

GE_GERICHTE A/2133/2018 vom 9. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2133_2018

FR: GE_GERICHTE A/2133/2018 du 9 avril 2019

IT: GE_GERICHTE A/2133/2018 del 9 aprile 2019

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), a été assuré auprès d'Assura-Basis SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2015 pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).
2. Par courrier du 4 mai 2017, l'assuré a fait parvenir à l'assurance neuf factures émises par la docteure B_____, orthodontiste, pour des soins et frais de laboratoire effectués du 25 septembre 2000 au 2 avril 2012, à savoir :
- une facture (n°1) du 10 avril 2001 de CHF 440.40 pour des soins reçus du 25 septembre au 25 octobre 2000 ;
- une facture (n°2) du 8 octobre 2001 de CHF 978.30 pour des soins reçus du 20 au 27 septembre 2001 ;
- une facture (n°3) du 18 février 2002 de CHF 1'829.40 pour des soins reçus du 22 octobre 2001 au 4 février 2002 ;
- une facture (n°4) du 22 juillet 2002 de CHF 691.75 pour des soins reçus du 4 mars au 19 juillet 2002 ;
- une facture (n°5) du 18 novembre 2002 de CHF 512.30 pour des soins reçus du 2 septembre au 4 octobre 2002 ;
- une facture (n°6) du 17 mars 2003 de CHF 372.- pour des soins reçus du 6 janvier 2002 au 7 mars 2003 ;
- une facture (n°7) du 17 juillet 2003 de CHF 558.- pour des soins reçus du 20 mars au 4 juin 2003 ;
- une facture (n°8) du 19 octobre 2004 de CHF 2'022.50 (dont CHF 1'669.85 à verser) pour des soins reçus du 29 août 2003 au 8 juin 2004 ;
- une facture (n°9) du 3 juillet 2012 de CHF 504.- pour des soins reçus le 2 avril 2012.
3. Le 21 juin 2017, l'assurance a répondu à l'assuré qu'à l'exception de la facture (n°9) du 3 juillet 2012 de CHF 504.-, il y avait péremption pour les huit autres factures produites.
4. Par courrier du 20 septembre 2017, l'assuré a écrit à l'assurance que celle-ci avait renoncé à se prévaloir de la prescription pour les traitements du docteur C_____, et, disant suspecter que l'assurance allait « jouer sur les mots » pour contester que cette renonciation valait aussi pour les soins dispensés par la Dre B_____, il a imparti à l'assurance un délai de trente jours pour se déterminer formellement sur la prise en charge des factures précitées de ladite orthodontiste. En annexe à ce courrier, il a produit copie d'un courrier du 17 juin 2005 par lequel, en réponse à une demande de l'assuré du 30 mai 2005, l'assurance a accepté de renoncer à se prévaloir de la prescription « concernant les frais du Dr C_____ ».
5. Le 11 octobre 2017, l'assurance a indiqué à l'assuré que la facture du 3 juillet 2012 de CHF 504.- de la Dre B_____ avait fait l'objet, le 23 juin 2017, d'un décompte de prestations, aux termes duquel un montant de CHF 401.80 était reconnu en sa faveur. S'agissant des huit autres factures, le service juridique de l'assurance lui ferait parvenir une décision dès que possible.

6. Par décision du 6 novembre 2017, l'assurance a accepté d'allouer ses prestations pour les factures précitées n°1, 2 et 3 de respectivement CHF 440.40, CHF 978.30 et CHF 1'829.40, que l'assuré avait déjà produites antérieurement et que l'assurance avait alors refusé de prendre en charge par un courrier du 11 avril 2002. Les autres factures étaient atteintes par la péremption. Opposition pouvait être formée dans les trente jours contre cette décision. 7. Le 14 novembre 2017, l'assurance a adressé à l'assuré un décompte de prestations pour les trois factures précitées, aux termes duquel un montant de CHF 2'923.40 était reconnu en sa faveur. 8. Par courrier du 5 décembre 2017, l'assuré s'est opposé à la décision précitée de l'assurance. Son avocate allait lui demander de prendre en charge toutes les factures considérées concernant le traitement post-opératoire du Dr C_____. 9. Le 19 décembre 2017, se référant à ladite opposition formée par l'assuré, l'avocate Marlyse CORDONIER a demandé à l'assurance de lui faire parvenir une copie des pièces relatives à ce dossier et de surseoir à statuer sur l'opposition de l'assuré. 10. Le 10 janvier 2018, l'assurance a communiqué à Me CORDONIER une copie des pièces relatives à sa décision précitée du 6 novembre 2017. 11. Par courrier du 22 février 2018, l'assuré, indiquant avoir retrouvé des écrits de 2006 et 2008 par lesquels l'assurance refusait de lui rembourser ses frais dentaires, a demandé à cette dernière de se déterminer formellement sur le point de savoir si elle allait lui rembourser l'intégralité desdits « soins dentaires » (soit des soins préparatoires de la Dre B_____ pour l'opération du Dr C_____). 12. En réponse à un courriel que l'assurance lui a adressé le 2 mars 2018 pour l'inviter à prendre position et à la suite d'un entretien téléphonique du 5 mars 2018 avec elle, Me CORDONIER a écrit à l'assurance, le 16 mars 2018 que l'assuré n'avait trouvé dans son dossier, au titre d'un éventuel envoi des factures dont le remboursement était contesté, qu'une lettre du 14 août 2006 par laquelle l'assurance lui avait indiqué qu'elle avait sollicité des renseignements auprès de son médecin-dentiste conseil afin de pouvoir se déterminer quant au remboursement des frais dentaires qu'il lui avait soumis. Me CORDONIER précisait qu'il y avait lieu de notifier la décision sur opposition directement à l'assuré, qui assumerait lui-même la défense de ses intérêts. 13. Par décision sur opposition du 25 mai 2018, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré contre la décision précitée du 6 novembre 2017, confirmant ainsi son refus de prendre en charge les factures précitées n°4 à 8 de la Dre B_____, dont il n'était pas établi qu'elles lui avaient déjà été adressées et qui étaient atteintes par la péremption. 14. Par acte du 17 juin 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) d'un recours contre cette décision sur opposition. Il n'était pas logique d'invoquer la péremption pour des factures postérieures aux factures n°1 à 3, que l'assurance avait d'abord refusé puis accepté de prendre en charge ; il n'y avait aucune raison de refuser de prendre en charge le traitement post-opératoire du Dr C_____ effectué par l'orthodontiste B_____. L'assurance avait renoncé à se prévaloir de la prescription pour les factures du Dr C_____, donc aussi pour celles de la Dre B_____. L'assuré n'avait jamais mandaté Me CORDONIER pour cette affaire. 15. Par mémoire du 19 juillet 2018, l'assurance a conclu au rejet du recours. L'assuré avait bel et bien mandaté Me CORDONIER pour la contestation de la décision du 6 novembre 2017. L'assurance avait renoncé, le 17 juin 2005, à se prévaloir de la prescription pour les factures du Dr C_____, et non pour celles de la Dre B_____. Il y avait péremption pour les factures n°1 à 8 que l'assuré avait produites le 4 mai 2017, mais l'assurance avait accepté d'allouer ses prestations pour les trois premières d'entre elles parce qu'il était établi que

l'assuré les lui avait fait parvenir. Les autres factures n'avaient été adressées à l'assurance qu'en mai 2017 ; il appartenait à ce dernier de prouver le contraire ; comme cela résultait d'un courrier qu'elle avait adressé le 13 mai 2009 à l'ombudsman de l'assurance-maladie sociale dans le contexte d'un litige que l'assuré avait porté devant celui-ci, l'assurance avait acquitté ses prestations sur toutes les factures alors en sa possession concernant les frais dentaires de l'assuré. 16. L'assuré n'a pas donné de suite à l'invitation que la CJCAS lui a faite, en lui transmettant copie de cette écriture, de présenter d'éventuelles observations et produire toutes pièces utiles. 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 CJCAS 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 dès lors que le recours est dirigé contre une décision sur opposition rendue en application de la LAMal. 2. Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA), dans le respect des exigences de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA). Le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Le recours est donc recevable. 3. a. À teneur de l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due (ladite disposition traitant en outre de l'extinction du droit à des cotisations arriérées, sujet ici non pertinent). b. Il n'est pas contesté que – comme cela figure sur les décomptes de prestations versés au dossier – le recourant était le débiteur des factures considérées envers le fournisseur de prestations et qu'il avait le cas échéant le droit d'être remboursé par l'intimée, selon le système du tiers garant (art. 42 al. 1 LAMal). Il appartenait donc au recourant, en plus de s'acquitter des factures considérées, de les adresser à temps à l'intimée en sollicitant que celui-ci lui rembourse la part qu'il lui incombait le cas échéant de prendre en charge, autrement dit d'exercer son droit auxdites prestations à l'adresse de l'assureur, ainsi que le prévoit l'art. 29 al. 1 LPGA. Le délai de péremption de cinq ans prévu par l'art. 24 al. 1 LPGA, applicable au droit d'être remboursé par l'assureur dans le système du tiers garant, commence à courir dès la réception par l'assuré de la facture du fournisseur de prestations, et non dès la date de la survenance du cas d'assurance ou de l'annonce à l'assureur (ATF 139 V 244 ; Sylvie PÉTREMAND, in Anne-Sylvie DUPONT / Margit MOSER-SZELESS [éd.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales [ci-après : CR LPGA], 2018, n. 38 ad art. 24 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 35 ad art. 24). Il importe donc que la personne assurée annonce à l'assureur-maladie sa prétention en remboursement avant l'échéance de ce délai de péremption. c. Le délai quinquennal prévu par l'art. 24 al. 1 LPGA est un délai de péremption, et non de prescription ; il n'est pas susceptible d'être suspendu, interrompu ou restitué (CR LPGA-Sylvie PÉTREMAND, n. 14 ad art. 24). Mais l'annonce à l'assureur est déterminante pour sauvegarder le droit de la personne assurée à obtenir le remboursement lui revenant (CR LPGA-Sylvie PÉTREMAND, n. 26 ad art. 24 ; CR LPGA-Guy LONGCHAMP, n. 7 ad art. 29). Conformément à l'art. 46 LPGA, il incombe à l'assureur d'enregistrer de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants, donc notamment, s'agissant d'un assureur-maladie, les documents, non soumis à une forme particulière, par lesquels la personne assurée lui demande le

remboursement de prestations lui ayant été facturées par un fournisseur de prestations. Il n'en revient pas moins à la personne assurée de garder trace de sa demande de prestations, notamment dans la perspective de se prémunir contre une extinction de son droit (CR LPGA-Guy LONGCHAMP, n. 32 ad art. 29). On ne saurait attendre de l'assureur qu'il prouve le fait négatif que la personne assurée ne lui a le cas échéant pas adressé une demande de remboursement ; il appartient à la personne assurée de prouver le dépôt en temps utile d'une telle demande, en application du principe général qu'exprime l'art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), voulant que chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire un droit. 4. En l'espèce, le recourant ne prétend pas même et, en tout état, n'apporte pas d'indices probants que, dans le délai de cinq ans à compter de leur réception, il a transmis à l'intimée les factures n°4 à 8 de la Dre B_____ et par là ou de toute autre manière, qu'il lui a demandé de lui rembourser la part qui était le cas échéant à la charge de l'intimée. 5. Les factures considérées datent respectivement des 22 juillet 2002, 18 novembre 2002, 17 mars 2003, 17 juillet 2003 et 19 octobre 2004. Elles doivent manifestement avoir été reçues par le recourant dans les jours ayant suivi leur émission. Rien ne permet de ne pas tenir pour établi que – comme l'intimée le prétend – le recourant n'a pas fait suivre ces cinq factures à l'intimée, ni ne lui a demandé leur remboursement d'une façon ou d'une autre, avant le 4 mai 2017, contrairement aux factures n°1 à 3 des 10 avril 2001, 8 octobre 2001 et 18 février 2002, dont l'intimée, spontanément, a établi qu'elles lui avaient été adressées par le recourant avant avril 2002 puisqu'elle avait alors refusé de les prendre en charge. Du courrier qu'elle avait adressé le 13 mai 2009 à l'ombudsman de l'assurance-maladie sociale dans le contexte d'un litige que le recourant avait porté devant celui-ci, il résulte au surplus que l'intimée avait acquitté ses prestations sur toutes les factures alors en sa possession concernant les frais dentaires de l'assuré. Le plus probable est que s'étant alors vu refuser le remboursement des factures n°1 à 3, le recourant avait renoncé à demander le remboursement des suivantes, établies par la même orthodontiste, ou alors qu'il a négligé de le faire. 6. L'argument tiré d'une renonciation à se prévaloir de la péremption est mal fondé pour le premier motif qu'un tel délai ne peut être interrompu, en particulier par un acte interruptif de la prescription comme une renonciation à s'en prévaloir, dès lors que le délai quinquennal prévu par l'art. 24 al. 1 LPGA est un délai de péremption et non de prescription. 7. Il est vrai que par un courrier du 17 juin 2005 répondant à une demande du recourant du 30 mai 2005, l'intimée avait accepté de renoncer à se prévaloir de la prescription « concernant les frais du Dr C_____ ». Faite dans la perspective (erronée) que le délai considéré était un délai de prescription, cette renonciation l'a été manifestement dans l'idée qu'un nouveau délai de cinq ans commençait à courir, et non que les factures considérées pourraient être présentées pour remboursement quelque douze ans plus tard. Ledit courrier du 17 juin 2005 ne démontre au demeurant aucunement que cette renonciation a été faite pour les factures n°4 à 8 de la Dre B_____, ni que ces factures avaient alors été transmises à l'intimée ou ne serait-ce qu'évoquées avec cette dernière. Elle a concerné des factures du dentiste C_____. Il ne fait pas de doute que l'intimée aurait fait mention explicitement aussi des factures de la Dre B_____ si elle avait entendu ne pas se prévaloir d'une « prescription » les concernant, quand bien même il y aurait un lien entre les soins dentaires prodigués par le Dr C_____ et les prestations de l'orthodontiste B_____. Le recourant ne saurait donc déduire une prétention au remboursement desdites factures du principe de la bonne foi. 8. Il ne résulte pas non plus de la lettre du 14 août 2006 par laquelle l'intimée indiquait au recourant

qu'elle avait sollicité des renseignements auprès de son médecin-dentiste conseil sur les frais dentaires que le recourant lui avait soumis que ces factures concernaient les soins qu'il avait reçus de la Dre B_____, et en particulier ceux ayant donné lieu à l'établissement des factures n°4 à 8. C'est donc à bon droit que l'intimée a refusé de prendre en charge les factures n°4 à 8. Le recours doit être rejeté. 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.