

GE_GERICHTE A/1202/2018 vom 17. Juli 2018

GE Cour de justice, 2018-07-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1202_2018

FR: GE_GERICHTE A/1202/2018 du 17 juillet 2018

IT: GE_GERICHTE A/1202/2018 del 17 luglio 2018

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A _____, domicilié à VERSOIX recourant contre ASSURA-BASIS SA, sise Z.i. En Budron A1, MONT-SUR-LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1974, domicilié à Versoix (GE), est assuré auprès d'Assura-Basis SA (ci-après : l'assureur, l'intimé ou Assura), depuis le 1^{er} janvier 2000, pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). [endif]>[if> A. Faits concernant une prétention en remboursement d'un montant de CHF 421.15 : [endif]>[if> 2. Par courrier du 8 septembre 2011, l'assuré a demandé à l'assureur de lui restituer « le trop d'argents versés à [ladite] assurance, suite à la Poursuite à Nyon, qui a[vait] failli être payées 4x », à savoir « la somme de 317.20 Francs Suisse » (+ CHF 5.- pour l'envoi de cette lettre), montant qui faisait suite « au rappel de [sa] poursuite à Nyon ». [endif]>[if> 3. L'assureur lui a répondu, le 30 septembre 2011, que ledit montant de CHF 317.20 avait été imputé conformément au bulletin de versement référencé qu'il avait utilisé le 7 février 2011, et qu'à la suite de ce versement, la poursuite concernée avait été annulée, le 10 février 2011. Ladite somme n'avait pas été réglée plusieurs fois. [endif]>[if> 4. Dans un courrier du 24 mars 2017, concernant son « ex-dossier toujours ouvert [...] _____ - factures toujours non remboursées + factures à venir », l'assuré a indiqué à l'assureur qu'il attendait « toujours [ses] remboursements pour la poursuite [qu'il avait] payé plusieurs fois ». [endif]>[if> 5. L'assureur lui a répondu le 5 avril 2017 que, conformément aux informations qu'il lui avait transmises à maintes reprises, il n'y avait eu aucun double paiement concernant la poursuite n° 1 _____. [endif]>[if> 6. L'assuré lui a alors écrit, le 4 mai 2017, qu'il avait payé au moins deux fois la même facture en poursuite, avec des frais de rappels. Il a joint à son courrier le récépissé d'un versement de CHF 293.60 à l'office des poursuites de Nyon du 2 mars 2010 et celui d'un versement de CHF 317.20 à Assura du 7 février 2011. [endif]>[if> 7. Par courrier du 22 juin 2017, l'assureur a expliqué à l'assuré que le versement précité de CHF 293.60 à l'office des poursuites de Nyon ne concernait qu'un acompte sur la poursuite n° 2 _____, qui avait été reprise par l'office des poursuites de Genève par une poursuite n° 3 _____, et que le versement précité de CHF 317.20 avait couvert une poursuite n° 1 _____, qui avait été annulée à réception de ce versement. Il n'y avait pas eu de double versement comptabilisé sur sa police n° _____. [endif]>[if> 8. Dans un courrier du 5 décembre 2017, l'assuré a demandé à l'assureur de lui rembourser « au minimum les 317.20 », qu'il disait avoir payé même plus que deux fois pour la même facture, en précisant qu'il était normal que le numéro d'enregistrement de la poursuite soit différent en étant « passée du canton de Vaud à Genève ». [endif]>[if> 9. Le 22 février 2018 (traitant principalement de frais dentaires), l'assuré a demandé à l'assureur de lui rembourser « les 421.15 qui [lui avaient] été perçu plus d'une fois, car non seulement

[l'assureur les avait] demandé à l'époque auprès des prestations complémentaires, ou alors quand il y avait un oubli de [sa] part, cela [...] était directement remboursé et [il n'aurait] jamais dû être en poursuite ». ![/endif]>[/if> 10. Le 7 mars 2018, l'assureur a répondu à l'assuré n'avoir encaissé aucun versement d'une somme de CHF 421.15, et il l'a invité à lui préciser jusqu'au 20 mars 2018 à quoi correspondait exactement ce montant, à défaut de quoi il ne pourrait rendre de décision formelle. Il lui rappelait en outre qu'aucun double paiement n'avait été enregistré sur sa police. ![/endif]>[/if> B. Faits relatifs à une prétention en remboursement de factures d'honoraires de la Dre B_____, orthodontiste, émises durant les années 2000 à 2004 : ![/endif]>[/if> 11. Par le courrier précité du 4 mai 2017, l'assuré a par ailleurs adressé à l'assureur neuf factures de l'orthodontiste B_____, de respectivement CHF 440.40 (du 10 avril 2001), CHF 978.30 (du 8 octobre 2001), CHF 1'829.40 (du 18 février 2002), CHF 691.75 (du 22 juillet 2002), CHF 512.30 (du 18 novembre 2002), CHF 372.00 (du 17 mars 2003), CHF 558.00 (du 17 juillet 2003), CHF 1'669.85 (du 19 octobre 2004) et CHF 504.00 (du 3 juillet 2012). ![/endif]>[/if> 12. L'assureur lui a répondu le 21 juin 2017 que – sous réserve de la facture précitée de CHF 504.00 (du 3 juillet 2012), qui ferait l'objet d'un prochain décompte de prestations – les factures produites pour des soins effectués de 2000 à 2004 étaient périmées et il l'invitait à lui fournir un éventuel courrier par lequel il aurait renoncé à invoquer la prescription pour ces factures. ![/endif]>[/if> 13. Le 20 septembre 2017, l'assuré a transmis à l'assureur la copie d'un courrier du 17 juin 2005 par lequel ce dernier, en réponse à une demande de renonciation qu'il lui avait faite le 30 mai 2005, renonçait à se prévaloir de la prescription concernant les frais du Dr C_____. Selon lui, cette renonciation concernait aussi le « traitement annexe » (soit un traitement préparatoire orthodontique) aux traitements du Dr C_____, même si l'assureur ne l'avait pas précisé. L'assuré demandait à l'assureur de rendre une décision formelle à ce sujet. ![/endif]>[/if> 14. Le 11 octobre 2017, l'assureur a écrit à l'assuré qu'il avait remboursé la facture précitée de CHF 504.00 de la Dre B_____ (à hauteur d'un montant reconnu de CHF 446.40, sous déduction de sa participation de CHF 44.60) et, que s'agissant de la prescription des autres factures précitées dudit médecin, son service juridique lui ferait parvenir une décision dès que possible. ![/endif]>[/if> 15. Par décision du 6 novembre 2017, l'assureur a fait valoir que le délai quinquennal institué par l'art. 24 al. 1 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) était un délai de péremption (et non de prescription), et donc que même s'il avait accepté de renoncer à se prévaloir de la prescription à l'encontre des factures considérées du Dr C_____ (mais pas du Dr B_____), les factures considérées étaient atteintes par la prescription. Trois des factures considérées avaient fait l'objet de sa part d'un refus de prise en charge le 11 avril 2002. L'assureur acceptait d'allouer les prestations pour les soins effectués du 25 septembre au 25 octobre 2000 (CHF 440.40), du 20 au 27 septembre 2001 (CHF 978.30) et du 22 octobre 2001 au 4 février 2002 (CHF 1'829.40) ; un décompte de prestations parviendrait prochainement à l'assuré. Opposition pouvait être formée contre cette décision. ![/endif]>[/if> 16. Par courrier du 5 décembre 2017, l'assuré a formé opposition contre cette décision, s'insurgeant que l'assureur n'acceptait pas de lui rembourser toutes ses factures orthodontiques. Il mandatait un avocat. ![/endif]>[/if> 17. Le 19 décembre 2017, l'avocate Marlyse CORDONIER a demandé à l'assureur de lui remettre une copie des pièces relatives à la décision précitée du 6 novembre 2017, contre laquelle l'assuré avait formé opposition, afin de pouvoir conseiller ce dernier utilement. Elle demandait à l'assureur de surseoir à statuer sur cette opposition jusqu'à ce qu'elle ait pu compléter ladite opposition. ![/endif]>[/if> 18. L'assureur a

transmis les pièces requises à ladite avocate, par courrier du 10 janvier 2018. !

19. Le 22 février 2018, l'assuré (intervenant en personne) a réitéré auprès de l'assureur sa demande qu'une décision formelle soit rendue. !

20. Après que l'assureur lui eut demandé, par courriel du 2 mars 2018, quelle suite donner à ce courrier envoyé directement par l'assuré, l'avocate précitée a d'abord indiqué, téléphoniquement le 5 mars 2018, qu'elle allait discuter avec l'assuré et ferait ensuite savoir à l'assureur si elle allait continuer à défendre l'assuré ou si celui-ci continuerait la procédure seul, puis, par courrier du 16 mars 2018, elle a transmis à l'assureur la copie d'une lettre d'Assura du 14 août 2006 relative à des frais dentaires de l'assuré. Elle laissait à l'assureur le soin d'examiner si les frais dentaires en question concernaient les factures dont l'assureur refusait le remboursement, et, s'il persistait dans sa décision du 6 novembre 2017, de notifier une décision sur opposition directement à l'assuré, qui assumerait lui-même la suite de la défense de ses intérêts. !

21. Par décision sur opposition du 25 mai 2018, Assura a rejeté l'opposition de l'assuré à la décision précitée du 6 novembre 2017. !

22. Le 22 juin 2018, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Ce recours a été enregistré sous le n° A/2133/2018. !

C. Recours pour déni de justice!

23. Dans l'intervalle, soit par une écriture du 5 avril 2018, l'assuré avait saisi la CJCAS d'un recours pour déni de justice, qui a été enregistré sous le n° A/1202/2018. Il se plaignait de ce que l'assureur ne rendait pas de décision formelle concernant le non-remboursement de son traitement orthodontique (alors que l'assureur avait renoncé à se prévaloir de la prescription). Il faisait aussi grief à l'assureur de l'avoir « volé » comme des « usuriers professionnels », en feignant « d'ignorer [ses] paiements en quadruple ». !

24. Répondant à ce recours par une écriture du 9 mai 2018, Assura a distingué deux volets, dont elle a énuméré les faits relatés ci-dessus. S'agissant du remboursement requis de CHF 421.15, elle a affirmé qu'il n'y avait pas eu de paiement à double et que, faute de précision sur le prétendu paiement de CHF 421.15 (somme qu'elle n'avait jamais encaissée), elle ne pourrait rendre de décision formelle sur cette prétention en remboursement. Concernant le remboursement de factures d'honoraires de la Dre B_____, le recours formé par l'assuré l'empêchait de rendre une décision sur opposition. !

25. Le 24 mai 2018, l'assuré a indiqué qu'il n'y avait eu qu'une seule poursuite à son encontre, et non deux, d'abord dans le canton de Vaud puis dans celui de Genève (après qu'il s'y soit installé), de surcroît concernant uniquement des frais de rappel, Assura demandant directement au service des prestations complémentaires de régler les impayés. Il avait payé deux fois, et l'assureur l'avait alors encore remis aux poursuites pour les mêmes frais de rappel. Quant aux CHF 421.15, il s'agissait d'une méprise de sa part ; il contestait uniquement les frais administratifs. Concernant les frais dentaires, l'assureur avait payé intégralement ou presque les factures du Dr C_____, et il n'y avait pas de raison qu'il n'assume pas ceux de la Dre B_____ ; il n'avait pas mandaté l'avocate CORDONIER pour cette affaire. Au nombre des pièces produites par l'assuré figure une décision de mainlevée du 29 juillet 2009 d'une opposition formée à un commandement de payer notifié le 10 juillet 2009 pour un « solde dû à ce jour » de CHF 421.15 (décision sujette à opposition dans les trente jours). !

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), 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, étant précisé que, selon l'art. 56 al. 2 LPGa, le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. ¶ Quoique rédigé de façon peu compréhensible, le recours est recevable en tant que recours pour déni de justice, la qualité pour recourir à ce titre devant être reconnue à l'assuré. 2. Concernant la prétention en remboursement d'un montant de CHF 421.15, il s'impose de relever que l'intimé n'a pas refusé de rendre une décision formelle, mais, ne parvenant pas à identifier le paiement invoqué, il a demandé au recourant de lui préciser à quoi correspondait exactement ce montant, pour qu'elle puisse le cas échéant rendre une décision sur la prétention émise. Le recourant ne l'a pas fait dans le délai qu'il lui avait imparti à cette fin, préférant interjeter d'emblée un recours pour déni de justice devant la chambre de céans. Dans ses observations du 24 mai 2018, il a indiqué qu'il s'agissait d'une méprise de sa part et qu'il contestait uniquement les frais administratifs, et il a produit la copie d'une décision de mainlevée du 29 juillet 2009 d'une opposition formée à un commandement de payer notifié le 10 juillet 2009 pour un « solde dû à ce jour » de CHF 421.15 ; il sied de noter qu'il ne résulte pas de la copie du bulletin de versement également produit (sur la même photocopie) que ce montant a été effectivement payé par le recourant, ni, au demeurant, d'une quelconque pièce du dossier qu'il aurait formé opposition à ladite décision de mainlevée d'opposition (selon la voie de droit dûment indiquée dans cette décision). ¶ Dans ces conditions, il ne saurait être reproché de déni de justice à l'intimé en lien avec cette prétention en remboursement émise par le recourant. 3. S'agissant du second volet du recours, portant sur le remboursement de factures d'honoraires de la Dre B_____, force est de relever que l'avocate du recourant avait explicitement demandé à l'intimé de surseoir à statuer sur l'opposition formée par le recourant à l'encontre de la décision du 6 novembre 2017, l'invitant à rendre une telle décision que par un courrier du 16 mars 2018. Il ne saurait être considéré qu'en n'ayant pas encore statué trois semaines plus tard, soit le 5 avril 2018 lors du dépôt du recours, l'intimé a commis un déni de justice. Il a au demeurant rendu une décision sur opposition sur le sujet considéré le 25 mai 2018. Le recours est également mal fondé, et en tout état devenu sans objet en cours de procédure, sur le sujet considéré. ¶ Il sera statué ultérieurement sur le recours A/2133/2018. 4. Le recours doit donc être rejeté. ¶ 5. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). ¶ * * * * * 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.