

GE_GERICHTE A/2971/2012 vom 16. Januar 2013

GE Cour de justice, 2013-01-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2971_2012

FR: GE_GERICHTE A/2971/2012 du 16 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE A/2971/2012 del 16 gennaio 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame P _____, domiciliée à Puplinge, représentée par Monsieur DP _____ recourante contre GROUPE MUTUEL - MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sis rue des Cèdres 5, 1920 Martigny intimé EN FAIT Par courrier recommandé du 9 novembre 2011, Madame P _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1990, a résilié son assurance obligatoire des soins auprès d'INTRAS avec effet au 31 décembre 2011 en indiquant que sa nouvelle assurance enverra une attestation. Depuis le 1^{er} janvier 2012, elle est assurée auprès de MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après MUTUEL ASSURANCE ou l'assureur) pour l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le montant de sa prime s'élève à 394 fr. 50 par mois, avec une franchise annuelle de 300 fr. Elle a contracté également une assurance combinée d'hospitalisation (HC), une assurance complémentaire des soins spéciaux (SP) Vitalis, Mundo (MU) et une assurance de protection juridique du patient Legis Sana (LG), selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) auprès du GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (police d'assurance no. 843654-SI). Le montant total de la prime (AOS et LCA) s'élève à 412 fr., selon le certificat d'assurance 2012 établi le 4 janvier 2012. Le 1^{er} mai 2012, INTRAS informe l'assurée que l'attestation d'assurance du nouvel assureur ne lui était pas parvenue, de sorte que sa couverture d'assurance obligatoire des soins reste en vigueur auprès d'elle. En date des 7 et 23 mai 2012, MUTUEL ASSURANCE a établi une attestation à l'attention d'INTRAS selon laquelle l'assurée était affiliée auprès de leur caisse-maladie pour les prestations fixées par la LAMal dès le 1^{er} janvier 2012. Par courrier du 29 mai 2012, INTRAS a informé l'assurée qu'elle n'avait pas reçu dans les délais requis (avant le 31 décembre 2011) l'attestation d'affiliation du nouvel assureur, de sorte que sa démission était reportée au 31 mai 2012. Par courrier recommandé du 5 juillet 2012, l'assurée communique à MUTUEL ASSURANCE que son ancien assureur lui crée de graves ennuis en rejetant la responsabilité sur lui, dès lors qu'il ne les a pas avertis dans les délais légaux de son changement d'assurance-maladie. Elle était ainsi assurée à double de janvier à mai 2012 et INTRAS lui réclamait indûment la somme de 1'996 fr. 45. L'assurée demandait à l'assureur d'intervenir énergiquement dans ce litige, du fait qu'elle avait souscrit à la protection juridique des assurances complémentaires. Par pli du 14 août 2012 notifié à une adresse à Zurich, l'assureur informe l'assurée que suite à l'attestation de son ancienne caisse, l'entrée en vigueur de son assurance obligatoire des soins (AH) a été modifiée au 1^{er} juin 2012 et que les primes payées de janvier à mai 2012 lui ont été remboursées en mai et juin 2012. Le 16 août 2012, l'assurée adresse une lettre recommandée à l'assureur, se plaignant de ce que son courrier du 5 juillet 2012 soit resté sans réponse, malgré de multiples appels téléphoniques. Elle considérait qu'il appartenait à l'assureur d'intervenir auprès d'INTRAS pour régler cette situation, relevant qu'apparemment MUTUEL ASSURANCE n'aurait pas informé INTRAS dans les

délais requis de son adhésion. Le 30 août 2012, l'assureur, tout en s'excusant du fait d'une erreur d'enregistrement de l'adresse de l'assurée, lui a remis copie de son courrier du 14 août 2012. Le 6 septembre 2012, l'assurée s'insurge contre les erreurs commises par GROUPE MUTUEL et relève que contrairement à ce que l'assureur soutient, la couverture d'assurance auprès de ce dernier prendrait effet, selon INTRAS, dès le 1^{er} juillet 2012 et non le 1^{er} juin 2012, de sorte que l'assureur lui est redevable de six mois de cotisations 2012, soit de janvier à juin 2012. Or, seul un montant de 1'490 fr. 60 lui était parvenu. L'assurée réclame à l'assureur, outre le paiement du solde, soit 2'471 fr. (6 x 412 fr.), les justificatifs des versements qui lui auraient été crédités. Par acte du 1^{er} octobre 2012, l'assurée saisit la Cour de céans d'un « recours pour déni de justice et demande en paiement » à l'encontre de GROUPE MUTUEL et MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA. Elle fait grief aux assureurs précités de refuser de lui rembourser intégralement les primes d'assurance-maladie dont elle s'est acquittée au titre de la LAMal et des assurances complémentaires durant cinq mois. Elle soutient en effet s'être acquittée du montant de 412 fr. par mois, ignorant que son contrat auprès de l'assureur avait été modifié et ne prendrait effet que le 1^{er} juin 2012. L'assurée conclut à ce que GROUPE MUTUEL soit condamné à lui rembourser la différence de 47 fr. 30 x 5 mois, soit 263 fr. 50, avec intérêts à 5 % dès le 1^{er} janvier 2012 et à lui payer la somme de 110 fr. à titre de remboursement de frais. Elle conclut en outre à ce que l'assureur soit contraint à fournir tous les justificatifs et documents « susceptibles d'épurer son montage comptable du 21 septembre 2012 », à présenter un relevé de compte clair et précis, à l'autoriser, compte tenu de l'incompétence et des erreurs commises, à résilier sa police LAMal ainsi que toutes les assurances complémentaires au 31 décembre 2012 et à l'octroi d'un montant de 1'000 fr. à titre de réparation pour tort moral, dépens et dommages-intérêts. Le 8 octobre 2012, la recourante a communiqué à la Cour de céans une facture rectificative sur quatre postes ambigus, à joindre à son bordereau de pièces. Le 26 octobre 2012, elle a transmis encore un courrier du 24 octobre 2012 ainsi qu'une procuration établie en faveur de Monsieur DP _____. Par courrier du 31 octobre 2012, l'assureur informe la Cour de céans qu'il était en train de résoudre le litige et a sollicité un délai pour le dépôt de sa réponse. Le 19 novembre 2012, la recourante a communiqué à la Cour de céans divers courriers. Par réponse du 30 novembre 2012, l'assureur relève préalablement que dans sa déclaration d'adhésion du 4 décembre 2011, la recourante avait omis de mentionner le nom de son ancien assureur. Cela étant, après investigation, il a confirmé à la recourante, par courrier du 24 octobre 2012, qu'un différentiel de primes pour les mois de janvier à mai 2012, soit 236 fr. 50, lui revenait, montant qui lui a été restitué. Au vu du recours interjeté par l'assurée, une décision formelle au sens de l'art. 78 LPGa lui a été notifiée le 30 octobre 2012 et une autre au sens de l'art. 49 LPGa a été notifiée à son mandataire le 16 novembre 2012. L'assureur conclut à l'irrecevabilité du recours de l'assurée en tant qu'il vise au paiement du montant différentiel, dès lors qu'aucune décision formelle n'avait été rendue. Pour le surplus, il conclut au rejet du recours pour déni de justice, considérant qu'aucun retard injustifié ne saurait lui être reproché. L'assurée a recouru contre les décisions précitées (cause A/3328/2012). Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La recourante a saisi la Cour de céans d'un recours pour déni de justice. Conformément à l'art. 56 al. 2 LPGA, un recours peut également être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition. Le retard injustifié à statuer est une forme particulière du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst et l'art. 6 § 1 CEDH (qui n'offre à cet égard pas une protection plus étendue [ATF 103 V 190 consid. 2 p. 192]). Il y a retard injustifié à statuer lorsque l'autorité administrative ou judiciaire compétente ne rend pas la décision qu'il lui incombe de prendre dans le délai prévu par la loi ou dans un délai que la nature de l'affaire ainsi que toutes les autres circonstances font apparaître comme raisonnable (ATF 131 V 407 consid. 1.1 p. 409 et les références). Entre autres critères sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'intéressé ainsi que le comportement de ce dernier et celui des autorités compétentes (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332; 125 V 188 consid. 2a p. 191). A cet égard, il appartient, d'une part, au justiciable d'entreprendre certaines démarches pour inviter l'autorité à faire diligence, notamment en incitant celle-ci à accélérer la procédure ou en recourant pour retard injustifié. D'autre part, si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques "temps morts", qui sont inévitables dans une procédure, elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur excessive de la procédure; il appartient en effet à l'Etat d'organiser ses juridictions de manière à garantir aux citoyens une administration de la justice conforme aux règles (ATF 130 I 312 consid. 5.2 p. 332 et les références). Peu importe le motif qui est à l'origine du refus de statuer ou du retard injustifié; ce qui est déterminant, c'est le fait que l'autorité n'ait pas agi ou qu'elle ait agi avec retard (ATF C 53/01 du 30 avril 2001 consid. 2; ATF du 23 avril 2003 en la cause I 819/02 consid. 2.1; ATF 124 V 133, 117 Ia 117 consid. 3a, 197 consid. 1c, 108 V 20 consid. 4c). En droit des assurances sociales, la procédure de première instance est par ailleurs gouvernée par le principe de célérité. Ce principe est consacré à l'art. 61 let. a LPGA qui exige des cantons que la procédure soit simple et rapide et constitue l'expression d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 110 V 54 consid. 4b p. 61). La sanction du dépassement du délai raisonnable consiste d'abord dans la constatation de la violation du principe de célérité, la constatation d'un comportement en soi illicite étant en effet une forme de réparation (H 134/02 Arrêt du 30 janvier 2003 consid. 1.5; ATF 122 IV 111 consid. I/4). Pour le surplus, l'autorité saisie d'un recours pour retard injustifié ne saurait se substituer à l'autorité précédente pour statuer au fond. Elle ne peut qu'inviter l'autorité concernée à statuer à bref délai (ATF 130 V 90). En l'espèce, il convient de constater qu'après avoir été interpellé par la recourante le 5 juillet 2012, l'intimé a répondu en date du 14 août. Ce dernier courrier, mal adressé en raison d'une erreur commise par l'intimé, n'est toutefois parvenu à sa connaissance que le 30 août 2012 en même temps qu'une lettre d'excuses. Puis, suite à la demande d'explications complémentaires de la recourante du 6 septembre 2012, l'intimé lui a répondu le 21 septembre 2012, en établissant un relevé de compte pour la période du 1^{er} janvier au 31 octobre 2012. Au vu de ce qui précède, compte tenu des circonstances, l'on ne peut admettre que l'intimé a commis un déni de justice. Le recours, mal fondé, est rejeté. La recourante a conclu également à la condamnation de l'intimé au paiement de la différence de prime résultant du contrat d'INTRAS et celui de l'intimé, ainsi qu'à la condamnation aux frais, dépens et à une indemnité pour tort moral. Ces conclusions ne sont pas recevables; en effet, pour les prétentions fondées sur l'art. 78 LPGA, la demande en réparation doit être présentée à l'assureur. Il convient par ailleurs de relever qu'entretemps, l'intimé a rendu deux décisions

que l'assurée a contestées. Ses griefs seront ainsi examinés, le cas échéant, dans le cadre des procédures qu'elle a engagées. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare irrecevables les conclusions en paiement de la recourante. Au fond : Rejette le recours pour déni de justice. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La Présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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