

## **GE\_GERICHTE A/2251/2013 vom 5. Dezember 2013**

GE Cour de justice, 2013-12-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2251\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2251_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/2251/2013 du 5 décembre 2013

IT: GE\_GERICHTE A/2251/2013 del 5 dicembre 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème Chambre En la cause Monsieur F \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE recourant contre MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY intimée EN FAIT 1. En janvier 2011, Monsieur F \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré) a été affilié à MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : l'assurance-maladie) pour l'assurance obligatoire de soins par le biais d'un contrat collectif conclu par son employeur, X \_\_\_\_\_ SA (contrat collectif n°8574.0 ; police 583483-SI), pour une prime mensuelle de 294 fr. 25. A sa sortie du contrat collectif, au 31 janvier 2011, l'assuré a demandé son transfert en couverture individuelle de l'assurance obligatoire des soins avec effet au 1 er février 2011 (cf. fiche de mutation du 23 février 2011). L'assureur a accédé à cette demande et a émis en date du 7 mars 2011 un nouveau certificat d'assurance faisant état d'une prime mensuelle de 316 fr. 65 ; même numéro d'assuré) dès février 2011. L'assuré s'est annoncé à l'assurance-chômage et un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert en sa faveur du 1 er février 2011 au 31 janvier 2013. L'assurance-maladie en a tenu compte en ce sens qu'elle a suspendu la protection en cas d'accident, avec effet rétroactif au 1 er février 2011 et pour la durée du délai-cadre de l'assurance-chômage (cf. courriel du 27 juin 2011 et nouveau certificat d'assurance du même jour, faisant état d'une prime mensuelle ramenée à 294 fr. 25 dès le 1 er février 2011). Le 23 septembre 2011, l'assuré, par le biais d'un formulaire de son nouvel assureur, a informé l'assurance-maladie qu'à compter du 1 er janvier 2012, il serait couvert, pour l'assurance obligatoire des soins, pas CSS ASSURANCE-MALADIE SA et qu'il demandait donc la résiliation de son contrat pour la prochaine échéance légale. Par courrier du 26 septembre 2011, l'assuré a allégué en substance qu'il aurait souhaité résilier son contrat pour le 31 janvier 2011 déjà, date à laquelle il a quitté son employeur. Estimant avoir été induit en erreur par les collaborateurs de l'assurance-maladie, il a réclamé la restitution des primes qu'il considérait avoir versé "en trop" depuis le début de l'année 2011 pour son assurance complémentaire, soit un montant total de 496 fr. (8 x 62 fr.). Par courriel du 21 octobre 2011, l'assureur a confirmé à l'assuré la résiliation de son assurance obligatoire des soins pour le 31 décembre 2011 en lui rappelant que, selon la loi, un assuré en retard de paiement ne peut changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement ses primes ou ses participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et frais de poursuite. Par courriel du 25 novembre 2011, l'assuré, s'impatientant de ne pas obtenir de réponse de l'assureur s'agissant de son assurance complémentaire, a annoncé qu'il suspendait le paiement de ses primes. Par courriel du 29 novembre 2011, l'assurance-maladie lui a confirmé la résiliation de l'intégralité de son contrat au 31 décembre 2011, tout en lui rappelant que, jusqu'à cette date, les primes étaient dues.

11. Le même jour, toujours par courriel, l'assuré a répliqué qu'il se refusait à payer ses primes tant qu'il n'obtiendrait pas le remboursement des primes d'assurance complémentaire versées depuis le mois de février 2011.

12. L'assureur lui a répété par courriel du 2 décembre 2011 qu'il avait accepté de résilier tant son assurance obligatoire que – à bien plaisir – son assurance complémentaire pour le 31 décembre 2011, alors même que, s'agissant de la seconde, le délai de résiliation n'avait pas été respecté.

13. Le 20 juillet 2012, constatant que les primes de l'assurance obligatoire des mois de novembre et décembre 2011 n'avaient pas été payées, l'assurance-maladie a adressé à l'assuré deux rappels pour des montants de 304 fr. 25 (294 fr. 25 [prime mensuelle] + 10 fr. [frais de rappel]).

14. Le 17 août 2012, deux sommations ont été adressées à l'assuré pour des montants de 324 fr. 25 (294 fr. 25 [prime mensuelle] + 30 fr. [frais de sommation]) pour les mois de novembre et décembre 2011.

15. L'assuré n'ayant pas réagi, il s'est vu notifier, en date du 2 janvier 2013, un commandement de payer (12 770549 T) correspondant aux 588 fr. 50 de primes impayées, avec intérêts à 5% dès le 30 novembre 2013, plus 60 fr. de frais de sommation et 90 fr. de frais de dossier. L'assuré y a fait opposition.

16. Par décision du 5 février 2013, l'assureur a prononcé la mainlevée de cette opposition.

17. Par courrier du 3 mars 2013, l'assuré s'est opposé à cette décision en alléguant en substance que le montant de 588 fr. 50 ne lui avait jamais été réclamé antérieurement et qu'il considérait s'être acquitté de tous les montants dus, étant rappelé que les primes d'assurance complémentaire dont il avait réclamé le remboursement ne lui avaient pas été restituées.

18. Le 6 juin 2013, l'assureur a transmis à l'assuré son relevé de compte pour la période du 1<sup>er</sup> février au 31 décembre 2011. Il en ressortait que, pour ladite période, l'assuré aurait dû s'acquitter de 4'500 fr. 15 (3'281 fr. 30 [primes de l'assurance obligatoire de février à décembre] + 558 fr. [primes d'assurance complémentaire de février à octobre] – 44 fr. 55 [taxes fédérales] + 502 fr. 40 [participations] + 150 fr. [frais de rappel, de sommation et d'ouverture de dossier] + 53 fr. [frais de poursuite]). Or, l'assuré n'avait versé que 3'708 fr. 65 pour la période en question, de sorte que 791 fr. 50 restaient dus.

19. Par décision du 7 juin 2013, l'assureur a confirmé sa décision du 5 février 2013.

L'assureur a rappelé qu'en cas d'assurance obligatoire avec franchise à option, le changement d'assureur n'est possible que pour la fin d'une année civile.

20. Par courrier daté du 5 juin [recte : juillet] 2013, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans.

Le recourant allègue en substance qu'il souhaitait résilier son assurance complémentaire au 31 janvier 2011, qu'il n'a pas obtenu satisfaction sur ce point et qu'il estime avoir payé l'intégralité des montants dus à l'assurance. Il reproche à l'intimée d'avoir refusé la prise en charge de certaines de ses dépenses de santé en 2011. Il ajoute que l'intimée n'a jamais contesté devoir lui rembourser les primes d'assurance complémentaire déjà versées. En définitive, le recourant conclut au remboursement de toutes les primes d'assurance complémentaire versées en 2011 - soit 820 fr. -, au remboursement de ses primes d'assurance obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> février 2010 [recte : 2011], « vu que le paiement des factures correspondant aux dépenses de santé de 2011 ont été refusées par l'assureur [...] » (sic) - soit 3'237 fr. - et au « remboursement » des 150 fr. réclamés à titre de frais de dossier et de sommation. Le recourant ajoute qu'il souhaite « voir condamner [l'intimée] au paiement de ces sommes avec intérêts légaux à compter de ce jour ».

21. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 8 août 2013, a conclu au rejet du recours.

L'intimée fait remarquer que l'assuré a été valablement affilié auprès d'elle pour l'assurance obligatoire des soins. Elle ajoute qu'au

demeurant, l'assuré n'a été affilié à aucune autre assurance obligatoire avant le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Elle fait remarquer que l'attestation 2011 émise pour l'autorité fiscale n'est en aucun cas une preuve de paiement, mais un simple relevé des primes dues. Quant au grief du recourant concernant le refus de prise en charge de prestations de soins relatives à l'année 2011, l'intimée précise qu'aucune décision formelle n'a été rendue par ses services et qu'il appartient au recourant d'en réclamer une. 22. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le 7 novembre 2013. Lors de son audition, le recourant a reconnu ne pas avoir payé les primes de l'assurance de base pour novembre et décembre 2011. Il a expliqué qu'il considérait avoir déjà payé plus que ce qu'il devait à l'intimée, à laquelle il réclame toujours le remboursement de ses primes d'assurance complémentaire. Quant aux frais dont le recourant a allégué que l'intimée avait refusé la prise en charge, il a été convenu que le recourant transmettrait ses factures à l'intimée, qui rendrait une décision formelle susceptible d'opposition. 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; RS 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAMal). 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 4. En l'espèce, l'objet du litige se limite à la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a prononcé la mainlevée de l'opposition formée au commandement de payer 12 770549 T réclamant à l'assuré le paiement de 791 fr. 50 pour les primes impayées de l'assurance obligatoire des soins de novembre à décembre 2011 ainsi que des frais administratifs, des frais de poursuite et intérêts y relatifs. En particulier, on relèvera que le litige opposant le recourant et l'intimée en matière d'assurance complémentaire ne fait pas l'objet de la présente cause. Relevant d'une autre législation, il sera traité séparément, dans une autre procédure. 5. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 ; ATF 129 V 1 consid. 1.2 ; ATF 127 V 466 consid. 1, 126 V 134 consid. 4b et les références). 6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 7. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 271 consid. 5b). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. L'art. 1 al. 1 de l'ordonnance sur

l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) précise que les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse sont tenues de s'assurer, tout comme les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de séjour au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 26 mars 1931 sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE), valable au moins trois mois (art. 1 al. 2 let. a OAMal). Les art. 2 à 6 OAMal énumèrent les cas d'exemption de l'obligation de s'assurer. b) En l'espèce, il est constant que le recourant, domicilié en Suisse, est soumis à l'assurance obligatoire conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal et qu'il ne fait pas partie du cercle des personnes visées aux art. 2 à 6 OAMal.

8. a) En vertu de l'art 7 al. 1 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile. b) En l'espèce, il est établi que l'assuré a été transféré en assurance individuelle obligatoire des soins le 1<sup>er</sup> février 2011, à sa sortie du contrat collectif conclu par son précédent employeur. Des certificats d'assurance ont été conclus en ce sens, qui n'ont pas été contestés, de sorte que l'assurance a été valablement conclue. Dans la mesure où ce n'est qu'en septembre 2011 que l'assuré a formellement demandé, par écrit, la résiliation de son contrat d'assurance de base, il est valablement resté affilié à l'intimée jusqu'à la fin du second semestre de l'année 2011.

9. 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 (cf. art. 61ss LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrir 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 (art. 13 al. 2 let. a LAMal), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP (art. 105b OAMal).

10. a) Selon l'art. 64a LAMal, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit ; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 1). b) Selon l'art. 105b OAMal, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, 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). c) Selon la jurisprudence, à certaines conditions, les assureurs maladie sont en droit de lever par une décision formelle l'opposition à un commandement de payer portant sur une créance découlant de la LAMal. Les assureurs peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre de 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. Il en va de même des tribunaux en cas de recours (BGE 119 V 329 consid. 2b; RKUV 2004 Nr. KV 274 S. 129 E. 4.2.1, K 107/02; Arrêt 9C\_903/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1). 11. Les délais prévus dans les dispositions qui précèdent sont des prescriptions d'ordre, dont l'inobservation n'entraîne pas la péremption du droit aux arriérés ou de la procédure de poursuite. L'assureur n'est pas tenu non plus de procéder à une nouvelle sommation s'il entend faire valoir ses droits par la voie de la poursuite. A l'instar de l'ancien art. 90 al. 4, l'art. 105b al. 1 OAMal vise en effet à empêcher que les assureurs ne tardent trop avant d'entreprendre les démarches nécessaires au recouvrement des primes dues (arrêt 9C\_397/2008 du 29 septembre 2008; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., Bâle 2007, p. 747, n. 1028). 12. En l'espèce, le recourant ne fournit aucune preuve du paiement de ses primes d'assurance obligatoire de novembre et décembre 2011. Comme le souligne l'intimée dans sa réponse du 8 août 2013, le certificat d'assurance ainsi que l'attestation émise pour l'autorité fiscale ne constituent que des relevés des primes dues pour l'année 2011, rien de plus. Qui plus est, le recourant a d'ailleurs admis, lors de son audition du 7 novembre 2013, ne pas avoir payé ces primes. Or, il ne saurait justifier le non-paiement des primes dues au titre de l'assurance obligatoire des soins par le fait qu'il estime que l'intimée lui doit de l'argent au titre de l'assurance complémentaire, ce d'autant que la « créance » du recourant n'est pas avérée et donc en aucun cas exigible en l'état. La somme de 588 fr. 50 est donc bien due par le recourant à l'intimée et correspond aux primes de l'assurance obligatoire des soins pour novembre et décembre 2011. Dès lors que le recourant ne s'est pas acquitté desdites primes, l'intimée était fondée à lui en réclamer le paiement. 13. Conformément à l'art. 105a OAMal, les intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élèvent à 5 % par année. C'est donc à juste titre que l'intimée réclame des intérêts moratoires sur les montants dus à titre de primes. 14. S'agissant des frais de rappel et de mise en demeure, il suffira de rappeler qu'ils sont prévus par l'art. 105b al. 3 OAMal : aux termes de cette disposition, lorsque l'assuré a causé, par sa faute, des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. Tel est le cas en l'espèce (cf. art. 3 des dispositions d'exécution complémentaires des conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal de l'intimée). La jurisprudence confirme au surplus que l'assureur maladie peut réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré (ATF 125 V 276 ). En l'occurrence, l'intimée a notifié au recourant deux rappels, suivis de deux sommations, avant d'introduire des poursuites. C'est donc à juste titre que l'intimée réclame le paiement de ces frais. 15. Enfin, conformément à l'art. 68 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. Il en découle que le recourant est également tenu de payer les frais de poursuite, à hauteur de 53 fr. 16. Au vu de ce qui précède, le recours, entièrement mal-fondé, doit être rejeté. 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.