

GE_GERICHTE A/2506/2017 vom 24. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2506_2017

FR: GE_GERICHTE A/2506/2017 du 24 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE A/2506/2017 del 24 ottobre 2017

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié rue à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian CANELA recourant contre MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1949, domicilié à Genève, est affilié depuis le 1 er janvier 2004 auprès de Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), y compris en couverture du risque d'accident. 2. Pour l'année 2016, pour sa couverture d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident, avec une franchise annuelle de CHF 500.-, sa prime mensuelle était de CHF 520.40 (y compris CHF 36.40 pour la couverture du risque d'accident), dont à déduire CHF 5.20 au titre de la redistribution du produit des taxes environnementales. Jusqu'au 30 juin 2016, l'assuré était au bénéfice d'un subside d'assurance-maladie de CHF 520.40 par mois, couvrant la totalité de sa prime mensuelle. 3. Le 30 mai 2016, l'assuré a recouru à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre une décision sur opposition de l'assurance du 25 avril 2016 confirmant une décision du 15 octobre 2015 relative à des factures de primes et de participation impayées et des frais et levant une opposition à un commandement de payer n° _____ lui ayant été notifié à leur sujet. Parallèlement à cette décision, l'assurance avait communiqué à l'assuré sa situation de compte, détaillant sur onze pages, les primes, décomptes de participation, versements, frais administratifs et frais de poursuite le concernant pour la période du 1 er janvier 2004 au 30 avril 2016. Par le biais de ce recours, enregistré sous le n° A/1766/2016, l'assuré, contestant les frais administratifs lui ayant été facturés, invoquait la compensation des sommes lui étant réclamées dans le cadre de la poursuite précitée avec tous les frais administratifs, estimés à environ CHF 8'000.-, lui ayant déjà été facturés et ayant été indument perçus depuis son affiliation à l'assurance. 4. Dès le 1 er juillet 2016, le subside d'assurance-maladie versé à l'assuré a été réduit à CHF 30.- par mois en application de la loi 11540 modifiant la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), adoptée le 18 décembre 2014 par le Grand Conseil et le 28 février 2016 en votation référendaire, modification en vertu de laquelle l'assuré n'avait droit plus qu'à un subside partiel, avec l'effet que la prime mensuelle qu'il lui revenait de payer depuis lors à l'assurance, compte tenu de la déduction du subside d'assurance-maladie, était de CHF 490.40 (CHF 520.40 – CHF 30.-), sous déduction de CHF 5.20 au titre de la redistribution du produit des taxes environnementales. 5. Le 18 juillet 2016, l'assurance a envoyé à l'assuré une facture complémentaire de CHF 1'471.20, représentant trois mois de prime mensuelle réduite à CHF 490.40, pour les mois de juillet à septembre 2016. 6. Par recommandé du 8 août 2016, représenté par un

avocat, l'assuré a formé opposition à l'encontre de cette décision, en requérant la prise d'une décision formelle. Une opposition avait été formée contre la décision du service de l'assurance-maladie (ci-après : SAM) et du service des prestations complémentaires (ci-après : SPC) de révoquer son subside d'assurance-maladie. Il déclarait compenser son éventuelle dette à l'endroit de l'assurance avec la créance qu'il estimait avoir contre cette dernière, évoquée dans la procédure A/1766/2016 alors en cours devant la chambre des assurances sociales. 7. Le 18 octobre 2016, l'assurance a adressé à l'assuré un rappel pour primes impayées de CHF 1'471.20 jusqu'au 30 septembre 2016, en mettant à sa charge CHF 10.- de frais de rappel. Dans l'intervalle, l'assurance lui avait adressé des factures de primes mensuelles de CHF 485.20 chacune pour la période d'octobre à décembre 2016. 8. Par décision formelle du 31 octobre 2016, l'assurance a imparté à l'assuré un délai au 31 décembre 2016 pour le règlement des six factures de primes de juillet à décembre 2016, restant dues malgré les procédures le cas échéant en cours. L'assuré ne pouvait exiger une quelconque compensation de primes ou prestations en matière d'assurance-maladie sociale. Les conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) applicables (édition 01.04.2016) prévoyaient la perception de frais administratifs notamment pour des rappels (CHF 10.- par rappel), des sommations (CHF 30.- par sommation) et l'engagement de poursuites. Opposition pouvait être formée contre cette décision. 9. Le 29 novembre 2016, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales contre une décision sur opposition rendue le 27 octobre 2016 par le SPC déclarant sans objet une décision du 8 août 2016 lui supprimant prétendument son subside d'assurance-maladie. Ce recours a été enregistré sous le n° A/4107/2016. 10. Par recommandé du 5 décembre 2016, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée de l'assurance du 31 octobre 2016. Une décision du SAM relative à son subside d'assurance-maladie ne lui serait pas opposable à défaut de notification régulière. Référence était faite aux recours A/1766/2016 et A/4107/2016 précités à la chambre des assurances sociales, dont il fallait attendre les arrêts avant de statuer. L'assuré invoquait la compensation des sommes lui étant réclamées dans le cadre de la poursuite précitée avec tous les frais administratifs, estimés à environ CHF 8'000.-, lui ayant déjà été facturés et ayant été indument perçus depuis son affiliation à l'assurance. Les CGA qu'il avait signées lors de son adhésion à l'assurance, à l'exclusion de toute éventuelle modification ultérieure décrétée unilatéralement par l'assurance, ne chiffrèrent pas la quotité d'éventuels émoluments pour rappel ou sommation ; tous les frais que l'assurance lui avait facturés depuis son affiliation à titre de « Umtriebsspesen » l'avaient été sans droit. 11. Le 18 janvier 2017, l'assurance a adressé à l'assuré une sommation pour primes impayées jusqu'au 30 septembre 2016 de CHF 1'471.20, en mettant à sa charge CHF 30.- de frais de sommation. 12. Par décision sur opposition du 8 mai 2017, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré contre la décision précitée du 31 octobre 2016. Le SAM lui avait confirmé que l'assuré bénéficiait d'un subside d'assurance-maladie de CHF 30.- par mois dès le 1^{er} juillet 2016, en vertu d'une décision du 30 juin 2016, si bien qu'elle lui avait facturé à juste titre depuis lors des primes d'assurance obligatoire des soins sous déduction de ce subside de CHF 30.-. Les factures de primes pour la période dès le 1^{er} juillet 2016 restaient dues. L'assuré ne pouvait exiger une quelconque compensation de primes ou prestations en matière d'assurance-maladie sociale. Les frais facturés à l'assuré l'avaient été à juste titre et sur la base des CGA applicables, qui n'étaient pas celles datant de la signature de l'assuré mais les dernières alors en vigueur (édition 01.04.2016), qui prévoyaient la perception de frais

administratifs notamment pour des rappels (CHF 10.- par rappel), des sommations (CHF 30.- par sommation) et l'engagement de poursuites. Recours pouvait être formé auprès de la chambre des assurances sociales contre cette décision sur opposition. [endif]>[if> 13. Par acte du 8 juin 2017, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales, en concluant, sur le fond, à l'annulation de la décision attaquée et à la condamnation de l'assurance à lui payer CHF 8'000.- (sous réserve d'amplification en cours de procédure) au titre des frais administratifs indument perçus depuis son affiliation à l'assurance. Il n'avait jamais signé une clause stipulant que des frais administratifs pourraient être prélevés à sa charge en cas de retard dans le paiement des primes et/ou participations. Depuis son affiliation à l'assurance, remontant à une quinzaine d'années, les montants prélevés à ce titre représentaient environ CHF 8'000.-. L'assuré se référait à la cause similaire A/1766/2016. Il invoquait la compensation de sa créance en restitution à l'encontre de l'assurance avec les prétendus droits de l'assurance. Ce recours a été enregistré sous le n° A/2506/2017. [endif]>[if> 14. Par mémoire du 7 juillet 2017, l'assurance a conclu au rejet du recours. L'objet de ce dernier était la refacturation de primes pour l'année 2016 suite à l'octroi d'un subside d'assurance-maladie de CHF 30.- par mois et le refus d'une compensation de cette créance avec de prétendus frais payés à tort à hauteur d'environ CHF 8'000.-. Vérification faite auprès du SAM à fin juin 2017, le droit de l'assuré à un subside de CHF 30.- par mois n'avait pas été modifié depuis le 1^{er} juillet 2016 ; aussi l'assurance avait-elle déduit à juste titre CHF 30.- des primes d'assurance obligatoire des soins dues depuis lors par l'assuré. Conformément à la législation applicable, l'assurance pouvait percevoir des frais, dans la mesure prévue par les CGA applicables, ainsi que la jurisprudence l'avait admis. Les frais facturés en l'espèce étaient de CHF 40.- pour une facture de CHF 1'471.20, soit un montant peu élevé au regard des démarches entreprises par l'assurance (prolongation du délai de paiement, vérification du droit de l'assuré au subside d'assurance-maladie, temporisation à engager des poursuites). L'assurance était tenue de percevoir les primes. La compensation de primes et/ou participations impayées avec d'autres créances n'était pas admise dans le cadre de l'assurance-maladie. Le montant avancé par l'assuré comme créance compensatoire était farfelu, dénué de tout fondement et non prouvé ; celle-ci était inexistante. Il fallait admettre que l'assuré devait les primes impayées tout comme les frais lui ayant été facturés. [endif]>[if> 15. L'assuré n'a pas présenté d'observations à la suite de cette écriture. [endif]>[if> 16. Statuant dans la cause A/1766/2016 par arrêt du 31 juillet 2017 (ATAS/663/2017), la chambre des assurances sociales a rejeté le recours dans la mesure de sa recevabilité, condamné l'assuré à payer à l'assurance la somme de CHF 547.-, avec intérêts à 5 % dès le 7 juillet 2015 et prononcé la mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer n° 15 792888 S à hauteur de CHF 547.-. [endif]>[if> 17. Statuant dans la cause A/4107/2016 par arrêt du 22 août 2017 (ATAS/692/2017), la chambre des assurances sociales a rejeté le recours dans la mesure où il était recevable. [endif]>[if> EN DROIT 1. a. 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 ; cf. aussi art. 36 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 - LaLAMal - J 3 05). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. [endif]>[if> Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60

LPGA), dans le respect des formes et avec un contenu satisfaisant aux exigences légales (art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10). Étant touché par la décision attaquée et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 60 let. a et b et 89A LPA). b. S'il apparaît à ces titres recevable, le recours ne l'est en revanche pas en tant qu'il conclut à la condamnation de l'intimée au paiement de CHF 8'000.-. Le contentieux en matière d'assurance-maladie n'est pas un contentieux sur action, mais sur recours, supposant l'existence d'une décision, même d'une décision sur opposition (art. 56 LPGA). Or, l'intimée n'a pas rendu de décision, ni a fortiori de décision sur opposition sur ladite prétention du recourant. 2. L'objet du recours est la décision sur opposition que l'intimé a rendue le 8 mai 2017, confirmant sa décision initiale du 31 octobre 2016, portant sur les primes d'assurance-maladie (y compris le risque d'accident) dues par le recourant pour les mois de juillet à décembre 2016, ayant fait antérieurement l'objet de factures, et les frais administratifs mis à la charge du recourant. 3. a. Selon la LAMal, les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste ; ils versent directement le montant correspondant aux assureurs concernés (art. 65 al. 1 phr. 1 et 2). La Confédération accorde aux cantons des subsides annuels destinés à réduire les primes au sens notamment de la disposition précitée (art. 66). La LaLAMal régit, à son chap. VI (art. 19 ss), les subsides en faveur de certains assurés. Ainsi, l'État de Genève accorde aux assurés de condition économique modeste des subsides destinés à la couverture totale ou partielle des primes de l'assurance-maladie (art 19 al. 1). Les ayants droit sont, sous réserve d'exceptions ici non pertinentes, les assurés de condition économique modeste, définis selon des limites de revenus, ainsi que les assurés bénéficiaires des prestations complémentaires à l'AVS/AI ou de prestations complémentaires familiales accordées par le SPC (art. 20 al. 1). Le montant des subsides est fixé par le Conseil d'Etat ; il dépend du revenu déterminant et des charges de famille assumées par l'assuré ; il peut être différent pour les enfants et les adultes ; il ne peut être supérieur à la prime de l'assurance obligatoire des soins (art. 22 al. 1, 2 et 5). De son côté, la LPC prévoit, à son art. 10 al. 3 let. c et d, que les dépenses reconnues pour le calcul du droit aux prestations complémentaires comprennent les cotisations aux assurances sociales de la Confédération, à l'exclusion des primes d'assurance-maladie, ainsi que le montant forfaitaire annuel pour l'assurance obligatoire des soins, qui doit correspondre au montant de la prime moyenne cantonale ou régionale pour l'assurance obligatoire des soins (couverture accidents comprise). Cependant, jusqu'au 30 juin 2016, les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS/AI avaient droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le département fédéral de l'intérieur (art. 22 al. 6 aLaLAMal). b. Depuis le 1^{er} juillet 2016 – à la suite d'une modification introduite par la loi 11540 du 18 décembre 2014 adoptée lors de la votation référendaire du 28 février 2016 –, les bénéficiaires d'une prestation annuelle, fédérale et/ou cantonale, complémentaire à l'AVS/AI ont droit à un subside égal au montant de leur prime d'assurance obligatoire des soins, mais au maximum au montant correspondant à la prime moyenne cantonale fixée par le département fédéral de l'intérieur, tandis que les personnes qui ont un excédent de ressources inférieur à la prime moyenne cantonale ont droit à un subside équivalent à la différence entre la prime moyenne cantonale et l'excédent de ressources. Proposé comme l'une des mesures d'économies dans le cadre de l'élaboration du budget 2015, le projet de loi 11540 visait notamment à réduire les effets de seuil constatés en matière de droit au

subside complet de l'assurance-maladie en cas de droit aux prestations complémentaires, étant précisé que recevaient alors automatiquement un subside complet, correspondant au maximum à la prime moyenne cantonale, non seulement les bénéficiaires de prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, mais aussi les personnes – à l'instar du recourant – qui n'avaient droit à aucune prestation complémentaire lorsque leur excédent de ressources (soit la différence entre leur revenu déterminant et leurs dépenses reconnues) était inférieur à la prime moyenne cantonale. La loi 11540 a visé à et eu pour effet de réduire le subside d'assurance-maladie à la différence entre la prime moyenne cantonale et l'excédent de ressources pour cette seconde catégorie de personnes. Chargé de déterminer par règlement les conditions d'application de l'art. 22 al. 6 LaLAMal (art. 22 al. 9 LaLMAL), le Conseil d'État a modifié le règlement d'exécution de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 15 décembre 1997 (RaLAMal - J 3 05.01), le 1^{er} juin 2016 dès le 1^{er} juillet 2016, en particulier par l'adoption de l'art. 11A. c. C'est le SAM qui est chargé du versement des subsides destinés à la réduction des primes (art. 19 al. 3 phr. 1 LaLAMal). Selon l'art. 23 LaLAMal, traitant de la procédure d'attribution des subsides et attestation, l'administration fiscale cantonale transmet au SAM, sur support informatique, une liste des contribuables dont les ressources sont comprises dans les limites de revenu déterminantes, établie sur la base de la dernière taxation (al. 1). Le SAM établit le fichier des ayants droit ; il fait parvenir à chaque assureur la liste de ses assurés bénéficiaires d'un subside à déduire sur le montant de leurs primes (al. 3). Il adresse à chaque bénéficiaire une attestation, qui présente le montant du subside accordé, la date à partir de laquelle le droit au subside prend naissance et le nom de l'assureur (al. 4 phr. 1 et 2). La compétence de calculer les subsides de l'assurance-maladie revient au SAM. Depuis le 1^{er} juillet 2016, les montants des subsides de l'assurance-maladie ne sont plus mentionnés dans les décisions rendues par le SPC.

4. a. En l'espèce, il est établi – en particulier confirmé par le SAM – que le subside mensuel alloué en faveur du recourant a baissé de CHF 520.40 à CHF 30.- dès le 1^{er} juillet 2016 et a été maintenu à CHF 30.- durant toute la période ici litigieuse (et même au-delà de cette dernière, en tout état jusqu'au 30 juin 2017). Jusqu'au 30 juin 2016, le subside d'assurance-maladie versé au recourant couvrait l'intégralité de sa prime d'assurance-maladie (y compris le risque d'accident). Compte tenu de la diminution dudit subside, ne dépendant aucunement d'elle, l'intimée devait réclamer au recourant le paiement de la différence entre le montant de sa prime et celui de son subside d'assurance-maladie. Tel a été l'objet (principal) des factures de primes qu'elle lui a adressées pour ces six mois, ainsi que de la décision formelle initiale du 31 octobre 2016 et de la décision sur opposition du 8 mai 2017. Le recourant ne le conteste d'ailleurs pas sur le plan du principe (sous réserve de la question, évoquée plus loin, de la compensation de sa dette avec une prétendue créance de sa part de quelque CHF 8'000.-).

b. Il s'avère, à teneur du certificat d'assurance 2016 et de façon non contestée par le recourant, que sa prime mensuelle était de CHF 520.40 (y compris CHF 36.40 pour la couverture du risque d'accident), dont à déduire CHF 5.20 au titre de la redistribution du produit des taxes environnementales, ainsi que, le cas échéant, le subside d'assurance-maladie versé directement à l'assurance. Si le recourant ne conteste pas la décision attaquée sous cet angle, il n'en faut pas moins relever d'office (art. 19 et 76 LPA) que pour les mois de juillet à septembre 2016, l'intimé lui a facturé un montant mensuel de CHF 490.40, représentant la différence entre le montant mensuel de sa prime (CHF 520.40 – CHF 30.-), alors que pour les mois d'octobre à décembre 2016 il lui a facturé un montant mensuel de CHF 485.20. La différence tient à la déduction supplémentaire de CHF 5.20 (faite pour les mois d'octobre à

décembre 2016, mais pas pour ceux de juillet à septembre 2016) des taxes fédérales au titre de la redistribution du produit des taxes environnementales (COV et CO2) à la population, comme contribution à la promotion de la santé (art. 19 s. LAMal). Or, selon le certificat d'assurance 2016, le montant de la prime mensuelle « à la charge » de l'assuré était de CHF 515.20 (et non CHF 520.40), déduction faite et à faire desdites taxes fédérales. Le « print screen de l'assureur relatif aux subsides » versé au dossier par l'intimé (pièce 3) fait d'ailleurs bien état, pour la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2016, d'un montant de CHF 485.20, déductions faites d'un subside d'assurance-maladie de CHF 30.- et de CHF 5.20 de taxes environnementales. La chambre de céans corrigera l'erreur manifeste affectant la décision attaquée sur ce point, en réduisant de CHF 15.60 (3 x CHF 5.20) le montant réclamé au titre des primes dues par le recourant pour le second semestre 2016, qui sera donc ramené à CHF 2'911.20. 5. a. Le recourant conteste les frais administratifs lui ayant été facturés, à savoir – à teneur du dossier – CHF 10.- de frais de rappel le 18 octobre 2016 pour le rappel des primes impayées de juillet à septembre 2016, ainsi que CHF 30.- de frais de sommation le 18 janvier 2017 pour la sommation des mêmes primes impayées. b. 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). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2 phr. 1). L'art. 105b al. 1 phr. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) précise que 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 (al. 1 phr. 1). En l'espèce, le recourant ne conteste pas n'avoir pas payé, à hauteur du montant dû (même ramené à CHF 1'455.60, plutôt que fixé à CHF 1'471.20), les primes mensuelles de juillet à septembre 2016, pour lesquelles l'intimée lui a adressé, ainsi qu'elle le devait, le rappel du 18 octobre 2016 et la sommation du 18 janvier 2017. c. Selon l'art. 105b al. 2 OAMal, 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. Selon les dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal – constituant les conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) de l'intimé – en vigueur en 2016 (édition 01.04.2016), année concernée par les prétentions contestées, comme d'ailleurs l'édition précédente (au 01.01.2011), l'assuré paie ses primes à l'avance ; les primes, les franchises et les quotes-parts sont payables à l'échéance indiquée sur la facture (art. 3 ch. 1 al. 1 et 2 phr. 1 CGA). Passé ce délai – précise l'art. 3 ch. 1 al. 2 phr. 2 CGA –, l'assureur peut percevoir un intérêt moratoire ainsi que des frais administratifs, notamment pour établir des rappels, des sommations et engager des poursuites. La ratio legis de ces dispositions est évidente. Le défaut de paiement à temps des primes, franchises et participations génère pour l'assureur un travail, par l'envoi d'au moins un rappel et d'une sommation par facture impayée, travail dont il n'appartient ni à l'assureur, ni à la communauté des assurés d'assumer les coûts. Comme le Tribunal fédéral l'a indiqué dans un arrêt du 4 février 2016 statuant sur les recours 9C_870/2015 à 9C_874/2015, au consid. 4.1, les frais susceptibles d'être perçus dans cette hypothèse sont laissés à l'appréciation de l'assureur dans les limites résultant du principe de l'équivalence, selon lequel le montant d'un émolument doit se trouver en adéquation et dans un rapport raisonnable avec la valeur de la prestation fournie.

Il n'y a pas lieu de déduire de l'ATF 125 V 276 consid. 2c/bb et 2c/cc, que cite le recourant et dont le Tribunal fédéral fait mention dans son arrêt précité du 4 février 2016, que le montant même des frais considérés doit être fixé dans les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés ; il suffit que ces dernières en prévoient le principe, étant précisé que le montant perçu peut être contrôlé par l'application du principe de l'équivalence. La chambre de céans a déjà jugé qu'une disposition comparable à l'art. 3 ch. 1 al. 2 phr. 2 CGA, concernant au demeurant la même intimée qu'en l'espèce, répondait à cette exigence minimale (ATAS/342/2015 du 7 mai 2015 consid. 6 ; cf. aussi ATAS/958/2013 du 30 septembre 2013 consid. 6). Au demeurant, en l'espèce, l'intimée avait joint à ses décisions précitées des 18 octobre 2016 et 18 janvier 2017 un extrait des dispositions de la LAMal et de l'OAMal relatives à ces questions de frais et l'indication de leur montant (en particulier CHF 10.- pour un rappel et CHF 30.- pour une sommation), tel qu'ils résultent, a-t-elle précisé, de l'édition au 01.04.2016 de ses CGA. d. Le recourant prétend à tort qu'il ne serait pas lié par les CGA invoquées par l'intimée, faute de les avoir signées. Or, non seulement les conditions générales d'assurance applicables, ainsi que leurs modifications doivent, au degré de vraisemblance prépondérante, lui avoir été communiquées tant lors de son adhésion à l'assurance qu'à l'occasion de leurs modifications et, au surplus avoir été en tout temps à sa disposition, mais encore – ainsi que cela a été établi dans la cause A/1766/2016 tranchée par l' ATAS/663/2017 – le recourant avait signé une déclaration d'adhésion le 13 octobre 2003 qui comportait explicitement la confirmation qu'il avait alors reçu « un exemplaire des conditions générales d'assurance et des conditions particulières de l'assureur ». Point n'est besoin, pour qu'elles soient opposables à l'assuré, que les CGA elles-mêmes soient signées par l'assuré, ni leurs modifications successives. e. Des frais de rappel de CHF 10.- et de CHF 30.- sont manifestement en adéquation et dans un rapport raisonnable avec les prestations que l'intimée a dû fournir pour établir et envoyer respectivement le rappel et la sommation considérés en l'espèce. Aussi est-ce à bon droit que l'intimée les a facturés au recourant et que la décision attaquée confirme qu'il en est débiteur. 6. Le recourant invoque la compensation avec une créance d'au moins CHF 8'000.- qu'il aurait à l'encontre de l'intimé, résultant de la perception selon lui indue de divers frais durant toute sa période d'affiliation à l'intimée. La créance invoquée par le recourant n'est cependant établie ni dans son principe ni dans son montant. La solution que retient en l'espèce la chambre de céans s'agissant des frais ici considérés tend au contraire à en nier l'existence. Il faut donc rejeter toute extinction par compensation de la dette faisant l'objet de la présente procédure, faute déjà de créance compensatoire dûment établie, sans même examiner si, dans l'hypothèse contraire, une telle compensation serait admissible, ce que l'intimé conteste en se référant à l'art. 105c OAMal (prévoyant que l'assureur ne peut pas compenser les prestations avec des primes ou des participations aux coûts qui lui sont dues) et « la jurisprudence fédérale applicable ». 7. a. Le recours doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité, sous la réserve de la correction de l'erreur manifeste affectant le montant des primes dues par le recourant (cf. consid. 4b). b. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). Il n'y a pas lieu à allocation d'une indemnité de procédure, ni au recourant, vu l'issue donnée au recours (art. 61 let. g LPG), ni à l'intimée en tant qu'assureur social (Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3^{ème} éd., 2015, n. 199 s. ad art. 61). * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

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