

## **GE\_GERICHTE ATAS/511/2020 vom 25. Juni 2020**

GE Cour de justice, 2020-06-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_511\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_511_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/511/2020 du 25 juin 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/511/2020 del 25 giugno 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

Le 10 janvier 2012, l'assureur a considéré que l'assurée était affiliée à l'assurance de base des soins du 1er janvier 2010 au 30 septembre 2011 en tant que résidente suisse, puis, à partir du 1er octobre 2011, selon les accords bilatéraux en tant que rentière suisse en sol européen. L'assurée n'avait pas payé ses primes depuis son affiliation, de sorte que sa dette s'élevait à plus de CHF 10'000.- au 31 décembre 2011. Pour être libérée au 1er janvier 2012, elle était invitée à régler cette somme.

#### **E. 29**

Par pli du 12 septembre 2013, l'assurée a expliqué à l'assureur qu'elle n'avait jamais été domiciliée en France, comme le confirmait la Mairie de C\_\_\_\_\_ dans une attestation du même jour. L'annulation de son affiliation en mars 2010 restait valable et elle ne devait aucun supplément pour une assurance européenne. Primes d'octobre 2011 à juin 2014

#### **E. 30**

Les primes d'assurance mensuelles BASIS se sont élevées à CHF 436.95 pour 2011 (police d'assurance de janvier 2011), à CHF 459.50 pour 2012 (police d'assurance d'octobre 2011) et à CHF 485.05 pour 2013 (octobre 2012).

#### **E. 31**

Le 5 octobre 2013, l'assureur a établi une ristourne sur primes de septembre à décembre 2011 de CHF 1'747.80, de janvier à décembre 2012 de CHF 5'514.- et de

A/730/2017 - 5/22 - janvier à octobre 2013 de CHF 4'850.50, soit un total de CHF 12'112.30 en faveur de l'assurée.

#### **E. 32**

Selon les nouvelles polices d'assurance établies le 6 novembre 2013, les primes d'assurance mensuelles BASIS étaient de CHF 436.95 dès le 1er septembre 2011 et de CHF 502.65 dès le 1er janvier 2014.

#### **E. 33**

Le 20 novembre 2013, l'assurée a contesté devoir des primes pour 2011, étant donné qu'elle n'était plus cliente de l'assureur depuis plusieurs années, que l'assureur avait annulé les primes pour cette période par pli du 5 octobre 2013 et qu'elle avait choisi une autre caisse-maladie. Elle n'avait aucune dette envers HELSANA. Elle refusait également la police d'assurance pour l'année 2014.

#### **E. 34**

Le 28 novembre 2013, l'assureur a expliqué à l'assurée que la ristourne du 5 octobre 2013 était une erreur de sa part. Il avait procédé à la réactivation de sa couverture d'assurance au 1er septembre 2011, ce qui avait donné lieu à l'émission de la police d'assurance datée du 6 novembre 2013. L'assurée était toujours restée assurée auprès de l'assureur, en contrat individuel jusqu'au 30 septembre 2011 et dans le cadre des accords bilatéraux depuis le 1er octobre 2011, puisque l'arrêt du Tribunal fédéral du 8 janvier 2013 était entré en force. L'assurée allait recevoir les décomptes de primes rétroactifs et la nouvelle police d'assurance valable dès le 1er octobre 2011 en contrat bilatéral.

#### **E. 35**

Selon les polices d'assurance du 29 novembre 2013, dans le cadre des accords bilatéraux avec la France, la prime mensuelle BASIS valable dès le 1er octobre 2011 et dès le 1er janvier 2014 s'élevait à CHF 600.-.

#### **E. 36**

Le 7 décembre 2013, l'assureur a facturé les primes d'octobre 2011 à janvier 2014 (CHF 16'800.-) et a adressé deux rappels à l'assurée (les 19 janvier et 16 février 2014).

#### **E. 37**

Les primes de février à juin 2014 ont été facturées (les 11 janvier, 1er février, 1er mars, 5 avril, 3 mai 2014) et elles ont fait l'objet de rappels (les 16 février, 15 mars, 19 avril, 18 mai, 22 juin 2014).

#### **E. 38**

Les primes d'octobre 2011 à février 2014 ont fait l'objet d'un rappel (24 mars 2014) avec indication de frais administratifs par CHF 120.- et d'un second rappel (16 février 2014) avec des frais administratifs par CHF 40.-.

#### **E. 39**

Les 3 et 27 mars 2014, l'assurée a expliqué notamment que le contrat d'assurance avait pris fin au 1er juin 2008. L'assureur avait en effet annulé le contrat le 4 mars 2010 avec effet rétroactif au 1er janvier 2010 et il lui avait restitué les primes en 2010.

#### **E. 40**

Le 9 avril 2014, l'assureur a rappelé à l'assurée que par courrier du 28 novembre 2013, il l'avait informée qu'elle restait toujours bien assurée chez lui. En contrat individuel du 1er janvier 2010 au 30 septembre 2011 et dans le cadre des accords bilatéraux en qualité de rentière suisse sur sol européen dès le 1er octobre 2011. La couverture d'assurance était maintenue et la créance restait due.

A/730/2017 - 6/22 -

#### **E. 41**

Deux sommations ont été adressées à l'assurée concernant les primes d'octobre 2011 à avril 2014 (le 26 mai 2014) et d'octobre 2011 à juin 2014 (le 28 juillet 2014).

#### **E. 42**

Par décision du 10 septembre 2014, l'assureur a requis le paiement de CHF 20'634.95, correspondant aux primes d'octobre 2011 à juin 2014 pour un résident en France (CHF 19'800.-), aux intérêts de retard de 5% du 19 janvier au 10 septembre 2014 (CHF 634.95),

aux frais de rappel (CHF 120.-) et aux frais de contentieux (CHF 80.-). Par ailleurs, l'assureur suspendait les prestations jusqu'au paiement de la totalité de la créance.

#### **E. 43**

Le 10 octobre 2014, l'assurée a formé opposition à cette décision, faisant valoir en substance qu'elle n'était plus affiliée auprès de l'assureur depuis juin 2008. L'assureur avait refusé de verser des prestations en 2010, ce qui démontrait clairement l'absence de contrat depuis le 1er juin 2008. L'assurée avait en outre résilié son contrat le 24 novembre 2011, ce que l'assureur avait accepté par courrier du lendemain. L'assureur avait également effectué une ristourne le 5 octobre 2013 portant sur la période du 1er septembre 2011 au 31 octobre 2013, ce qui démontrait l'absence de contrat. Enfin, elle n'avait jamais eu de domicile en France et les montants de la décision du 10 septembre 2014 n'étaient pas étayés. L'assureur refusait d'admettre qu'elle avait choisi une autre caisse-maladie depuis plusieurs années, comme elle en avait le droit. Elle ne donnait pas le nom de sa nouvelle caisse-maladie par crainte que l'assureur n'intervienne auprès d'elle à nouveau. L'assurée ne pouvait pas payer des primes en Suisse et en France, et ne rien recevoir de la part de l'assureur.

#### **E. 44**

Le 2 septembre 2016, l'assureur a requis auprès du service de l'assurance-maladie (ci-après SAM) des renseignements sur l'assurée. Celle-ci indiquait être doublement affiliée, tout en refusant de transmettre les informations relatives à l'autre caisse-maladie et alors que son affiliation d'office avait été confirmée par la chambre de céans. Afin de mettre fin à la double affiliation, l'assureur souhaitait connaître le domicile légal de l'assurée.

#### **E. 45**

Le 26 octobre 2016, le SAM a indiqué que l'assurée était domiciliée à Genève depuis le 14 août 2012.

#### **E. 46**

Le 12 décembre 2016, l'assureur a informé l'assurée qu'après vérification auprès de l'OCP, le domicile de l'assurée était enregistré en Suisse depuis le 14 août 2012. Par conséquent, sa couverture d'assurance avait été adaptée au 1er septembre 2012.

#### **E. 47**

Le 16 décembre 2016, l'assureur a adapté le contrat d'assurance et indiqué que les primes mensuelles de septembre à décembre 2012 s'élevaient à CHF 459.50 et celles de 2013 à CHF 485.05. L'assurée devait payer un montant total de CHF 7'658.60 d'ici au 6 janvier 2017.

A/730/2017 - 7/22 -

#### **E. 48**

Par polices d'assurance du 19 décembre 2016, remplaçant toutes les précédentes, la prime mensuelle BASIS pour un résident à Genève s'élevait à CHF 502.65 en 2014, à CHF 524.80 en 2015 et à CHF 563.80 en 2016.

#### **E. 49**

Le 27 décembre 2016, l'assurée a rappelé qu'elle était déjà assurée auprès d'une autre caisse-maladie depuis cinq ans. Elle ne comprenait pas pourquoi HELSANA voulait l'assurer depuis le 1er septembre 2012.

## E. 50

Le 25 janvier 2017, l'assureur a rendu plusieurs décisions sur opposition : a. il a réformé sa décision du 10 septembre 2014 en tant qu'elle suspendait les prestations d'octobre 2011 à juin 2014 et l'a confirmée pour le surplus. La créance relative aux primes d'octobre 2011 à juin 2014 était réduite, suite aux modifications du contrat, à CHF 17'274.50 [correspondant aux primes d'octobre 2011 à août 2012 (11 x 600.-), de septembre à décembre 2012 (4 x 459.50), de janvier à décembre 2013 (12 x 485.50) et de janvier à juin 2014 (6 x 502.65)], avec intérêt à 5% dès le 19 janvier 2014, CHF 120.- de frais de rappels et CHF 80.- de frais de traitement; b. il a réformé sa décision du 4 janvier 2016 en tant qu'elle suspendait les prestations de septembre à octobre 2015 et l'a confirmée pour le surplus. La créance relative aux primes pour cette période était réduite, suite aux modifications du contrat, à CHF 1'049.60 [correspondant aux primes de septembre à octobre 2015 (2 x 524.80)], avec intérêts à 5% dès le 16 septembre 2015, CHF 40.- de frais de rappel et CHF 80.- de frais de traitement; c. il a réformé sa décision du 26 février 2016 en tant qu'elle suspendait les prestations de novembre à décembre 2015 et l'a confirmée pour le surplus. La créance relative aux primes pour cette période était réduite, suite aux modifications du contrat, à CHF 1'049.60 [correspondant aux primes de novembre à décembre 2015 (2 x 524.80)] avec intérêts à 5% dès le 16 novembre 2015, CHF 40.- de frais de rappel et CHF 80.- de frais de traitement; d. il a réformé sa décision du 29 avril 2016 en tant qu'elle suspendait les prestations de janvier à février 2016 et l'a confirmée pour le surplus. La créance relative aux primes pour cette période était réduite, suite aux modifications du contrat, à CHF 1'127.60 [correspondant aux primes de janvier à février 2016 (2 x 563.80)], avec intérêts à 5% dès le 18 janvier 2016, CHF 40.- de frais de rappel et CHF 80.- de frais de traitement. Dans ses décisions sur opposition, l'assureur a expliqué en substance qu'il était établi que l'assurée était affiliée sans interruption auprès de ce dernier depuis le 1er janvier 2010. L'assurée avait tenté de résilier son affiliation par courrier du 23 novembre 2011, mais vu les arriérés de paiement existant au 31 décembre 2011, la résiliation n'avait pas été effective. L'assurée n'avait pas payé les primes d'octobre 2011 à février 2016, lesquelles avaient fait l'objet de plusieurs rappels et sommations. Elles n'avaient pas fait l'objet de poursuites. Suite au nouveau

A/730/2017 - 8/22 - domicile de l'assurée à Genève dès le 14 août 2012, l'assureur avait modifié le contrat dès le 1er septembre 2012 et fixé les primes selon le tarif applicable aux résidents suisses. 51. Le 25 janvier 2017, l'assureur a également rendu une décision sur opposition concernant une décision de mainlevée d'opposition du 14 avril 2014 relative à la poursuite n° 14 115144 B portant sur les primes de janvier à novembre 2010. 52. Le 3 février 2017, l'assurée a adressé à l'assureur une copie des polices d'assurance établies par ASSURA de 2012 à 2017. Étant donné qu'elle n'était plus assurée chez HELSANA depuis le 31 mai 2008, elle demandait l'annulation des décisions sur opposition. 53. Le 28 février 2017, l'assureur a indiqué qu'il n'y avait pas lieu d'annuler les décisions sur opposition du 25 janvier 2017. 54. Par un acte unique du 1er mars 2017, l'assurée a interjeté recours contre les huit décisions sur opposition rendues le 25 janvier 2017, concluant, préalablement, à la production par l'intimée des décisions litigieuses, principalement, à la constatation que la recourante est affiliée auprès d'ASSURA depuis le 1er février 2012 et que toute demande de primes de la part de l'intimée est prescrite, à la libération de la recourante de toute dette envers l'intimée et à l'autorisation de la radiation des commandements de payer n° 13 218517 W, n° 14 115133 N, n° 14 115144 B et n° 14167471 Z, et subsidiairement, à la constatation de l'irrégularité de la notification des décisions adressées par pli simple en

France, à leur annulation et à l'autorisation de la radiation des commandements de payer précités. La recourante fait valoir que l'intimée a annulé son affiliation avec effet rétroactif au 1er janvier 2010. En 2011, elle avait été affiliée auprès du Groupe MUTUEL, mais suite à l'intervention de l'intimée cette année-là, le Groupe MUTUEL avait annulé son contrat. Depuis le 1er février 2012, elle était affiliée auprès d'ASSURA, conformément aux polices d'assurance qu'elle produisait. Elle n'avait jamais eu de domicile ailleurs que sur le canton de Genève comme l'attestaient les cartes de vote de 2013 à 2017 qu'elle produisait. La recourante soutient par ailleurs que toutes les primes d'assurance relatives à l'intimée sont prescrites puisque le délai de prescription de 5 ans à compter du 1er février 2012 est échu à ce jour. La recourante devait donc être libérée de toute dette envers l'intimée. Par ailleurs, plus d'un an s'était écoulé depuis la notification des quatre commandements de payer et l'intimée n'avait pas demandé la mainlevée de l'opposition dans le délai imparti. En outre, l'intimée avait eu un comportement contradictoire puisque depuis 2010 elle avait cherché à l'assurer à tout prix, à Genève, puis en France, et ensuite à Genève. Elle avait régulièrement envoyé des factures de primes qu'elle avait ensuite annulées, pour les éditer à nouveau, plus de quatre ans après. Elle avait refusé la

A/730/2017 - 9/22 - prise en charge des prestations et établi maintes polices d'assurance rétroactivement. L'intimée était intervenue auprès des autres caisses-maladie (Groupe MUTUEL et ASSURA) que la recourante avait choisies pour demander l'annulation des contrats et la priver ainsi d'une assurance-maladie effective. Le comportement de l'intimée l'avait contrainte à choisir une autre caisse-maladie, digne de confiance. La recourante fait également valoir que la double affiliation à une caisse-maladie est interdite. Elle était affiliée à ASSURA depuis le 1er février 2012 et était très satisfaite de sa relation contractuelle avec cette caisse-maladie. Enfin, l'intimée avait envoyé toutes les décisions par pli simple à son adresse en France, alors que la recourante était domiciliée à Genève. Même si la recourante avait pu prendre connaissance de ces décisions à temps, celles-ci devaient tout de même être annulées, vu l'irrégularité de leur notification. Cette manière de faire, empêchait le calcul précis du délai de réponse étant donné que les enveloppes ne comportaient pas de timbre. 55. Les huit recours ont été enregistrés sous les causes n° A/729/2017 (primes de janvier à novembre 2010), A/730/2017 (primes d'octobre 2011 à juin 2014), A/733/2017 (primes de juillet 2014 à février 2015), A/734/2017 (primes de mars et avril 2015), A/735/2017 (primes de mai à août 2015), A/736/2017 (primes de septembre et octobre 2015), A/737/2017 (primes de novembre et décembre 2015), A/738/2017 (primes de janvier et février 2016). 56. Par réponses du 24 avril 2017, l'intimée a conclu au rejet des huit recours. S'agissant en particulier des sept décisions litigieuses portant sur les primes d'octobre 2011 à février 2016, l'intimée a expliqué notamment que la recourante, qui lui était affiliée depuis le 1er janvier 2010, n'avait payé aucune prime depuis cette date. Ces primes avaient été facturées, puis elles avaient fait l'objet de rappels et de sommations. La recourante ne pouvait par conséquent pas changer de caisse-maladie. La double affiliation étant interdite, l'affiliation alléguée auprès d'ASSURA devait être déclarée nulle. Par ailleurs, vu le domicile de la recourante en Suisse à compter de septembre 2012, l'intimée avait, dans le cadre des sept décisions précitées, levé la suspension des prestations et réduit le montant des primes. Enfin, la recourante n'avait subi aucun préjudice suite à la notification des décisions en France. 57. Le 22 juin 2017, la chambre de céans a ordonné la jonction de l'ensemble des causes sous la cause A/729/2017. 58. À la demande de la chambre de céans, l'intimée a produit notamment les sommations adressées à la recourante en 2010 et en 2011, ainsi que la correspondance échangée avec ASSURA concernant

l'affiliation de la recourante en 2012. Il en résultait notamment que par courrier du 21 février 2012, ASSURA avait annulé le contrat d'assurance de la recourante en raison de ses arriérés de primes envers l'intimée.

A/730/2017 - 10/22 - 59. Par pli du 10 novembre 2017, la recourante est revenue sur ses allégations, précisant qu'elle était assurée chez ASSURA depuis janvier 2013 et non depuis février 2012. Elle a produit notamment sa demande d'affiliation datée du 20 décembre 2012. 60. Le 16 novembre 2017, à la demande de la chambre de céans, ASSURA a expliqué avoir reçu une première demande d'affiliation de la part de la recourante le 10 décembre 2011 pour le 1er janvier 2012. Son adhésion n'avait été enregistrée qu'au 1er février 2012. Le 17 février 2012, HELSANA l'avait informé du refus de la résiliation du contrat en raison du retard dans le paiement des primes et ASSURA avait annulé l'affiliation. Le 20 décembre 2012, ASSURA avait reçu une demande d'affiliation de la part de la recourante pour le 1er janvier 2013. Une police d'assurance (n° 1528794) était entrée en vigueur à cette date et une attestation d'assurance avait été adressée à HELSANA par courrier recommandé du 25 janvier 2013. 61. Le 22 novembre 2017, la chambre de céans a sollicité la production de pièces de la part de l'intimée et lui a en outre octroyé un délai pour qu'elle se détermine sur les explications fournies par ASSURA. 62. Le 24 novembre 2017, la recourante a fait valoir que l'intimée était intervenue à plusieurs reprises pour l'empêcher de s'affilier auprès d'une autre caisse-maladie. Or, l'intimée avait résilié son contrat avec effet rétroactif au 1er janvier 2010 et lui avait remboursé les primes pour cette année-là. Elle avait également refusé de lui verser les prestations pour 2010. Il n'y avait donc aucun arriéré de primes à l'époque puisque les actes concrets et les courriers de l'intimée confirmaient l'absence de contrat d'assurance depuis le 31 mai 2008. Depuis le 1er janvier 2013, la recourante était assurée chez ASSURA. 63. Le 30 novembre 2017, à la demande de la chambre de céans, l'intimée a produit les conditions d'assurances (CA) BASIS, éditions des 1er janvier 2006, 2014 et 2016. 64. Par pli du 21 décembre 2017, l'intimée a expliqué notamment que concernant l'attestation d'ASSURA du 25 janvier 2013, elle n'était pas en mesure de prouver qu'elle avait informé cet assureur que la recourante ne pouvait pas changer d'assurance en raison d'arriérés de primes. Cela étant, l'intimée estimait que la recourante ne pouvait pas être automatiquement affiliée auprès du « nouvel » assureur. Toutefois, par gain de paix, étant donné que la recourante était assurée dès janvier 2013 auprès d'ASSURA, qu'elle avait payé ses primes et perçu des prestations, l'intimée pouvait admettre son affiliation auprès d'ASSURA à partir de 2013, pour autant que la recourante accepte de son côté avoir été affiliée auprès de l'intimée et devoir les primes de 2010 à 2012. 65. Par courrier du 16 janvier 2018, la recourante a refusé la proposition de l'intimée. Celle-ci reconnaissait enfin son affiliation auprès d'une autre caisse-maladie dès le 1er janvier 2013 et l'avait acceptée. La recourante modifiait ses conclusions dans le sens où son affiliation auprès d'ASSURA dès le 1er janvier 2013 devait être

A/730/2017 - 11/22 - reconnue. Par ailleurs, elle rappelait que son recours concernait quatre commandements de payer et qu'entre 2010 et 2012, elle avait habité à Genève. Les primes étaient soit prescrites, soit indues. 66. Le 23 janvier 2018, l'intimée a notamment indiqué que le problème de double affiliation de l'assurée se posait à partir de janvier 2013. Elle n'avait nullement accepté qu'ASSURA soit considéré comme étant l'assureur. Peu importait que la recourante ait habité en France ou en Suisse de 2010 à 2012. Étant rentière AVS/AI, elle était demeurée de toute manière soumise à l'obligation d'être assurée en LAMal. Elle était forcément affiliée auprès d'HELSANA et devait payer les primes. Si la recourante

continuait de contester être la débitrice des primes LAMal de 2010 à 2012, l'intimée maintenait que son affiliation n'avait pas cessé jusqu'à ce jour en raison des arriérés de primes depuis 2010. En effet, il importait peu qu'HELSEANA n'ait pas informé ASSURA de l'impossibilité pour la recourante de changer de caisse-maladie. 67. Le 5 février 2018, la recourante a rappelé qu'elle avait sollicité une assurance auprès du Groupe MUTUEL en 2011 et auprès d'ASSURA en 2012, mais que l'intimée était intervenue pour empêcher les contrats de continuer. 68. Le 28 février 2018, la recourante a informé la chambre de céans avoir reçu une nouvelle poursuite pour les primes de juillet à octobre 2017. 69. Par ordonnance du 29 mars 2018, la chambre de céans a disjoint la cause n°A/729/2017 des autres causes, lesquelles, soit les causes nos A/733/2017, A/734/2017, A/735/2017, A/736/2017, A/737/2017 et A/738/2017 ont été regroupées sous la procédure no A/730/2017. 70. Dans le cadre de la procédure A/729/2017, par arrêt du 24 avril 2018, la chambre de céans a admis partiellement le recours interjeté contre la décision du 25 janvier 2017 relative à la décision de mainlevée d'opposition du 14 avril 2014 dans la poursuite n° 14 115144 B (ATAS/354/2018). Elle a plus particulièrement retenu que la recourante était débitrice des primes de janvier à novembre 2010. Ce jugement a été confirmé par le Tribunal fédéral (arrêt 9C\_416/2018 du 4 septembre 2018). 71. Le 25 septembre 2018, la recourante, en se référant aux causes A/729/2017 et A/730/2017, a rappelé que la chambre administrative de la Cour de Justice avait statué sur son absence de domicile à Genève en 2010-2011 (ATA/276/2012). La mairie de C\_\_\_\_\_ avait également admis qu'elle n'avait jamais eu de domicile en France. Elle avait passé plus de six mois en 2010 et en 2011 en Tunisie, et sa belle- famille l'avait annoncée aux autorités. Elle était dans l'attente d'une confirmation officielle de la part des autorités tunisiennes et elle sollicitait un délai au 31 décembre 2018 pour produire cette pièce. Le 12 octobre 2018, la chambre de céans a relevé que l'arrêt précité avait été confirmé par le Tribunal fédéral le 28 juin 2012. Elle souhaitait savoir si la

A/730/2017 - 12/22 - recourante voulait que son courrier précité soit transmis au Tribunal fédéral comme objet de sa compétence. Le 17 octobre 2018, la recourante a répondu que la question de son domicile devait être jugée dans le cadre de la procédure en cours l'opposant à l'intimée. 72. Le 2 octobre 2018, l'assurée a déposé auprès de la chambre de céans une demande visant la révision de l'arrêt du 24 avril 2018 (procédure A/729/2017), alléguant qu'elle avait été domiciliée à Sidi Jedidi en Tunisie du début 2010 au printemps 2012 et qu'elle n'était donc pas soumise à la LAMal pendant cette période, de sorte que l'assureur ne pouvait pas prétendre l'avoir réaffiliée en date du 24 juin 2010, rétroactivement au 1er janvier 2010. Elle a indiqué qu'elle produirait pour preuve une attestation établie par la mairie de Sidi Jedidi. 73. Le 22 octobre 2018, la recourante a transmis une attestation du 28 septembre 2018 établie par le Maire de Sidi Jedidi (Tunisie), confirmant que la recourante avait été domiciliée dans sa commune entre mai 2010 et février 2012. 74. Dans le cadre de la procédure A/729/2017, la recourante a déposé le 2 octobre 2018 par-devant la chambre de céans, une demande de révision de l'arrêt rendu le 24 avril 2018 (ATAS/354/2018), alléguant qu'elle avait été domiciliée en Tunisie du début 2010 au printemps 2012 et qu'elle n'était donc pas soumise à la LAMal pendant cette période, de sorte que l'assureur ne pouvait pas prétendre l'avoir réaffiliée en date du 24 juin 2010, rétroactivement au 1er janvier 2010. 75. Le 24 octobre 2018, l'intimée a conclu à l'irrecevabilité de la demande en révision, étant relevé par ailleurs que la recourante tentait de faire valoir l'existence d'un troisième domicile fictif. 76. Par arrêt en révision du 6 novembre 2018, la chambre de céans a déclaré la demande en révision de l'arrêt du 24 avril 2010 irrecevable dès lors qu'il avait

fait l'objet d'un arrêt du Tribunal fédéral du 4 septembre 2018 et l'a transmise à cette instance comme objet de sa compétence (ATAS/1029/2018). 77. Le 23 novembre 2018, l'intimée a produit les factures, rappels et sommations adressés à la recourante du 1er janvier au 31 décembre 2012. 78. Par arrêt incident du 21 décembre 2018, la chambre de céans a suspendu l'instance jusqu'à droit connu dans la procédure pendante auprès du Tribunal fédéral et réservé la suite de la procédure (ATAS/1227/2018). 79. Le 7 mars 2019, la recourante a transmis notamment la police d'assurance 2019 reçue de l'intimée, ainsi que les avis de primes 2017 à 2019 établis par ASSURA. 80. Par arrêt du 28 mai 2019, le Tribunal fédéral a rejeté la demande de révision de son arrêt du 4 septembre 2018 (9C\_416/2018), estimant notamment que l'allégué d'un séjour tunisien était contradictoire avec de précédentes déclarations de la recourante (9F\_5/2019).

A/730/2017 - 13/22 - 81. Par courrier du 26 juin 2018 (recte : 2019), la recourante a requis son audition et celle de son père concernant la question de son domicile. 82. Le 16 juillet 2019, la chambre de céans a repris l'instruction de la cause. 83. Le 17 juillet 2019, la recourante a transmis notamment un arrêt du Tribunal administratif du 4 août 2010 (ATA/535/2010) lequel indiquait qu'elle se rendait fréquemment en Tunisie. 84. Le 18 juillet 2019, l'intimée a estimé qu'une audience d'instruction sur le domicile de la recourante était inutile. 85. Les 29 juillet et 14 août 2019, la recourante est revenue sur la question de son domicile. 86. Par ordonnance du 27 novembre 2019, la chambre de céans a appelé en cause ASSURA-BASIS SA et lui a imparti un délai pour faire part de ses éventuelles observations. 87. Le 19 décembre 2019, l'appelée en cause a réitéré ses explications fournies dans son courrier du 16 novembre 2017. En l'absence de réaction de l'intimée suite à l'envoi, par courrier recommandé le 25 janvier 2013 de l'attestation d'assurance en faveur de la recourante, l'appelée en cause avait maintenu son affiliation depuis le 1er janvier 2013. Depuis lors, la recourante avait payé régulièrement les primes et l'appelée en cause avait versé des prestations à hauteur de CHF 9'519.- (état au 13 décembre 2019). 88. Le 6 janvier 2020, l'intimée a expliqué ne pas être en mesure de prouver avoir informé l'appelée en cause que la recourante ne pouvait pas changer d'assurance en raison d'arriérés de primes. Cela étant, la résiliation d'un assuré en retard de paiement est nulle, de sorte que la recourante était demeurée affiliée à l'intimée. Par ailleurs, l'interdiction de changement de caisse en cas d'arriérés de prime est une obligation impérative pour les caisses-maladie, lesquelles étaient obligées de l'appliquer, sans pouvoir y déroger. 89. Le 16 janvier 2020, la recourante a relevé que les pièces versées au dossier par l'appelée en cause correspondaient à ce qu'elle avait toujours expliqué. 90. Le 12 février 2020, la recourante a transmis, pour information, la copie d'un courrier de l'intimée du 4 février 2020, concernant la suspension des nouvelles procédures de décision sur opposition. 91. Le 5 mars 2020, la chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle. La recourante a confirmé refuser de payer le moindre montant à l'intimée et a répété qu'elle considérait que son assurance-maladie était ASSURA, soit l'appelée en cause. Cette dernière a confirmé que la recourante payait régulièrement ses primes d'assurance-maladie.

A/730/2017 - 14/22 - La chambre de céans a invité l'intimée et l'appelée en cause à une conciliation quant à la détermination de la période pendant laquelle HELSANA renonçait à réclamer le paiement des primes à la recourante moyennant accord et participation d'ASSURA. La recourante a déclaré ne pas s'opposer à un tel accord, mais a refusé tout paiement de prime d'assurance-maladie à HELSANA. 92. Postérieurement à l'audience, un

accord est intervenu entre l'intimée et l'appelée en cause, selon lequel HELSANA acceptait de renoncer à réclamer à l'assurée le paiement des primes postérieures à janvier 2013 et retirait les poursuites à l'encontre de l'assurée pour lesdites primes, et ASSURA acceptait de dédommager HELSANA des frais administratifs et de poursuites pour toutes les primes d'assurance-maladie postérieures à janvier 2013, réclamées par HELSANA à l'assurée. 93. Par courrier du 1er avril 2020, HELSANA a confirmé renoncer au recouvrement des primes d'assurance-maladie postérieures à janvier 2013, soit notamment les primes d'assurance-maladie de janvier et février 2016. 94. La recourante a été invitée à s'exprimer et à communiquer, cas échéant, les documents faisant état d'éventuels paiement de prime à HELSANA pour la période allant jusqu'au mois de janvier 2013. 95. La recourante a demandé la prolongation du délai qui lui avait été fixé au 5 juin 2020 pour démontrer la réalité de son domicile en France qui justifiait – selon elle – qu'elle ne doive payer aucune prime d'assurance-maladie à HELSANA ; 96. Par courrier du 12 juin 2020, la chambre de ceans a refusé d'octroyer un délai supplémentaire, au motif que suite à l'arrêt du Tribunal fédéral, la question du domicile avait été définitivement réglée. Dans le même courrier, la recourante a été informée que la cause était gardée à juger. 97. Par ordonnance de disjonction du 17 juin 2020, les causes nos A/733/2017, A/734/2017, A/735/2017, A/736/2017, A/737/2017 et A/738/2017 ont été disjointes de la cause no A/730/2017. 98. Par arrêts rendus parallèlement à la présente décision, les procédures nos A/733/2017, A/734/2017, A/735/2017, A/736/2017, A/737/2017 et A/738/2017 ont été rayées du rôle, suite à l'accord intervenu entre les assurances et à la libération de la recourante de tout paiement de prime d'assurance-maladie à HELSANA postérieure au mois de janvier 2013, quittance étant donnée à ASSURA qu'elle dédommagerait HELSANA des frais administratifs et de poursuites pour les primes réclamées par cette dernière à la recourante, postérieurement au mois de janvier 2013.

A/730/2017 - 15/22 - EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Déposé dans le délai et la forme requis, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 3. Après l'accord intervenu entre HELSANA et ASSURA, l'objet du litige ne porte désormais plus que sur la question de savoir si l'intimée est en droit de réclamer à la recourante une partie des montants figurant dans la décision sur opposition rendue le 25 janvier 2017, au titre de primes pour les mois d'octobre 2011 à janvier 2013, auxquels s'ajoutent les intérêts moratoires, ainsi que les frais de rappel et de traitement. 4. 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 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). En l'occurrence, la recourante prend des conclusions concernant les poursuites n° 13 218517 W, n° 14 115133 N et n° 14 167471 Z. Or, la décision litigieuse ne porte pas sur ces poursuites. 5. La recourante invoque tout d'abord une notification irrégulière de la décision

sur opposition litigieuse, au motif que celle-ci lui a été adressée par pli simple en France, alors qu'elle est domiciliée en Suisse, ce qui l'aurait empêchée de calculer le délai de recours. Selon l'art. 49 al. 3 in fine LPGA, la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. En l'occurrence, la chambre de céans peine à saisir le grief invoqué par la recourante. En effet, à l'appui de son recours, la recourante a joint la décision litigieuse notifiée par pli recommandé à son domicile à Genève, ainsi que l'attestation de la date à laquelle la recourante l'a reçue. Quoi qu'il en soit, la recourante reconnaît elle-même n'avoir subi aucun préjudice du fait de l'envoi de la décision à son adresse en France. Partant, ce grief doit être écarté.

A/730/2017 - 16/22 - 6. a. Le financement de l'assurance-maladie sociale repose ainsi 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 (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). b. Aux termes de l'art 64a al. 1 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie un rappel écrit et lui impartit un délai de 30 jours en attirant son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas ses paiements dans ce délai. Selon cet alinéa dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2012, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une 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. 2). c. Selon l'art. 105b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), les primes et les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins échues et impayées doivent faire l'objet, dans les trois mois qui suivent leur exigibilité, d'une sommation écrite qui sera précédée d'au moins un rappel et qui sera distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, l'assureur doit impartir à l'assuré un délai de 30 jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas le paiement (al. 1). À compter du 1er janvier 2012, l'al. 1 de l'art. 105b OAMal prévoit que l'assureur envoie la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Les délais prévus dans les dispositions qui précèdent sont des prescriptions d'ordre, dont l'inobservation n'entraîne pas la péremption du droit aux arriérés ou de la procédure de poursuite. L'assureur n'est pas tenu non plus de procéder à une nouvelle sommation s'il entend faire valoir ses droits par la voie de la poursuite. La seule conséquence que la loi attache à l'inobservation de ces délais est que la sanction prévue à l'art. 64a al. 2 LAMal (suspension de la prise en charge des traitements) ne prend pas effet (à l'inverse de celle prévue à l'art. 64a al. 4 LAMal; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_742/2011 du 17 novembre 2011). d. Selon l'art. 64a al. 6 LAMal (en vigueur dès le 1er janvier 2012), en dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérés ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. L'art. 7 al. 3 et 4 est réservé.

A/730/2017 - 17/22 - Selon l'art. 105l al. 1 OAMal (en vigueur dès le 1er janvier 2012), l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 de la loi dès la notification de la sommation visée à l'art. 105b al. 1. Selon l'al. 2 de cet article, si l'assuré en retard de

paiement demande à changer d'assureur, l'assureur doit l'informer après réception de la demande que celle-ci ne déploiera aucun effet si les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'au mois précédant l'expiration du délai de changement ou si les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment ne sont pas intégralement payés avant l'expiration de ce délai. Si le paiement n'est pas parvenu à temps à l'assureur conformément à l'al. 2, celui-ci doit informer l'assuré qu'il continue à être assuré auprès de lui et qu'il ne pourra changer d'assureur qu'au prochain terme prévu à l'art. 7 al. 1 et 2 de la loi. L'assureur doit également informer le nouvel assureur, dans les 60 jours suivants, que l'assuré continue à être assuré auprès de lui (al. 3). Selon la jurisprudence, le retard de paiement ne se produit qu'au moment de la notification de la sommation visée à l'art. 105b al. 1 OAMal (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_51/2016 du 2 novembre 2016 consid. 4.2 et les références citées). 7. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). 8. La recourante conteste être la débitrice des primes, en faisant valoir qu'elle n'est plus liée contractuellement à l'intimée depuis le 1er juin 2008. La chambre de céans relèvera que l'affiliation sans discontinuer de la recourante auprès de l'intimée dès le 1er janvier 2010 – avec une affiliation d'office à compter du 1er octobre 2011 - a été confirmée en particulier par la chambre de céans le 21 août 2012 (ATAS/978/2012), dont le jugement a été confirmé par le Tribunal fédéral (arrêt 9C\_781/2012 du 8 janvier 2013). Cette affiliation dès le 1er janvier 2010 a encore été rappelée par la chambre de céans le 24 avril 2018 (ATAS/354/2018), dont le jugement a été confirmé par le Tribunal fédéral (arrêt 9C\_416/2018 du 4 septembre 2018). Cela étant, il résulte de l'instruction mise en œuvre par la chambre de céans, qu'à compter du 1er janvier 2013, la recourante était également affiliée auprès d'ASSURA et que l'accord postérieur conclu dans le cadre de la procédure de

A/730/2017 - 18/22 - recours entre HELSANA et ASSURA a permis de résoudre cette question, HELSANA libérant la recourante du paiement des primes d'assurance-maladie postérieurement au mois de janvier 2013. À cet égard, il convient de relever que comme l'a retenu la chambre de céans dans son arrêt du 24 avril 2018 (ATAS/354/2018), les primes dues de janvier à novembre 2010 ont fait l'objet de plusieurs rappels écrits, suivis d'une sommation le 17 octobre 2010 (primes de janvier à septembre 2010), ainsi que d'une deuxième et d'une troisième sommation les 29 novembre 2010 et 12 janvier 2011 (primes de janvier à novembre 2010) auxquelles la recourante n'a donné aucune suite. S'agissant de ces primes, la Chambre de céans a d'ailleurs prononcé, en date du 24 avril 2018, la mainlevée de l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° 14 115144 B à hauteur de CHF 3'655.80 avec intérêts à 5% l'an dès le 9 septembre 2010, plus CHF 100.- de frais administratifs (ATAS/354/2018). Par conséquent, force est de constater que la recourante se trouve en retard de paiement depuis le 17 octobre 2010 (date de la notification de la première sommation), ce qui empêchait toute résiliation ultérieure de l'affiliation auprès de l'intimée. Compte tenu de ce qui précède, la recourante n'était pas autorisée à

s'affilier auprès d'ASSURA dès le 1er janvier 2013 et l'intimée aurait dû en informer ASSURA. Si cette omission a certes entraîné, à tort, une double affiliation de la recourante, elle ne saurait toutefois permettre à cette dernière, en retard de paiement depuis le 17 octobre 2010, de se départir du contrat qui la lie à l'intimée. Qui plus est, la recourante savait pertinemment qu'elle ne pouvait s'affilier auprès d'un nouvel assureur tant qu'elle ne s'était pas acquittée de l'intégralité des primes dues à l'intimée. En effet, en novembre 2009 déjà, elle avait résilié son contrat avec AUXILIA, alors qu'elle était également en retard de paiement, de sorte que son affiliation auprès du nouvel assureur avait alors dû être annulée. Son affiliation auprès de MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA en 2011 avait également dû être annulée pour ce motif. En outre, à plusieurs reprises, l'intimée a rendu la recourante attentive sur son obligation de payer l'intégralité des primes pour pouvoir changer d'assureur (courriers des 25 novembre 2011 et 10 janvier 2012). De surcroît, la recourante n'allègue pas avoir notifié à l'intimée une résiliation du contrat avec effet au 31 décembre 2012. Il s'ensuit que la recourante était affiliée sans discontinuer auprès de l'intimée pendant la période litigieuse courant du mois d'octobre 2011 à janvier 2013, mais pas au-delà suite à l'accord intervenu entre HELSANA et ASSURA. 9. La recourante invoque la prescription des primes d'octobre 2011 à février 2016. a. Aux termes de l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée.

A/730/2017 - 19/22 - En adoptant cette disposition, le législateur n'a fait aucune distinction entre cotisation annuelle et cotisation mensuelle, étant rappelé que les créances de cotisations portent en général sur une année civile (FF 1991 II 181 ss ad art. 31). b. Une caisse-maladie est ainsi en droit de réclamer dans le délai de péremption de cinq ans le paiement des cotisations (ATAS/762/2005 du 7 septembre 2005). Le délai de péremption ne peut être ni interrompu, ni prolongé (ATF 126 II 145). Il peut toutefois, en vertu d'un principe général du droit, être restitué si l'intéressé a été empêché sans sa faute par des circonstances insurmontables d'agir à temps (ATF 136 II 193; ATF 125 V 265; ATF 114 V 124). En l'occurrence, les pièces versées à la procédure permettent de constater que s'agissant des primes d'octobre 2011 à juin 2014, l'intimée a adressé à la recourante, entre le 7 décembre 2013 et le 10 septembre 2014, six factures, sept rappels, trois sommations et une décision. Les primes dues pour la période allant du mois d'octobre 2011 au mois de janvier 2013, s'établissent comme suit : - octobre 2011 à août 2012 = CHF 6'600.- soit 11 fois CHF 600.- / tarifs bilatéraux ; - septembre 2012 à décembre 2012 = CHF 1'838.- soit 4 fois CHF 459.50 / tarifs standard GE - janvier 2013 = CHF 485.50 / tarif standard GE Soit au total (en capital) CHF 8'923.50 Étant rappelé que l'intimée a accepté par courrier du 1er avril 2020 de libérer la recourante du paiement des primes postérieures au mois de janvier 2013. L'intimée a facturé à la recourante les primes bien avant l'écoulement du délai de cinq ans. Au surplus, les rappels, les sommations et les décisions portant sur ces primes ont également été adressés à la recourante avant l'écoulement du délai de cinq ans. Partant, le grief invoqué par la recourante doit être écarté pour les primes dues depuis octobre 2011 jusqu'au mois de janvier 2013. Il s'ensuit que les montants correspondant aux primes dues pour les mois d'octobre 2011 à janvier 2013 doivent être confirmés. 10. En vertu de l'art. 26 al. 1, 1ère phrase LPGA, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. Le taux d'intérêt moratoire pour les primes échues est de 5% par année (art. 105a OAMal). Selon l'art. 5.2 des conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de BASIS (CA), éditions des 1er janvier 2006 et 2014, les primes sont échues le

premier jour de chaque mois ou le premier jour de la période convenue, si tel est le cas.

A/730/2017 - 20/22 - Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée réclame des intérêts moratoires de 5% dès le 19 janvier 2014, sur le montant dû au titre des primes pour la période allant d'octobre 2011 à janvier 2013, étant précisé que le montant des intérêts réclamés devra être recalculé, en fonction de l'accord intervenu, afin de correspondre au montant de CHF 8'923.50 dû pour les primes d'octobre 2011 à janvier 2013. 11. a. S'agissant des frais de rappel, de mise en demeure, il suffira de rappeler qu'ils sont prévus par l'art. 105b al. 3 OAMal (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) et l'art. 105b al. 2 OAMal (dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2012). Aux termes de ces dispositions, lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun (dès le 1er janvier 2012 : « effectué à temps »), l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs (dès le 1er janvier 2012 : « d'un montant approprié »), 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, puisque l'art. 5.5 des conditions d'assurance BASIS de l'assurance obligatoire des soins - éditions janvier 2006 et janvier 2014 - prévoit que les frais résultant du retard dans l'acquittement des primes et participations aux coûts, comme par ex. les frais de rappel et les frais d'encaissement, vont à la charge de la personne assurée. b. En l'occurrence, l'intimée a notifié à la recourante sept rappels et trois sommations (pour les primes d'octobre 2011 à janvier 2014). C'est par conséquent à bon droit que l'intimée réclame le paiement de frais forfaitaires de : - CHF 120.- de frais de rappel et CHF 80.- de frais de traitement (pour les primes d'octobre 2011 à juin 2014, ramenées, suite à l'accord, aux primes d'octobre 2011 à janvier 2013) ; Ces montants, qui ne sont pas discutés par la recourante, n'ont pas été fixés de façon manifestement inexacte ou en violation du droit. 12. Compte tenu de ce qui précède, la décision sur opposition portant sur le paiement des primes dues d'octobre 2011 à janvier 2013, le paiement des intérêts moratoires, pour ces primes et les frais de rappel et de traitement, ne prêtent pas le flanc à la critique. 13. En conséquence, le recours sera partiellement admis, dans la mesure de l'accord intervenu postérieurement entre les assurances et conduisant à la libération de la recourante par l'intimée du paiement des primes d'assurance-maladie postérieures au mois de janvier 2013 et la décision réformée dans le sens des considérants. 14. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

A/730/2017 - 21/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Admet partiellement le recours. 3. Donne acte à HELSANA ASSURANCES SA, de ce que suite à l'accord conclu avec ASSURA-BASIS SA, elle renonce à toute prétention pécuniaire à l'égard de la recourante, en capital, intérêts et frais, se rapportant aux primes d'assurance-maladie postérieures à janvier 2013, soit notamment les primes des mois de février 2013 jusqu'à juin 2014. 4. L'y condamne en tant que de besoin. 5. Donne acte à ASSURA-BASIS SA de ce que suite à l'accord conclu avec HELSANA ASSURANCES SA, elle dédommagera cette dernière des frais de poursuites et administratifs pour toutes les primes d'assurance-maladie postérieures à janvier 2013, soit notamment les primes des mois de février 2013 jusqu'à juin 2014. 6. L'y condamne en tant que de besoin. 7. Donne acte à la recourante qu'elle est libérée du paiement des primes d'assurance- maladie des mois de février 2013 jusqu'à juin 2014, en capital, intérêts et frais, à l'égard de HELSANA ASSURANCES SA. 8. Réforme la décision de HELSANA ASSURANCES SA du 25

janvier 2017 en ce sens que, vu l'accord intervenu entre ASSURA-BASIS SA et HELSANA ASSURANCES SA et à la libération du paiement des primes postérieures à janvier 2013, la recourante est condamnée à payer à HELSANA ASSURANCES SA le montant des primes d'assurance-maladie pour les mois d'octobre 2011 à janvier 2013 inclus, soit au total CHF 8'923.50, ainsi que les intérêts de retard, par 5% sur le montant des primes, dès le 19 janvier 2014 et les frais de rappel et de sommation respectivement par CHF 120.- et CHF 80.-. 9. Dit que la procédure est gratuite. 10. 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) ; le mémoire de recours doit indiquer les

A/730/2017 - 22/22 - 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

Nathalie LOCHER

Le président

Philippe KNUPFER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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