

GE_GERICHTE ATAS/683/2011 vom 5. Juli 2011

GE Cour de justice, 2011-07-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_683_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/683/2011 du 5 juillet 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/683/2011 del 5 luglio 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique tant des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Selon l'art. 1er al. 1er LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie à moins que la LAMal n'y déroge expressément.

E. 3

À teneur de l'art. 4 al. 1er let. b et al. 4 de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; RSGe E 5 10), applicable en vertu des art. 61 LPGA et 89A LPA, sont considérées comme des décisions les mesures individuelles et concrètes prises par l'autorité dans les cas d'espèce fondées sur le droit public fédéral, cantonal ou communal et ayant notamment pour objet de constater l'existence, l'inexistence ou l'étendue de droits, d'obligations ou de faits. Lorsqu'une autorité mise en demeure refuse sans droit de statuer ou tarde à se prononcer, son silence est assimilé à une décision. Aux termes de l'art. 49 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 (al. 1er). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (al. 4). L'art. 63 al. 6 LPA dispose qu'une partie peut recourir en tout temps pour déni de justice ou retard non justifié si l'autorité concernée ne donne pas suite rapidement à la mise en demeure prévue à l'art. 4 al. 4 précité. Interjeté dans les formes prévues par la loi (voir les art. 56 ss LPGA) suite à la mise en demeure du 15 février 2011, le recours formé le 15 mars 2011 est recevable.

E. 4

L'objet du présent litige est circonscrit à la question de savoir si l'intimée peut se voir reprocher un déni de justice formel à l'égard du recourant et si ce dernier est fondé à réclamer une décision formelle.

E. 5

En l'espèce, force est de constater que l'assurance a pris en charge les factures de la Dresse C_____ pour les soins dispensés durant l'année 2010, et notamment la facture évoquée par l'assuré (23 mars 2010 : 240 fr. 85), en versant les montants dus, après déduction de la participation de l'assuré, directement à la Dresse C_____ selon la cession de créance convenue pour les soins prodigués du 23 mars au 20 décembre 2010. Le médecin concerné confirme d'ailleurs qu'aucune de ses factures pour les soins dispensés en 2010 n'est impayée. Il s'avère ainsi que la caisse a rapidement et diligemment répondu à la demande de l'assuré, en tout cas aux questions clairement posées, qui visaient uniquement les factures de la Dresse C_____, la brève mention manuscrite concernant l'ostéopathie étant alors incompréhensible. En transmettant le 21 février 2011 à l'assuré le décompte demandé le 15 février 2011, la caisse a agi avec célérité et elle n'a donc commis aucun déni de justice. On ne discerne en effet pas quelle décision formelle sujette à opposition, puis à recours, la caisse aurait dû notifier dans ce cadre, dès lors qu'aucun refus de prester n'était en cause, que toutes les factures étaient payées et qu'aucune des hypothèses de l'art. 49 LPGA n'était réalisée. C'est lors de son recours seulement et dans ses écritures ultérieures que l'assuré a exposé qu'il contestait le refus de prise en charge de la facture de 90 fr. et de 270 fr. de son ostéopathe. Il s'avère après instruction que ce refus ressort du décompte de la caisse du 25 février 2011. Formellement, l'assuré aurait donc dû contester ce décompte, solliciter une décision formelle, y faire opposition puis recours, le cas échéant. Toutefois, par économie de procédure et compte tenu du fait que la situation est claire, ce grief, de même que ceux soulevés ultérieurement seront également tranchés. En premier lieu, il est exact que le traitement d'ostéopathie, à la différence de celui de physiothérapie (dispensé en 2005-2006 par M. E_____, qui est physiothérapeute et ostéopathe), n'est pas pris en charge par l'assurance de base selon le catalogue exhaustif prévu par ordonnance, que ce soit suite à une maladie ou à un accident, les deux éventualités étant soumises à la LAMal (et non pas à la LAA) selon le contrat (art. 5 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie). On ne sait d'ailleurs pas qui a biffé la mention de physiothérapie pour la remplacer par ostéopathie lors de la prescription du 17 septembre 2010, mais les généralistes et les ostéopathes savent que l'ostéopathie n'est pas remboursée par l'assurance de base et ils auraient ainsi dû avertir leur patient de ce fait.

A/893/2011 - 8/9 - En second lieu, la facture de la Dresse C_____ pour les soins dispensés du 6 au 20 décembre 2010 (378 fr. 50) faisait encore l'objet d'une cession de créance et a été payée en totalité par la caisse au médecin le 8 mars 2011. Celles pour les soins dispensés du 17 janvier au 17 mars 2011 (3 factures: 378 fr. 50, 464 fr. 50 et 378 fr. 50) ont été remboursées à concurrence de 90% à l'assuré selon les décomptes des 25 février et 29 avril 2011, car elles ne font pas l'objet d'une cession de créance. Si l'assuré n'a pas payé les montants dus à son médecin, cela ne concerne en rien la caisse. La caisse a donc versé à l'assuré toutes les prestations dues. En troisième lieu, s'agissant des poursuites, il n'y en a aucune en cours de la part d'ASSURA. L'ensemble du recours de l'assuré est donc mal fondé. Le recourant est pour le surplus averti que l'emploi abusif de procédures peut être

sanctionné selon l'art. 88 LPA et que l'usage d'insultes ou de propos inconvenants dans des écritures est inadmissible. Ainsi, s'il devait à l'avenir être amené à solliciter des informations de sa caisse, cas échéant à recourir contre une décision formelle de celle-ci, il devra s'abstenir de tels propos et s'abstenir de saisir les tribunaux du fait qu'il a égaré une facture. S'il est incapable pour des raisons inhérentes à sa personne ou à son état de santé de respecter ces règles, il devra se faire représenter.

E. 6

Le recours pour déni de justice est mal fondé et il est rejeté.

A/893/2011 - 9/9 - 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.