

GE_GERICHTE A/2953/2012 vom 12. Juni 2013

GE Cour de justice, 2013-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2953_2012

FR: GE_GERICHTE A/2953/2012 du 12 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/2953/2012 del 12 giugno 2013

Erwägungen

E. 4

Primes impayées du 1^{er} février au 31 mai 2010 : **!**[endif]>**!**[if> Un commandement de payer no 1_____ a été notifié à l'assuré le 26 mai 2011 pour le montant de 1'557 fr. 20, plus 80 fr. de frais de rappel et 5 % d'intérêts moratoires dès le 14 avril 2010.

L'opposition formée par l'assuré le 3 juin 2011 a été levée par décision d'INTRAS du 5 août 2011 pour les montants précités, frais de poursuite de 70 fr. en sus. L'assuré a contesté cette décision par courrier du 31 août 2011, complété le 12 octobre 2011, motif pris notamment du changement unilatéral de la part de l'assureur quant aux modalités des remboursements pharmacie. Par décision du 11 septembre 2012, INTRAS a rejeté l'opposition et prononcé la mainlevée de la poursuite no _____ (décision 1).

E. 5

Primes impayées du 1^{er} novembre 2010 au 31 mars 2011 : **!**[endif]>**!**[if> Un commandement de payer no _____ a été notifié à l'assuré pour le montant de 2'358 fr. 75, plus 80 fr. de frais de rappel et 5 % d'intérêts moratoires dès le 29 janvier 2011.

L'opposition formée par l'assuré le 5 août 2011 a été levée par décision d'INTRAS du 13 octobre 2011 pour les montants précités, plus 70 fr. de frais de poursuite. Le 20 octobre 2011, l'assuré a contesté cette décision, reprenant en substance les mêmes motifs que précédemment. Par décision du 11 septembre 2012, INTRAS a rejeté l'opposition et prononcé la mainlevée de la poursuite no. _____ (décision 2).

E. 6

Primes impayées du 1^{er} juin 2010 au 31 octobre 2010 : **!**[endif]>**!**[if> Un commandement de payer no _____ a été notifié à l'assuré le 9 décembre 2011 pour le montant de 1'946 fr. 50, plus 80 fr. de frais de rappel et 5 % d'intérêts moratoires dès le 31 août 2010.

L'opposition formée par l'assuré a été levée par décision d'INTRAS du 17 février 2012, à hauteur des montants précités, plus 143 fr. de frais de poursuite. L'assuré a formé opposition en date du 5 mars 2012 et sollicité un extrait de compte complet de tous les versements reçus le concernant, ainsi qu'un décompte des prestations. Par décision du 11 septembre 2012, INTRAS a rejeté l'opposition de l'assuré et prononcé la mainlevée de la poursuite no _____ (décision 3).

E. 7

Primes impayées du 1^{er} septembre 2007 au 31 octobre 2007 : **!**[endif]>**!**[if> Un commandement de payer no _____ a été notifié à l'assuré le 17 janvier 2012 pour le montant de 756 fr. 80, plus 70 fr. de frais de rappel et 5 % d'intérêts moratoires à compter du 7 octobre 2007. L'opposition formée par l'assuré a été levée par décision d'INTRAS du 29 février 2012, à hauteur des montants précités, plus 53 fr. de frais de poursuite. L'assuré a contesté cette décision par courrier du 5 mars 2012. Par décision du 11 septembre 2012,

INTRAS a rejeté l'opposition de l'assuré et prononcé la mainlevée de la poursuite no _____ (décision 4).

E. 8

Primes impayées du 1^{er} juillet 2011 au 30 septembre 2011 : Un commandement de payer no _____ a été notifié à l'assuré le 19 janvier 2012 pour le montant de 1'284 fr. 45, plus 80 fr. de frais de rappel et 5 % d'intérêts moratoires dès le 31 août 2011. L'opposition formée par l'assuré a été levée par décision d'INTRAS du 3 mai 2012 à hauteur des montants précités, plus 73 fr. de frais de poursuite. L'assuré a contesté cette décision par courrier du 23 mai 2012. Par décision du 11 septembre 2012, INTRAS a rejeté l'opposition de l'assuré et prononcé la mainlevée de la poursuite no. _____ (décision 5). 9. Le 25 septembre 2012, l'assuré interjette recours contre les cinq décisions, "pour des raisons de non-conformité à son contrat d'assurance avec un groupe privé (CSS) sans son accord, avec comme résultat, des augmentations constantes des primes non justifiées qui sont devenues exorbitantes et sans aucun fondement". Il conclut à ce que son opposition aux poursuites soit confirmée et ses droit réservés pour une demande reconventionnelle. 10. Dans sa réponse du 23 octobre 2012, INTRAS relève que le recourant a formé un seul recours contre cinq décisions, qu'une jonction ne peut être prononcée que par l'autorité et qu'en l'espèce, cela n'est pas possible, car les litiges ne portent pas sur le même objet. L'intimé demande à ce que la Cour de céans statue à titre préjudiciel sur la recevabilité du recours. 11. Par courrier du 25 octobre 2012, la Cour de céans a informé l'intimé qu'il n'entendait pas statuer à titre préjudiciel sur la recevabilité du recours et lui a imparti un délai pour déposer sa réponse et son dossier. 12. Dans sa réponse du 14 novembre 2012, l'intimé conclut au rejet du recours, rappelant que le recourant a conclu une assurance "Minima" Franchise à option, de sorte qu'il ne peut bénéficier du système de bonus. Pour le surplus, les primes sont approuvées par l'Office fédéral de la santé publique. Par conséquent, l'intimé demande la mainlevée des cinq poursuites notifiées au recourant. 13. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 6 février 2013, le recourant déclare contester plusieurs choses, notamment le contrat de base. Il conteste à chaque fois le montant des primes, mais l'assureur ne lui répond pas. Il allègue que le contrat d'INTRAS a été transformé et qu'il n'a pas signé avec CSS. L'intimé relève que le recourant a signé un contrat avec INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA et non avec CSS. Il s'étonne par ailleurs que le recourant conteste les primes, alors que l'assureur lui rembourse ses frais. 14. La Cour de céans a imparti un délai au recourant pour produire des pièces à l'appui de son argumentation. 15. Par courrier du 18 février 2013, le recourant a communiqué des pièces. Pour le surplus, il déclare n'avoir pas signé de contrat avec INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, demande à ce que toutes les factures des primes impayées soient suspendues en attendant de fixer définitivement les termes actuels d'un nouveau contrat "Minima Bonus". 16. Dans ses écritures du 5 mars 2013, l'intimé conteste les allégués du recourant, relevant en substance que le recourant n'a jamais contesté les polices d'assurance qu'il reçoit chaque année, ni demandé une quelconque modification du contrat. Il persiste dans ses conclusions. 17. Après communication des écritures au recourant, la cause a été gardée à juger. 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^{er} 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).² Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.³ Le recours du 25 septembre 2012 est dirigé contre cinq décisions sur opposition rendues le 11 septembre 2012 par l'intimé. Ces décisions prononcent la mainlevée des oppositions formées par le recourant aux cinq commandements de payer qui lui ont été notifiés, suite au non-paiement des primes.⁴ Bien que les commandements de payer et les décisions portent sur des périodes différentes, la Cour de céans considère qu'elles peuvent être traitées dans une seule et même procédure, dès lors qu'elles ont toutes le même objet principal ; le non-paiement des primes par le recourant. L'économie de la procédure justifie par ailleurs de trancher le litige par un seul arrêt. Pour le surplus, le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414 et les références citées; pour la procédure d'opposition: ATF 119 V 347 ; voir également arrêt U 152/01 du 8 octobre 2003, consid. 3; MEYER-BLASER, Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413 , in SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [édit.], Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, St-Gall 2001, p. 19). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 242 consid. 2a p. 244; 117 V 294 consid. 2a p. 295; 112 V 97 consid. 1a p. 99; 110 V 48 consid. 3c p. 51 et les références; voir également ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36).

5. En l'espèce, l'objet du litige consiste à déterminer si l'intimé était en droit de prononcer la mainlevée des oppositions formées par le recourant aux commandements de payer qui lui ont été notifiés.⁶ 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 (art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer 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. 105 b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 - OAMal ; RS 832.102), en vigueur depuis le 1^{er} août 2007). Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP, auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa

prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (voir ATF 131 V 147).

!endif]>![if> 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 à la 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 (ATF 119 V 329 consid. 2 et les références). Conformément à l'art. 105 a OAMal, les intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGa s'élève à 5 % par année. Au surplus, 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).

7. En l'espèce, selon les certificats d'assurance produits par l'intimé, le recourant est au bénéfice d'une assurance de base "MINIMA" Franchise à option, dont les primes s'élèvent à 378 fr. 40 par mois en 2007, 389 fr. 30 en 2010 et 428 fr. 15 en 2011.

!endif]>![if> Il résulte des pièces du dossier qu'il ne s'est pas acquitté du montant des primes durant plusieurs années, malgré les nombreuses sommations de l'intimé. Par conséquent, l'intimé avait non seulement le droit, mais aussi le devoir de tout mettre en œuvre pour faire valoir ses prétentions, par la voie de la poursuite. Le recourant conteste avoir signé un contrat avec l'intimé. Au vu des pièces du dossier, cet argument ne résiste pas à l'examen, étant relevé que le recourant a reçu chaque année les certificats d'assurance émis par l'intimé. Entre autres arguments, il fait valoir que le montant des primes ne serait pas justifié et souhaite bénéficier du système du bonus. Ces questions ne font toutefois pas partie de l'objet du présent litige, qui se rapporte uniquement au non-paiement des primes. Par conséquent, la Cour de céans n'entrera pas en matière, étant relevé au surplus que le recourant, depuis de nombreuses années, ne paie pas ses primes, conteste les décisions de l'intimé et introduit de nombreuses procédures, en vain.

8. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté. Partant, la Cour de céans prononcera la mainlevée des commandements de payer.

!endif]>![if> 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.