

## GE\_GERICHTE A/100/2018 vom 20. August 2018

GE Cour de justice, 2018-08-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_100\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_100_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/100/2018 du 20 août 2018

IT: GE\_GERICHTE A/100/2018 del 20 agosto 2018

### Erwägungen

#### E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CARTIGNY recourant contre HELSANA ASSURANCES SA, sise Zürichstrasse 130, DÜBENDORF intimée EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1943, est assuré depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008 pour l'assurance obligatoire des soins selon le modèle BASIS PREMEDI 24 avec une franchise annuelle de CHF 2'500.- auprès d'Avanex Assurances SA (ci-après Avanex ou l'assurance).!

2. Dès 2008, l'assuré a régulièrement déclaré à Avanex qu'il résiliait son assurance-maladie pour la fin de l'année. Ces résiliations n'ont toutefois pas abouti en raison des arriérés de paiement subsistant aux dates où la résiliation devait déployer ses effets.!

3. Le 9 novembre 2015, l'assuré a déclaré à Avanex qu'il résiliait son assurance-maladie pour le 31 décembre 2015. !

4. Le 14 novembre 2015, Avanex a attiré l'attention de l'assuré sur le fait qu'elle ne pourrait résilier son assurance-maladie que s'il ne subsistait aucun arriéré de paiement au moment de la fin du contrat. !

5. Le 6 janvier 2016, Avanex a adressé à l'assuré la police valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016. La prime mensuelle due au titre de l'assurance-maladie s'élevait à CHF 389.15. !

6. Le 12 janvier 2016, Avanex a confirmé à l'assuré que la résiliation de l'assurance-maladie n'était pas valable, eu égard aux factures en souffrance. !

7. Par arrêt du 11 janvier 2016 ( ATAS/5/2016 ), la chambre de céans a prononcé la mainlevée de l'opposition de l'assuré à la poursuite n° 1\_\_\_\_\_ introduite par Avanex et portant sur les primes d'assurance pour 2013 ainsi que divers frais administratifs et de poursuite.!

8. Par arrêt du 22 février 2016 ( ATAS/138/2016 ), la chambre de céans a prononcé la mainlevée de l'opposition de l'assuré à la poursuite n° 2\_\_\_\_\_ introduite par Avanex et portant sur la participation de l'assuré aux coûts médicaux en 2013 et 2014 ainsi que divers frais de poursuite et administratifs, et mis un émolument de CHF 300.- à sa charge. Elle a retenu que l'assuré agissait de façon téméraire en persistant à invoquer un défaut d'affiliation et en avançant des arguments identiques à ceux invoqués dans ses recours précédents, qu'elle avait déjà écartés. !

9. Le 2 septembre 2016, l'assurance a adressé à l'assuré un décompte de prestations de CHF 140.10 correspondant à la facture d'Unilabs du 24 août 2016. Ce décompte a fait l'objet de rappels le 23 octobre 2016, le 19 novembre 2016, assorti de frais de CHF 40.-, et le 19 décembre 2016, assorti de frais de CHF 40.-. !

10. Le 28 octobre 2016, l'assurance a adressé à l'assuré un décompte de prestations de CHF 512.70 correspondant au traitement du 26 au 31 août 2016 par le Dr B\_\_\_\_\_, s'élevant à CHF 222.70, et aux analyses pratiquées par Unilabs le 18 octobre 2016, s'élevant à CHF 290.-. Cette facture a fait l'objet de rappels le 17 décembre 2016, le 9 janvier 2017, assorti de frais de CHF 40.-, et le 4 février 2017, assorti de frais de CHF 60.-. !

11. A la même date, l'assurance a adressé à l'assuré un décompte de prestations de CHF 855.70 correspondant à sa participation au traitement prodigué par

Madame C \_\_\_\_\_ du 9 novembre 2016, facturé CHF 885.-, aux médicaments, facturés CHF 168.-, et aux moyens auxiliaires, facturés CHF 109.25. Cette facture a fait l'objet d'un premier rappel le 8 janvier 2017. ![/endif]>![if> 12. Le 26 novembre 2016, l'assurance a adressé à l'assuré un décompte de prestations de CHF 254.70 correspondant à la quote-part de 10 % du coût du traitement prodigué par le Dr D \_\_\_\_\_ du 21 mars au 6 octobre 2016, soit CHF 2'547.-. Cette facture a fait l'objet d'un premier rappel le 9 janvier 2017. ![/endif]>![if> 13. Le 24 décembre 2016, l'assurance a adressé à l'assuré un décompte de prestations de CHF 126.20, correspondant à sa quote-part des coûts des traitements prodigués par le Dr B \_\_\_\_\_ du 18 octobre au 15 novembre 2016(CHF 70.-), des analyses pratiquées par AMS du 1 er décembre 2016 (CHF 84.-, CHF 292.- et CHF 592.-), et des médicaments dispensés par la Pharmacie Populaire Grosclaude le 1 er décembre 2016 (CHF 23.85). Cette facture a fait l'objet de trois rappels le 11 février 2017, le 11 mars 2017, assorti de frais de CHF 40.-, et le 8 avril 2017, assorti de frais de CHF 60.-. ![/endif]>![if> 14. Le 1 er janvier 2017, Helsana Assurances SA (ci-après Helsana) a fusionné avec Avanex, dont elle a repris les actifs et les passifs. Selon l'extrait du registre du commerce, Avanex a été radiée.![endif]>![if> 15. Le 14 janvier 2017, Helsana a adressé à l'assuré un décompte de prestations fixant à CHF 11.60 sa participation pour le coût des analyses d'AMS du 1 er décembre 2016 (CHF 116.-). Cette facture a fait l'objet de trois rappels les 4 et 31 mars 2017, assorti de frais de CHF 10.-, et le 30 avril 2017, assorti de frais de CHF 20.-. ![/endif]>![if> 16. Le 4 février 2017, Helsana a adressé un rappel à l'assuré portant sur les factures de CHF 855.70 du 19 novembre 2016 et de CHF 254.70 du 26 novembre 2016, auxquels s'ajoutaient CHF 40.- de frais. Un nouveau rappel a été adressé en date du 4 mars 2017 pour ces factures, assorti de frais de CHF 80.-.![endif]>![if> 17. Le 4 mai 2017, Helsana a adressé un rappel à l'assuré portant sur sa participation aux coûts de l'assurance-maladie de mars à décembre 2016, soit CHF 2'023.20, frais de rappel inclus. ![/endif]>![if> 18. Helsana a adressé à l'assuré une sommation en date du 5 juin 2017 l'invitant à régler un montant de CHF 2'221.-, comprenant la participation aux coûts de l'assurance-maladie de CHF 1'901.- pour mars à décembre 2016 et CHF 320.- de frais de rappel. ![/endif]>![if> 19. Par arrêt du 6 juin 2017 ( ATAS/455/2017 ), la chambre de céans a prononcé la mainlevée de l'opposition de l'assuré à la poursuite n° 3 \_\_\_\_\_ portant sur les primes d'assurance pour 2016 et divers frais administratifs et de poursuite.![endif]>![if> 20. Par arrêt du 19 juin 2017 ( ATAS/513/2017 ), la chambre de céans a prononcé la mainlevée de l'opposition de l'assuré à la poursuite n° 4 \_\_\_\_\_ introduite par Avanex et portant sur les primes d'assurance de juillet 2009 à décembre 2009 ainsi que divers frais administratifs et de poursuite. ![/endif]>![if> 21. Le 4 septembre 2017, l'Office des poursuites du canton de Genève a notifié à l'assuré un commandement de payer dans la poursuite n° 5 \_\_\_\_\_ portant sur un montant de CHF 1'901.- à titre de participation aux coûts de l'assurance-maladie, des frais de rappel de CHF 320.- et des frais de poursuite de CHF 60.-. ![/endif]>![if> 22. Par décision du 18 septembre 2017, Helsana a condamné l'assuré à lui verser un montant de CHF 2'294.30 et a prononcé la mainlevée définitive de l'opposition formée dans le cadre de la poursuite n° 5 \_\_\_\_\_ à concurrence de ce montant, composé d'une participation aux coûts d'assurance-maladie de CHF 1'901.- pour la période de mars à décembre 2016, CHF 320.- de frais de rappel et CHF 73.30 de frais de contentieux. ![/endif]>![if> 23. Le 25 octobre 2017, l'assuré a formé opposition à la décision de mainlevée du 18 septembre 2017. Il a reproché à Helsana un défaut de motivation, ce qui violait son droit d'être entendu. Les montants en cause n'étaient ni explicités ni prouvés, et il n'était lié à Helsana par aucun contrat, de sorte que la décision

était nulle. Il mettait en demeure l'assurance de retirer la poursuite n° 5\_\_\_\_\_.

24. Par décision du 22 novembre 2017, l'assurance a admis l'opposition pour les prestations non à charge de l'assurance obligatoire à hauteur de CHF 40.- et l'a rejetée sur les autres points. Au chiffre 2 de son dispositif, elle a noté « La décision de mainlevée est réformée et l'opposition est écartée comme suit : CHF 1'861.- créance principale, CHF 320.- frais de rappel ». Elle a noté que malgré plusieurs sommations, l'assuré ne s'était pas acquitté de ses participations à l'assurance-maladie. Le montant de CHF 1'901.-, auquel s'ajoutaient les frais de rappel de CHF 320.-, se décomposait ainsi : - prestation d'août 2016 CHF 140.10 - prestations d'août et octobre 2016 CHF 512.70 - prestations de novembre 2016 CHF 855.70 - prestations de mars à octobre 2016 CHF 254.70 - prestations d'octobre à décembre 2016 CHF 126.20 - prestation de décembre 2016 CHF 11.60 Les décomptes de prestations portant sur les montants de CHF 140.10 et CHF 126.20 comportaient chacun un montant de CHF 20.- découlant de prestations non couvertes par l'assurance obligatoire des soins. Partant, la mainlevée d'opposition ne pouvait porter sur ces montants. Quant à l'affiliation de l'assuré, elle avait déjà fait l'objet de plusieurs arrêts et avait ainsi force de chose jugée.

25. L'assuré a interjeté recours contre cette décision par écriture du 15 janvier 2018. Il a conclu, préalablement, à l'apport de ses dossiers auprès d'Avanex et d'Helsana et à ce qu'un délai lui soit accordé pour compléter son recours, au fond à ce qu'il soit dit que la décision litigieuse était arbitraire, à son annulation, à la confirmation de l'opposition à la poursuite n° 5\_\_\_\_\_, à ce qu'il soit dit que la poursuite n° 5\_\_\_\_\_ n'irait pas de l'avant, à ce qu'il soit constaté que la poursuite n° 5\_\_\_\_\_ était échue, à ce qu'il soit constaté que le changement d'assureur avait été rendu impossible par Avanex puis par l'intimée, à ce qu'il soit dit que les sommes faisant l'objet de la poursuite n'étaient pas dues et à l'annulation de tous les frais, indemnités de retard, intérêts de retard et intérêts.

Le recourant a affirmé ne pouvoir se déterminer sur les montants réclamés, à défaut de motivation. Il a également contesté la qualité de créancière de l'intimée, qui ne pouvait se substituer à Avanex dans le cadre de la poursuite n° 5\_\_\_\_\_, à défaut d'avoir satisfait aux obligations légales en la matière. Ses décisions étaient ainsi caduques, illégales et arbitraires. Aucun contrat ne liait le recourant à l'intimée, si bien que les décisions étaient nulles. Il a invoqué la péremption du contrat d'assurance conclu en 2008.

26. Dans sa réponse du 13 février 2018, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours et à la condamnation du recourant pour téméraire plaideur. Elle a notamment souligné que le recourant était forclos à invoquer les dispositions protégeant le débiteur en cas de changement de créancier. Par ailleurs, le dossier produit à l'appui de sa réponse contenait tous les éléments nécessaires à la compréhension de la procédure de poursuite. Le recourant avait déjà déposé une multitude de recours contenant les mêmes arguments. Il avait déjà été condamné une première fois à une amende pour ce motif. Contre toute attente, il continuait d'avancer les mêmes arguments et à envoyer ses factures à l'intimée. Son point de vue était ainsi manifestement insoutenable.

L'intimée a produit le dossier de la cause.

27. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant, en l'informant de la possibilité de consulter le dossier de l'intimée.

28. Par réplique du 9 avril 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a notamment affirmé avoir besoin des copies des factures payées et des preuves de leur paiement dans une procédure de mainlevée, que l'intimée avait refusé de lui fournir. Il a mis en cause l'authenticité des décomptes de l'intimée, l'un d'eux étant daté du

24 décembre 2016. <sup>29.</sup> Le 17 avril 2018, l'intimée a produit les factures qu'elle avait prises en charge en 2016. Il s'agissait des prestations suivantes :

- trois factures correspondant à des traitements dispensés par les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) les 27 janvier 2016 (CHF 157.70), 25 février 2016 (CHF 115.10) et 23 mars 2016 (CHF 640.25),
- facture d'Unilabs pour la prestation du 24 août 2016 (CHF 140.10),
- facture du Dr B\_\_\_\_\_ pour le traitement du 26 au 31 août 2016 (CHF 222.71),
- facture du Dr D\_\_\_\_\_ pour le traitement du 21 mars au 6 octobre 2016 (CHF 2'547.-),
- facture d'Unilabs pour la prestation du 18 octobre 2016 (CHF 290.-),
- facture du Dr E\_\_\_\_\_ pour le traitement de novembre 2016 (CHF 1'162.27),
- facture du Dr B\_\_\_\_\_ pour le traitement du 18 octobre au 15 novembre 2016 (CHF 70.-),
- factures d'AMS Analyses médicales pour les prestations du 1<sup>er</sup> décembre 2016 (CHF 104.-, CHF 592, CHF 292.-, CHF 116.-),
- facture de la Pharmacie populaire du 1<sup>er</sup> décembre 2016 (CHF 23.85).

<sup>30.</sup> Le 8 mai 2018, le recourant a indiqué qu'il semblait que l'intimée le poursuivait deux fois pour le même montant. Il requérait un délai complémentaire pour se déterminer et l'apport de son dossier complet.

<sup>31.</sup> Le 9 mai 2018, l'intimée a transmis à la chambre de céans la décision de la Chambre de surveillance des offices des poursuites et faillites du 3 mai 2018 rejetant les plaintes du recourant portant sur plusieurs poursuites intentées par l'intimée.

<sup>32.</sup> Par courrier du 18 mai 2018, le recourant a requis la suspension de la cause jusqu'à droit jugé par le Tribunal fédéral, qu'il saisirait d'un recours contre la décision de la chambre de surveillance du 3 mai 2018. Il a précisé que cette décision ne concernait pas la poursuite n° 5\_\_\_\_\_.

<sup>33.</sup> La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimée le 30 mai 2018.

<sup>34.</sup> Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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 1<sup>er</sup> 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

En revanche, la conclusion constatatoire du recourant portant sur l'impossibilité de résiliation imputable à Avanex n'est pas recevable, dès lors qu'elle est subsidiaire à une action formatrice (ATF 129 V 289 consid. 2.1). Elle est du reste exorbitante au présent litige.

4. Le litige, tel que déterminé par la décision dont est recours, porte sur le bien-fondé de la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° 5\_\_\_\_\_ à concurrence du montant composé d'une participation aux coûts d'assurance-maladie de CHF 1'861.- pour la période de mars à décembre 2016, CHF 320.- de frais de rappel et CHF 73.30 de frais de contentieux.

5. Il convient préalablement de rejeter la requête de suspension du recourant, qui s'est prévalu du recours qu'il entendait interjeter contre la décision de la Chambre de surveillance des offices des poursuites et faillites du 3 mai 2018. En effet, dans la mesure où cette décision ne concerne pas la poursuite n° 5\_\_\_\_\_, l'arrêt du Tribunal fédéral à intervenir est en toute hypothèse sans incidence sur la présente procédure.

6. Aux termes de l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des

soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (al. 2 let. b).<sup>7</sup>

Le système du tiers payant (par opposition au système du tiers garant) est prévu à l'art. 42 al. 2 1<sup>ère</sup> phrase LAMal, selon lequel assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération. Il s'agit d'une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations, qui a pour effet de libérer l'assuré de sa dette à l'égard de ce dernier. Dans ce système, l'assuré envoie les factures à son assureur ou ce dernier les reçoit directement du fournisseur de prestations. L'assureur est alors tenu d'indemniser la personne qui fournit les prestations. L'assureur est le débiteur direct du fournisseur (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 145/05 du 13 janvier 2006 consid. 5.2).<sup>8</sup>

Selon l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixé par année (franchise) (let. a); et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (let. b) (al. 2). Vu le caractère obligatoire de la participation de l'assuré aux coûts, l'assureur-maladie ne saurait renoncer à la percevoir (ATF 129 V 396 consid. 1.2). Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes et des participations aux coûts. Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_786/2008 du 31 octobre 2008 consid. 3.1).

8. En vertu de l'art. 105 b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal – RS 832.102), 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 (al. 1). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (al. 2).

L'assureur peut émettre des règles autonomes quant aux frais de sommation perçus en cas de demeure de l'assuré, pour autant que ces coûts aient été causés par l'assuré et que le dédommagement soit approprié (ATF 125 V 276 consid. 2c/bb). En d'autres termes, l'assurance doit s'en tenir au principe d'équivalence, qui exige qu'un émolument ne soit pas en disproportion manifeste par rapport au paiement en souffrance et reste dans des limites raisonnables (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_874/2015 du 4 février 2016 consid. 4.1 et les références). Les frais administratifs ne doivent pas être une source de revenus supplémentaires pour l'assurance mais uniquement couvrir ses coûts (Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung in Soziale Sicherheit*, SBVR, Band XIV, 3<sup>ème</sup> éd. 2016, n. 1349).

Les conditions d'assurance PREMEDI-24 prévoient au chiffre 8.6 qu'en cas de paiements directs aux fournisseurs de prestations par l'assureur, la personne assurée est tenue de rembourser les franchises annuelles convenues et / ou les quotes-parts dans les 30 jours qui suivent la facturation de l'assureur. Si la personne assurée ne paie pas son dû, le chiffre 8.5 est applicable par analogie. Selon le chiffre 8.7, 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. 9. Le Tribunal fédéral a considéré que des frais de CHF 160.- prélevés pour des factures impayées d'un montant total de l'ordre de CHF 2'130.- environ restaient proportionnés, bien qu'il s'agissait d'un cas limite (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 112/05 du 2 février 2006 consid. 4.3). Il a retenu que des frais s'élevant à CHF 300.- pour des retards de paiements à hauteur de CHF 4'346.70 restaient également dans les limites acceptables au vu des circonstances (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 76/03 du 9 août 2005 consid. 3). Il n'a pas non plus remis en cause des frais de rappel de CHF 20.- pour une facture de CHF 62.50 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 24/06 du 3 juillet 2005). S'agissant de frais de rappel de CHF 480.- pour des factures de CHF 1'025.25, de CHF 280.- pour des factures de CHF 735.60, de CHF 280.- pour des factures de CHF 549.95, notre Haute Cour a considéré que les frais de rappel n'étaient plus dans une proportion raisonnable par rapport aux paiements de primes en retard, puisqu'ils représentaient de 40 à 50 % des primes impayées. Sans définir le ratio acceptable entre montant impayé et frais de rappel, le Tribunal fédéral a retenu que dans ce cas, le principe d'équivalence était clairement violé au vu des circonstances concrètes. Il a ainsi confirmé la réduction par l'instance inférieure des frais de rappel à CHF 120.- pour des impayés de CHF 549.95 et de CHF 735.60, et à CHF 240.- pour des impayés de CHF 1'025.25, en soulignant qu'il s'agissait là de frais qui restaient relativement élevés, sans qu'on puisse toutefois parler de disproportion manifeste (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_873/2015 du 4 février 2016 consid. 4.2.1).

10. Lorsque le créancier requiert une poursuite sans titre à la mainlevée préalable, il doit en cas d'opposition au commandement de payer agir par la voie de la procédure ordinaire ou administrative pour faire reconnaître son droit conformément à l'art. 79 al. 1 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP - RS 281.1). Lorsque la poursuite porte sur une créance de droit public, le bien-fondé de celle-ci doit faire l'objet d'une décision formelle de l'autorité administrative compétente, soit, en matière d'assurance-maladie sociale, des assureurs. Ceux-ci peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre à la mainlevée entré en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 LP. Dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation pécuniaire de l'assuré, mais elle statuera simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée (ATF 119 V 329 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 63/05 du 26 juin 2006 consid. 7.2). L'accès à un tribunal doit être garanti en vertu de l'art. 6 par. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH - RS 0.101). Cette garantie est sauvegardée lorsque le débiteur a la possibilité de saisir le tribunal cantonal des assurances compétent (ATF 121 V 109 consid. 3c).

11. Le juge des assurances est le juge ordinaire selon l'art. 79 LP et il a qualité pour lever une opposition à la poursuite en statuant sur le fond (ATF 109 V 46 consid. 4). En l'espèce, la chambre de céans relève une nouvelle fois que c'est à tort que le recourant se prévaut d'une absence de contrat le liant à l'intimée. Sur ce point, il suffit de le renvoyer à la lecture des considérants des arrêts déjà rendus sur cette question, qui valent mutatis mutandis dans la présente procédure.

[endif]>[if> Son argument ayant trait au défaut de motivation des frais encourus tombe également à faux, l'intimée lui ayant adressé des décomptes précis en lien avec les paiements demandés, qui lui permettaient de vérifier l'identité des fournisseurs de prestations et les montants facturés. Le recourant ne conteste pas que les soins qui font l'objet des décomptes précités lui ont bien été prodigués. Il est ainsi bien le débiteur du montant de CHF 1'861.- dû à ce titre, correspondant à sa participation aux frais de traitement après déduction de la franchise pour la période de mars à décembre 2016. En ce qui concerne les frais de rappel, l'intimée les a fixés à CHF 320.-. Si l'on se réfère aux montants facturés dans les différents rappels adressés au recourant, le montant total dû serait de CHF 430.- (soit CHF 40.- et CHF 60.- pour le décompte de CHF 512.70 du 28 octobre 2016, CHF 40.- et CHF 80.- pour les décomptes de respectivement CHF 855.70 et CHF 254.70 des 28 octobre et 26 novembre 2016, deux fois CHF 40.- pour le décompte de CHF 140.10 du 24 décembre 2016, CHF 40.- et CHF 60.- pour le décompte de CHF 126.20 du 24 décembre 2016 et CHF 10.- et CHF 20.- pour le décompte du 14 janvier 2017). S'il paraît douteux que le montant de CHF 430.- à titre de frais de rappel soit conforme au principe d'équivalence rappelé ci-dessus, on peut en revanche admettre que des frais de rappel de CHF 320.- restent adéquats, au vu des circonstances concrètes du cas. Il y a donc également lieu de condamner le recourant à s'en acquitter. On notera encore que dans la décision sujette à opposition, l'intimée a mis à charge du recourant des frais de contentieux de CHF 73.30. Ce montant correspond à l'avance de frais requise par l'Office des poursuites. Conformément à l'art. 68 1<sup>ère</sup> phrase de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP - RS 281.1), les frais de la poursuite sont à la charge du débiteur. Ils incombent dès lors également au recourant. Malgré ce qui précède, l'intimée n'a pas intégré ces frais dans la décision sur opposition. Le paiement de ces frais par le débiteur dans le cadre d'une poursuite est toutefois prévu par la loi, et un créancier est fondé à les prélever sur les premiers versements du débiteur (cf. art. 68 al. 2 LP). Partant, dans un tel cas, la caisse-maladie n'a pas à signifier de décision de mainlevée pour ces frais (arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 112/05 du 2 février 2006 consid. 5.1 et K 79/02 du 12 février 2003 consid. 4). Le recourant invoque notamment la péremption de la poursuite. Aux termes de l'art. 88 al. 2 LP, le droit de requérir la continuation de la poursuite se périe par un an à compter de la notification du commandement de payer. Si opposition a été formée, ce délai ne court pas entre l'introduction de la procédure judiciaire ou administrative et le jugement définitif. A l'évidence, la poursuite n'est pas périmée dans la présente procédure, le commandement de payer ayant été notifié en septembre 2017 seulement. Le recourant se prévaut également des droits que lui confère l'art. 77 LP, qui prévoit que si le créancier change au cours de la procédure de poursuite, le débiteur poursuivi peut former opposition jusqu'à la distribution des deniers ou jusqu'à la déclaration de faillite (al. 1). Le débiteur poursuivi doit former opposition devant le juge du for de la poursuite par des conclusions écrites et motivées dans les dix jours à compter de celui où il a eu connaissance du changement de créancier en rendant vraisemblables les exceptions opposables au nouveau créancier. On peut douter que cette disposition soit applicable en l'espèce, dès lors que c'est l'intimée et non Avanex qui a introduit la poursuite. Quoi qu'il en soit, le recourant serait forclos à soulever des moyens découlant de cette disposition, dès lors qu'il connaissait l'identité de la créancière dès la notification du commandement de payer. 12. Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimée doit être confirmée.

[endif]>[if> La chambre de céans prononcera ainsi la mainlevée de l'opposition à concurrence du montant faisant l'objet de la décision sur opposition, soit CHF 1'861.-, plus

les frais de rappel par CHF 320.-. Si la procédure est en principe gratuite, l'art. 61 let. a 2<sup>ème</sup> phrase LPGA prévoit que des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. Le point de savoir si un procès est téméraire doit être tranché en examinant non seulement l'attitude de la partie dans la procédure judiciaire mais également son comportement avant le procès (ATF 124 V 285 consid. 4b relatif à des cotisations de prévoyance professionnelle). En l'espèce, bien que le recourant ait multiplié les recours et qu'il a fait valoir en l'espèce des arguments juridiques déjà tranchés par la chambre de céans, cette dernière renoncera néanmoins à prélever des dépens, dès lors que le recours porte notamment sur le calcul des prestations dues de mars à décembre 2016, point qui n'a pas fait l'objet d'un arrêt entré en force. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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