS la copie d'un courrier du même jour, envoyé à la recourante, dont il ressort qu'elle n'a payé ni franchise ni quote-part auprès du précédent assureur pendant les mois de janvier à mai 2008.

**E. 34**

Par courriers des 15 novembre et 4 décembre 2010, la recourante a encore remis au TCAS plusieurs documents concernant la franchise et/ou la participation.

**E. 35**

Le 20 décembre 2010, la caisse-maladie a transmis au TCAS la preuve du paiement de 73 fr. et conclu à l'allocation de dépens en raison du « travail énorme » de la part de plusieurs de ses services. En outre, en annexe à ce courrier figuraient les rappels et sommations adressés à la recourante, qui ne reflétaient plus la réalité comptable compte tenu des mutations et paiements intervenus.

**E. 36**

Par courrier du même jour, adressé au TCAS dans le cadre de la procédure A/1554/2010, dont l'apport a été ordonné, l'intimée a notamment précisé qu'elle n'était pas en possession du bulletin de versement utilisé pour effectuer le versement de 537 fr. 10 à la fin du mois de juillet 2008. Cela étant, le paiement précité a été enregistré auprès d'elle sous la désignation « versement BV », ce qui signifiait que le bulletin de versement utilisé contenait des références chiffrées permettant d'attribuer automatiquement le paiement. La référence indiquée sur le bulletin de versement utilisé correspondait à la facture du 14 juin 2008 adressé à l'époux de la recourante de sorte que c'était à juste titre que le paiement de 537 fr. 10 avait été porté sur le compte de son époux.

**E. 37**

Le 31 janvier 2011, la Cour de céans, qui a repris dès le 1er janvier 2011, les causes auparavant attribuées au TCAS, a imparti aux parties un délai au 28 février 2011 pour faire valoir d'éventuelles observations.

**E. 38**

Par courrier du 2 février 2011, la recourante et son époux ont indiqué à la Cour de céans qu'ils étaient disposés à accepter la somme de 199 fr. 80 si l'intimée adhérait à cette solution. Si cette dernière devait refuser, leur opposition à la jonction des causes serait maintenue.

#### **E. 39**

Le 14 février 2011, la recourante et son époux ont demandé à la Cour de céans de considérer leur réponse du 2 février comme nulle et non avenue, une nouvelle détermination individuelle devant lui parvenir prochainement.

A/1553/2010 - 10/21 - Le même jour, la recourante a indiqué à la Cour de céans qu'elle acceptait le montant de 199 fr. 80 mais qu'elle s'opposait à la jonction des causes.

#### **E. 40**

Par courrier du 28 février 2011, l'intimée a relevé que l'attribution du paiement de 537 fr. 10 reçu le 31 juillet restait problématique pour la Cour de céans malgré le courrier du 20 décembre 2010. Elle a précisé que c'était pour éviter ce genre d'inconvénients qu'elle avait requis, dans sa réponse du 26 mai 2010, la jonction et des causes et la condamnation globale des époux D \_\_\_\_\_ à titre solidaire. Elle maintenait par conséquent les conclusions relatives à la jonction des causes et au paiement global à titre solidaire. Si cette solution ne devait pas être retenue par la Cour de céans, l'époux de la recourante ne pourrait retirer son recours que si son épouse en faisait de même. A défaut, elle subirait une perte nette de 537 fr. 10 correspondant précisément au montant du paiement dont l'attribution semblait problématique aux yeux de la Cour de céans.

#### **E. 41**

Le 14 mars 2011, la recourante a encore confirmé son opposition à la jonction des causes.

#### **E. 42**

Les courriers précités ont été transmis aux parties et la cause 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; RS E 2 05), 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, sont applicables à l'assurance-maladie, à l'exception de certains domaines (art. 1 al. 2 LAMal). Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGA). Les prestations, créances et injonctions qui ne

A/1553/2010 - 11/21 - sont pas visées par l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée ; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51

al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). A noter que les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié, doivent être motivées et indiquer les voies de recours (art. 52. al 2 LPGA). 3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA). 4. Le litige porte sur les arriérés de prime dus par la recourante et sur le remboursement des montants réclamés. 5. Préalablement, la Cour de céans se prononcera sur la demande de jonction des causes formulée par l'intimée, aussitôt appliquée par celle-ci, et ce avant même qu'une décision n'ait été rendue. De son côté, la recourante s'y oppose, arguant que les faits ne sont pas identiques. Selon l'art. 70 al. 1 de la loi cantonale sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; E 5 10), l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. Il sied tout d'abord de souligner que la décision de jonction est du ressort de la Cour de céans et non de l'intimée. Pour pouvoir se déterminer sur l'opportunité d'une jonction, la Cour de céans a ordonné l'apport de la procédure A/1554/2010 initiée par l'époux de la recourante. Après avoir pris connaissance de la procédure précitée, la Cour de céans constate qu'on ne saurait parler de situation identique ou de cause juridique commune. En effet, la recourante a payé des primes pour le compte de son mari qui lui ont été remboursées, son affiliation a dû être reportée en raison du retard de la caisse- maladie à transmettre l'attestation d'affiliation et l'arriéré de primes faisant l'objet de la décision sur opposition querellée concernait les mois de juillet 2008, prétendument attribuée au compte de l'époux, et juillet 2009, non intégralement payé soit 608 fr. 30. La caisse-maladie a encore déduit de ce montant 281 fr. de sorte que l'arriéré de prime en fin de compte réclamé par la caisse-maladie s'élevait à 327 fr. 80, frais administratifs de 10 fr. en sus. Quant à l'époux de la recourante, il a finalement été affilié auprès de la caisse-maladie dès le 1er juillet 2008 et les primes qui lui sont réclamées sont celles dues pour les mois d'avril à juillet 2009

A/1553/2010 - 12/21 - soit un total de 1'306 fr. 50 (4x 460 fr. 90 soit 1'843 fr. 60 dont ont été déduits les 537 fr. 10 versés par la recourante mais attribués au compte de son époux). Si quelques faits se rejoignent, il n'en demeure pas moins qu'il ne s'agit pas d'une situation identique et encore moins d'une cause juridique commune de sorte que la demande de jonction doit être rejetée. La Cour de céans relève du reste que le service « Droit & Compliance », qui a rédigé la réponse, avait rendu deux décisions sur opposition distinctes, visant l'assurée et son époux pris individuellement. 6. Il sied ensuite de déterminer la recevabilité des conclusions reconventionnelles de la recourante, d'une part, et des conclusions en condamnation de l'intimée, d'autre part. a) L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414). 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. 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, 125 V 414

consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, 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 de la contestation, 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, 122 V 36 consid. 2a et les références). b) En l'espèce, la recourante chiffre pour la première fois ses prétentions envers l'intimée dans son recours du 30 avril 2010 sans avoir présenté une telle demande dans le cadre de la procédure administrative. Par conséquent, l'intimée n'a rendu aucune décision à ce sujet de sorte que ces prétentions reconventionnelles ne font pas partie de l'objet de la contestation. De plus, il n'est pas possible d'étendre la procédure juridictionnelle administrative à ces questions qui ne sont pas en état d'être jugées dès lors que l'intimée ne s'est pas prononcée à leur sujet dans la présente procédure. En définitive, les conclusions reconventionnelles de la

A/1553/2010 - 13/21 - recourante excèdent l'objet du litige et ne sont donc pas recevables (ATF non publié du 27 mars 2008, I 9C\_197/2007, consid. 1.3). c) Quant à l'intimée, elle a conclu, en se fondant sur l'ATF 129 V 90, à la condamnation solidaire des époux au paiement du montant total des cotisations dues, soit 1'633 fr. 80. En d'autres termes, elle n'a pris aucune conclusion en confirmation de la décision attaquée mais tente de modifier sa décision sur opposition Conformément à la jurisprudence fédérale, un époux répond solidairement en vertu de l'art. 166 al. 1 et 3 CC de dettes de cotisations l'assurance-maladie obligatoire, que le rapport d'assurance, dont découle la créance de cotisations, ait été créé pendant la vie commune ou pour satisfaire des besoins courants de la famille. En d'autres termes, chaque époux s'oblige personnellement et oblige solidairement son conjoint. Il s'agit d'une solidarité passive au sens des art. 143 et ss CO (Audrey LEUBA, Commentaire romand, Code civil I, 2010, n° 29 ad Art. 166). A teneur de l'art. 144 al. 1 CO, le créancier peut, à son choix, exiger de tous les débiteurs solidaires ou de l'un d'eux l'exécution intégrale ou partielle de l'obligation. Dans le cas d'espèce, malgré le principe de la solidarité entre époux s'agissant des cotisations de l'assurance-maladie, la caisse-maladie a choisi d'exiger de chaque débiteur l'exécution intégrale de l'obligation le concernant et elle a par conséquent rendu deux décisions sur opposition distinctes : – Dans une décision sur opposition du 1er avril 2010 visant la recourante, contre laquelle cette dernière a recouru, l'intimée a déclaré celle-ci, prise individuellement, débitrice d'un montant de 327 fr. 30, auquel s'ajoutent encore 10 fr. de frais administratifs ; – Parallèlement, dans une décision sur opposition datée du même jour, concernant l'époux, lequel a également recouru, la caisse-maladie l'a déclaré, pris individuellement, débiteur d'un montant de 1'306 fr. 50, auquel s'ajoutent encore 20 fr. de frais administratifs. En d'autres termes, l'intimée a choisi de considérer chaque époux comme étant responsable de ses propres dettes de cotisation et non de les retenir comme débiteurs solidaires. Ainsi, l'objet du présent litige est le montant de 337 fr. 20 en ce qui concerne la recourante et la caisse-maladie ne saurait le modifier par le biais de la jonction, en considérant désormais les recourants comme des débiteurs solidaires et en prenant des conclusions solidaires à leur encontre, alors que cela n'a jamais été le cas précédemment. Si l'intimée avait voulu éviter tout problème d'attribution du montant de 537 fr. 10, comme elle le prétend dans ses observations du 28 février 2011, il lui appartenait de rendre une seule décision, puis une seule décision sur opposition, dans lesquelles les époux étaient recherchés conjointement et solidairement.

A/1553/2010 - 14/21 - Les conclusions en condamnation formulées par l'intimée sont par conséquent irrecevables. 7. Sur le fond, il convient de déterminer si la recourante s'est intégralement acquittée des primes qui lui étaient réclamées par la caisse-maladie. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 126 V 268 consid. 3b et la référence). Aussi l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. L'obligation de payer des cotisations découle de l'art. 61 LAMal, alors que la participation aux coûts est prévue par l'art. 64 LAMal. Elles constituent la conséquence juridique et impérative de l'affiliation valide à une caisse-maladie et s'étendent à toute la durée de celle-ci. L'assureur fixe lui-même le montant des primes à payer par ses assurés (art. 61 al. 1 LAMal). Selon l'art. 90 al. 1 de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (ci-après : OAMal), les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois. Ce principe est repris à l'art 14.1 du Règlement pour les assurances selon la LAMal de la caisse-maladie (ci-après : le Règlement) qui stipule que l'assuré doit payer ses primes à l'avance. 8. Dans le cas d'espèce, seul le remboursement de 3'545 fr., ainsi que les versements de 537 fr. 10 du 27 juillet 2009 et de 467 fr. 20 du 7 juillet 2009 font l'objet de dissensions entre les parties. a) La recourante considère tout d'abord que la somme de 3'545 fr. qui lui a été versée correspond à des dommages-intérêts, dont le montant équivaut aux primes qu'elle aurait dû payer au précédent assureur et au remboursement de certaines prestations. aa) Selon l'art. 7 al. 1 et 5 LAMal, un assuré peut changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile moyennant un préavis de trois mois. L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend toutefois fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption 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. En cas de changement d'assureur au sens de l'art. 7 LAMal, une double assurance est exclue de sorte que le rapport d'assurance auprès du nouvel assureur peut seulement débiter lorsque l'ancien prend fin (ATF 130 V 448 consid. 4). En l'occurrence, la recourante n'a pu quitter le précédent assureur qu'en date du 31 mai 2008. Son affiliation auprès de la caisse-maladie n'a ainsi pu débiter que le 1er

A/1553/2010 - 15/21 - juin 2008 de sorte que les primes la concernant, d'un montant mensuel de 396 fr. 60, versées sans cause valable entre janvier et mai 2008, devaient lui être restituées. C'est ainsi un montant de 1'983 fr. (396 fr. 60 x 5) qui était dû à la recourante à titre de primes payées à tort entre janvier et mai 2008. ab) En principe, chaque assuré doit payer une prime individuelle (Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 1998, n° 331 p. 178). Toutefois, pour simplifier le recouvrement des primes, certains assureurs rassemblent administrativement sous une unité, appelée notamment « police familiale », « contrat familial » ou encore « assurance familiale », les membres d'une même famille et adressent les décomptes de primes, y compris en ce qui concerne les membres majeurs, au « chef de famille ». Le « chef de famille » ne devient toutefois pas débiteur des primes et participations des membres de la famille sauf s'il est responsable solidairement de leur paiement de par la loi (Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2007, n° 1026 p. 747). En l'espèce, de janvier à mai 2008, la caisse-maladie a adressé à la recourante un décompte de prime portant sur les cotisations dues par tous les membres du « groupement familial ». L'assurée s'est acquittée, au moyen de bulletins de versement libellés à son nom, des primes de la famille, soit également de celles dues par son époux. Suite à son courrier du 21 avril 2008,

dans lequel elle indiquait expressément n'être débitrice que des primes de sa fille et des siennes depuis le 1er janvier 2008, la caisse-maladie a séparé, avec effet rétroactif au 1er février 2008, le compte de son époux du sien. Une nouvelle police d'assurance au nom de l'époux a d'ailleurs été établie à cet effet. En procédant de la sorte, l'intimée a choisi, à tout le moins par acte concludant, de ne pas considérer la recourante comme débitrice solidaire des primes de son époux dues entre février et mai 2008, raison pour laquelle elle les lui a remboursées. C'est ainsi un montant total de 1'843 fr. 60 (4x 460 fr. 90) qui aurait dû être remboursé à la recourante. ac) En conclusion, l'intimée devait rembourser 3'826 fr. 60 à la recourante à titre de primes versées à tort. Le montant restitué ne s'étant élevé qu'à 3'545 fr. 60, elle reste devoir 281 fr. à la recourante. Dans ses différentes écritures, la caisse-maladie a prétendu que ce montant de 281 fr. avait fait l'objet d'une note de crédit en date du 1er septembre 2008. Cela étant, une étude attentive des récépissés postaux fournis par la recourante permet de constater que cette dernière s'est acquittée, le 28 août 2008, pour le compte de sa fille mineure, des primes dues pour les mois de juin et de juillet 2008, d'un montant total de 281 fr. (soit 2 x 140 fr. 50). Le solde de 281 fr n'a ainsi jamais été remboursé à la recourante.

A/1553/2010 - 16/21 - b) Dans ses écritures, l'intimée prétend également que la recourante aurait versé la prime du mois de juillet 2009, d'un montant total de 537 fr. 10, au moyen d'un bulletin de versement attribué au compte de son époux, de sorte que ce montant a été imputé à ce dernier. ba) 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 (SVR 2000 AHV n° 13 p. 43 consid. 2 et la référence). 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 (voir Denis Loertscher, Commentaire romand, Code des obligations I, n° 5 et 9 ad art. 86 CO; Urs Leu, Basler Kommentar zum Schweizerischen Privatrecht, Obligationenrecht I, 3e édition, n° 3 et 5 ad art. 86 CO). bb) Dans le cas d'espèce, la recourante s'est acquittée de la prime du mois de juillet 2008 de 537 fr. 10 au moyen d'un bulletin de versement (ci-après : BVR) vierge, qu'elle a rempli à la main. Lorsqu'un BVR est pré-imprimé par le créancier, il contient en général un numéro de référence, qui apparaît également sur le talon destiné au débiteur, ce qui n'est pas le cas lorsqu'un BVR vierge est utilisé. La recourante ayant payé la prime du mois de juillet 2008 au moyen d'un BVR vierge, aucun numéro de référence n'était pré-imprimé. Ainsi, en précisant que le montant de 537 fr. 10 était versé par sa fille et elle-même, l'assurée a manifesté à l'intimé son intention de procéder au versement en leur nom et non pour le compte de son époux, l'intimée n'ayant pas rendu vraisemblable le fait que le BVR remis à la POSTE SUISSE contenait un numéro de référence attribué à l'époux de la recourante. En effet, renseignements pris auprès de la POSTE SUISSE, une copie des BVR vierges est adressée au créancier au contraire des BVR pré-imprimés. Cela étant, quel que soit le type de BVR utilisé, il est archivé auprès de la POSTE SUISSE et une copie peut être demandée, moyennant paiement de 15 fr. Par conséquent, contrairement aux affirmations de l'intimée

dans son courrier du 20 décembre 2010, elle disposait d'une copie du BVR utilisé par la recourante ou pouvait à tout le moins la solliciter auprès de la POSTE SUISSE, ce qu'elle s'est abstenue de faire. Par ailleurs, les extraits de la comptabilité interne remis le

A/1553/2010 - 17/21 - 20 décembre 2010 ne permettent pas de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante aurait ajouté manuellement, sur le BVR vierge, le numéro de référence attribué au compte de son époux. C'est le lieu de rappeler que, conformément au devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire, les parties doivent 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 195 consid. 2 et les références; cf. 130 I 183 consid. 3.2). Dès lors qu'elle n'a pas apporté la preuve que la recourante avait précisé manuellement sur le BVR utilisé que le montant de 537 fr. 10 était payé pour le compte de son époux, l'intimée supporte les conséquences de l'absence de preuve. bc) Ainsi, contrairement aux allégations de l'intimée, ce montant de 537 fr. 10 doit être attribué au compte de la recourante et non à celui de son époux. c) Il sied encore d'examiner la déduction du montant de 71 fr. 20 opérée par la recourante. Cette dernière se fonde sur un décompte de prime daté du 7 mars 2009, dont il ressort que la caisse-maladie restait devoir 71 fr. 20 à l'époux de l'assurée, sur un courrier de son époux du 1er juillet 2009, aux termes duquel il l'autorisait à déduire ce montant de la prime de juillet, ainsi que sur un courrier du 31 août 2009 adressé à la caisse-maladie. Pour résumer, la caisse-maladie devait un montant de 71 fr. 20 à l'époux de la recourante et c'est cette dernière qui a déduit ce montant de la prime du mois de juillet 2009, en s'acquittant de 467 fr. 20 au lieu de 538 fr. 40. A teneur de l'art. 11 du Règlement, les créances de la caisse-maladie envers son assuré sont déduites des prestations dues par la caisse-maladie. Par contre, l'assuré ne dispose d'aucun droit de compensation à l'égard de la caisse-maladie. Ce principe a d'ailleurs été confirmé par la jurisprudence fédérale (voir ATF 110 V 183 et arrêt K 85/04 du 9 mai 2005). Conformément à cette disposition, la recourante ne disposait d'aucun droit de compensation à l'égard de la caisse-maladie de sorte qu'elle reste devoir le montant de 71 fr. 20. 9. Enfin, dans la décision du 4 décembre 2009, la caisse-maladie déduit 80 fr. (soit le dommage résultant du retard dans la transmission de l'attestation d'affiliation) du montant réclamé à la recourante. Dans sa décision sur opposition du 1er avril 2010, l'intimée prétend, décompte à l'appui, que le montant de 73 fr. a été remboursé à la recourante en date du 1er août 2008 de sorte qu'il n'y a pas lieu de le déduire du montant dû par la recourante. Conformément aux relevés postaux transmis par l'assureur-maladie en date du 20 décembre 2010, ce montant a effectivement été versé en date du 4 août 2008, de sorte que, contrairement à ce qui a été retenu dans la décision du 4 décembre 2009, il ne vient pas en déduction du montant prétendument dû par la recourante.

A/1553/2010 - 18/21 - 10. S'agissant des frais de rappel et des frais administratifs, ils sont prévus par l'art. 105b al. 3 OAMal. Aux termes de cette disposition, lorsque l'assuré a causé, par sa faute, des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. Tel est le cas en l'espèce (cf. point 14.3 du règlement des assurances selon la LAMal, édition 2010). Le montant de 10 fr. de frais administratif est ainsi justifié au vu des rappels et sommations, nécessités par le retard de la recourante dans le paiement des primes. 11. Ainsi, compte tenu des considérations qui précèdent, la recourante est créancière d'un

montant total de 199 fr. 80 soit : – 281 fr. correspondant à la différence entre le montant de 3'826 fr. 60 que la caisse-maladie devait lui rembourser à titre de primes versées à tort, et le montant effectivement restitué de 3'545 fr. 60. Contrairement aux affirmations de l'intimée, ce montant n'a pas été remboursé dès lors que le versement de 281 fr. qui apparaît sur le relevé de compte correspond en réalité à deux paiements de 140 fr. 50. – dont il convient de soustraire le montant de 81 fr. 20 correspondant d'une part au montant que la recourante a déduit à tort (71 fr. 20) et d'autre part aux frais administratifs de 10 fr. 12. Dans son courrier du 20 décembre 2010, l'intimée requiert l'octroi de dépens, la recherche de la preuve du paiement de 73 fr. ayant nécessité un travail énorme de la part de plusieurs services et le paiement d'un montant de 15 fr. Selon l'art. 89H al. 3 LPA, une indemnité est allouée au recourant qui obtient gain de cause. Or, dans le cas d'espèce, la caisse-maladie n'est pas le recourant de sorte que, conformément à l'art. 89 H al. 3 LPA a contrario, elle ne peut prétendre à des dépens ce d'autant plus qu'elle n'a obtenu de gain cause. A cela s'ajoute le fait que chaque partie doit prouver, dans la mesure du possible, les faits qu'elle allègue et que la caisse-maladie a changé de version entre sa décision du 4 décembre 2009, dans laquelle le montant du dommage résultant du retard dans la transmission de la confirmation d'affiliation était déduit de la dette de la recourante, et la décision sur opposition du 1er avril 2010, où ce n'était plus le cas, et cela sans fournir la moindre pièce à l'appui de ce volte-face. En outre, la caisse-maladie a non seulement modifié les décomptes remis à la recourante sans motifs mais elle a également commis des erreurs dans la comptabilisation des versements, notamment lorsqu'elle a pris en considération le versement de 281 fr. en tant que note de crédit alors qu'il s'agissait du paiement des primes concernant sa fille.

A/1553/2010 - 19/21 - Aussi, compte tenu du texte clair de l'art. 89H al. 3 LPA et des carences de la caisse-maladie dans la tenue des décomptes, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens. 13. En vertu des art. 61 let. d et 89E LPA, le Tribunal cantonal des assurances sociales peut, indépendamment des conclusions des parties, réformer la décision attaquée en faveur ou au détriment du recourant. Il doit préalablement donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Selon la jurisprudence constante, lorsqu'une autorité envisage de procéder sur recours à une reformatio in pejus de la décision attaquée, elle est tenue d'avertir le recourant de son intention et doit lui donner l'occasion de s'exprimer ou de retirer son recours (ATF 122 V 167 consid. 2a et les arrêts cités). Ces mêmes principes s'appliquent en matière de reformatio in melius. Dans le cas d'espèce, la Cour de céans a informé les parties de son intention de procéder à une reformatio in melius et leur a donné la possibilité de s'exprimer par courrier du 31 janvier 2011. Les parties ayant fait valoir leur droit d'être entendu, la Cour de céans décide de procéder à une reformatio in melius en faveur de la recourante et condamne l'intimée à lui verser 199 fr. 80 conformément aux considérations qui précèdent.

A/1553/2010 - 20/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préalablement :

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