

GE_GERICHTE A/1777/2005 vom 21. Juli 2005

GE Cour de justice, 2005-07-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1777_2005

FR: GE_GERICHTE A/1777/2005 du 21 juillet 2005

IT: GE_GERICHTE A/1777/2005 del 21 luglio 2005

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 21.07.2005
A/1777/2005

A/1777/2005 ATAS/622/2005 du 21.07.2005 (ARBIT) , SANS OBJET RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1777/2005 ARBIT ATAS/622/2005 DECISION DU TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES du 21 juillet 2005 En la cause Y_____ SA, à Plan-les-Ouates, mais comparant par Me Bernard ZIEGLER, en l'Etude duquel elle élit domicile contre ASSURA, assurance maladie et accident, avenue C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully ATTENDU EN FAIT Que Monsieur K_____ a bénéficié des services de Y_____ SA, société fournissant des soins et des traitements de type hospitalier à domicile ; Qu'en date du 22 mars 2004, l'assuré a cédé à Y_____ SA sa créance à l'encontre d'ASSURA, assurance maladie et accident (ci-après : l'assurance) ; Que cette cession a été notifiée à l'assureur avec les factures ; Que celles-ci n'ayant pas été honorées, Y_____ SA a mis en demeure l'assurance, par courrier du 13 avril 2005 de s'acquitter de ses obligations avant la fin du mois, à défaut de quoi, elle procéderait par la voie judiciaire ; Que, par courrier du 19 mai 2005 adressé au conseil de Y_____ SA, l'assurance a indiqué qu'elle reconnaissait la validité de la cession de créance litigieuse et demandé que lui soit fournie une cession de créance limitée dans le temps ; Qu'en date du 23 mai 2005, Y_____ SA, représenté par Me Ziegler, a saisi le Tribunal arbitral des assurances d'une requête dirigée contre ASSURA et concluant, sous suite de frais et dépens, à la condamnation de celle-ci au remboursement des prestations fournies, soit fr. 15'703.90 ; Que dans sa réponse du 21 juin 2005, l'assurance a indiqué qu'elle procédait à l'enregistrement des factures et qu'un versement interviendrait prochainement ; Qu'elle a dès lors sollicité un délai au 15 juillet 2005, lequel lui a été accordé ; Que par courrier du 28 juin 2005, l'assurance a informé le Tribunal de céans que le montant litigieux avait été versé sur le compte de la requérante, de sorte que la requête était devenue sans objet ; Qu'invitée à se déterminer, Y_____ SA a confirmé retirer sa requête, sous réserve de la condamnation de l'assurance aux frais et dépens, la procédure ayant été rendue indispensable par le refus de l'assurance de faire face à ses obligations ; Qu'en date du 11 juillet 2005, l'assurance s'y est opposée, en faisant qu'elle avait reconnu la validité des cessions de créances en date du 19 mai 2005 déjà, que les factures litigieuses ne lui avaient été retournées qu'en date du 10 juin 2005, qu'elles avaient fait l'objet de décomptes le 24 juin 2005 et que les procédures initiées par la requérante auraient donc pu être évitées, de sorte qu'il ne lui appartient pas d'en supporter les frais ; Que par courrier du 15 juillet 2005, le conseil de la requérante a relevé que ce n'est qu'après le dépôt de la requête que l'assurance s'est résolue à payer les factures en souffrance, que délai de mise en demeure avait expiré le 30 avril 2005 et qu'il n'avait d'ailleurs reçu le courrier du 19 mai 2005 qu'après avoir saisi le Tribunal ;
CONSIDERANT EN DROIT Que, selon l'art. 89 al. 1 de la loi fédérale sur

l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), les litiges entre assureurs et fournisseurs sont jugés par le Tribunal arbitral ; Qu'est compétent le Tribunal arbitral du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (art. 89 al. 2 LAMal) ; Qu'en l'espèce, la qualité de fournisseur de prestations au sens des art. 35ss LAMal et 38ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) de la requérante n'est pas contestée ; Que cette dernière est établie à Genève, ce qui fonde la compétence du Tribunal de céans ; Que la requête, motivée, satisfait aux conditions formelles, de sorte qu'elle est recevable ; Que le montant litigieux a été entièrement versé à la requérante, de sorte que le litige est devenu sans objet ; Qu'en vertu de l'art. 46 al. 1 et 2 de la loi cantonale d'application de la loi fédérale sur l'assurance maladie du 29 mai 1997 (LALAMal), les frais du Tribunal et de son greffe sont à la charge des parties, qu'ils comprennent les débours divers ainsi qu'une indemnité globale de Fr. 30.- à Fr. 300.-, que, dans son jugement, le Tribunal en fixe le montant et décide qui doit supporter les frais ; Que conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, celui qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens, même lorsque la procédure devient sans objet, pour autant que les chances de succès du procès le justifient (ATF 110 V 57 consid. 2a ; RCC 1989 p. 318 consid. 2b) ; Qu'en l'occurrence, force est de constater que ce n'est que suite au dépôt de la requête que l'assurance a procédé au versement du montant litigieux ; Qu'en effet, le délai de mise en demeure impartie précédemment par la requérante à l'assurance est arrivé à échéance sans que cette dernière ne s'exécute ; Que l'assurance a finalement reconnu devoir le montant litigieux, la requérante obtenant ainsi gain de cause ; Qu'il se justifie donc de condamner l'assurance en tous les frais de la cause ; Que ceux-ci s'élèvent à Fr. 300.- ; Qu'au surplus, une indemnité de Fr. 750.- sera allouée à la requérante pour ses frais d'avocat ; **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES** : Statuant Constate que le litige est devenu sans objet ; Raye la cause du rôle ; Met à la charge d'ASSURA, assurance maladie et accident, un émolument global de Fr. 300.- ; Condamne au surplus ASSURA à verser à Y_____ SA une indemnité de procédure de Fr. 750.- ; Informe les parties de ce que, conformément à l'art. 91 LAMal, elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable . Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ). La greffière Janine BOFFI Au nom du Tribunal Arbitral des assurances La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le