

GE_GERICHTE A/3829/2017 vom 7. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3829_2017

FR: GE_GERICHTE A/3829/2017 du 7 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/3829/2017 del 7 dicembre 2017

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE recourant contre MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) est affilié à MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins, tout comme sa famille. En 2016, le montant de la prime s'est élevé à : - CHF 515.20 pour Monsieur, - à CHF 478.80 pour son épouse, Madame A_____, - à CHF 101.30 pour B_____, né en 1999, - à CHF 101.30 également pour C_____, né en 2006. Le 17 mai 2016, l'assurance a émis une facture (6_____) d'un montant de CHF 1'196.60 concernant les primes de la famille pour septembre 2017 (recte : 2016). Le 18 octobre 2017 (recte : 2016), cette facture n'ayant pas été acquittée, l'assurance a adressé à l'assuré un rappel pour le montant de CHF 1'206.60, frais de rappel de CHF 10.- inclus. Le 16 novembre 2016, aucun versement n'ayant été comptabilisé, l'assurance a adressé à l'assuré une sommation pour un montant total de CHF 1'226.60, frais de sommation de CHF 20.- inclus. Les mêmes faits se sont reproduits concernant les primes : - d'octobre 2016 (facture 1_____, du 15 août 2016, rappel du 18 octobre 2016 et sommation du 16 novembre 2016), - de novembre 2016 (facture 2_____ du 15 août 2016, rappel du 16 novembre 2016 puis sommation du 14 décembre 2016), - de décembre 2016 (facture 3_____ du 15 août 2016, rappel du 14 décembre 2016, puis sommation du 18 janvier 2017). 6. Plusieurs factures de participations n'ont pas non plus été acquittées : - facture 347530916 du 15 août 2016, d'un montant de CHF 236.50, concernant les participations pour des soins dispensés entre le 22 avril 2016 et le 21 juin 2016 aux quatre membres de la famille A_____ (rappel le 18 octobre 2016, suivi d'une sommation le 16 novembre 2016) ; - facture 349515720 du 19 septembre 2016, d'un montant de CHF 101.65 concernant les participations à des soins dispensés à Madame A_____ et à C_____ du 8 juin au 31 août 2016 (rappel du 16 novembre 2016, suivi d'une sommation le 14 décembre 2016) ; - facture 3_____ du 17 octobre 2016, d'un montant de CHF 43.45 pour les participations aux soins dispensés en septembre 2016 à l'assuré et à B_____ (rappel du 14 décembre 2016, suivi d'une sommation le 18 janvier 2017). Le 5 mars 2017, l'assurance a requis l'ouverture de poursuites à l'encontre de l'assuré s'agissant des montants suivants : - participations d'avril, août et septembre 2016 CHF 381.60 ; - primes impayées de septembre à décembre 2016 CHF 4'786.40 avec intérêts à 5 % à compter du 8 mars 2017 ; - frais administratifs CHF 330.- ; - intérêts échus CHF 92.80 ; - avance de frais effectuée par l'assureur CHF 60.- Le 4 avril 2017, un commandement

de payer (5 _____) a été notifié à l'assuré, qui y a formé opposition. 9. Par décision du 10 avril 2017, l'assureur a constaté que les montants dus à titre de primes et participations légales s'élevaient encore à un montant total de CHF 5'498.- (CHF 4'786.40 + CHF 381.60 + CHF 210.- de frais de sommation + CHF 120.- de frais de dossier) et a levé l'opposition au commandement de payer. 10. Le 21 avril 2017, l'assuré s'est opposé à cette décision en reprochant à l'assurance de lui avoir refusé un plan de paiement, malgré ses demandes réitérées. 11. Par décision du 17 août 2017, l'assurance a confirmé celle du 10 avril 2017. L'assurance a souligné ne pas être insensible à la situation financière de son assuré, tout en rappelant ses propres obligations. Elle a attiré son attention sur le fait qu'il lui était loisible de demander une aide financière au service de l'assurance maladie (SAM) de son canton, démarche qui ne le dispenserait pas de l'obligation de payer ses créances (recte : dettes). 12. Par écriture du 16 septembre 2017, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en reprochant à l'assurance de lui avoir systématiquement refusé la mise en place des plans de paiement qu'il réclamait. Le recourant explique qu'il est déterminé à régler ses dettes, mais qu'il a besoin de temps pour faire face à ses obligations. 13. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 17 octobre 2017, a conclu au rejet du recours. 14. Par écriture du 14 novembre 2017, le recourant a répété avoir demandé à l'assurance plusieurs délais de paiement, en vain. Il explique que sa situation de trésorerie est devenue très difficile à son départ à la retraite, en septembre 2012. Il rappelle qu'il doit assumer la charge de cinq enfants, une aide financière à sa mère malade, ainsi que des aides pour les membres de sa belle-famille hospitalisés au Cameroun. L'assuré réaffirme son intention de s'acquitter de ses dettes, mais demande une fois encore que lui soient accordés des délais pour ce faire. 15. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 7 décembre 2017. Le recourant a indiqué être l'objet de saisies en cours à hauteur de CHF 16'000.-, qui devraient trouver une issue d'ici la fin de cette année. Outre ces sommes, il lui reste encore CHF 30'000.- de poursuites à régler. L'Office des poursuites a évalué la part saisissable de son revenu à CHF 4'000.-, ce qu'il estime trop élevé pour sa part, raison pour laquelle il souhaiterait bénéficier d'un plan de paiement qui lui laisse un peu plus de marge, étant précisé que deux de ses enfants seront capables de se prendre en charge à partir de janvier 2018. 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 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. 2. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). Le bien-fondé de la créance de l'intimée à l'encontre du recourant n'est pas contesté par celui-ci. Ce dernier demande simplement que lui soit accordés des plans de paiement. 3. 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. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). Selon l'art. 64 al. 1 LAMal, les assurés participent aux coûts de prestations dont ils bénéficient. Selon l'alinéa 2 dudit article, leur participation comprend un montant fixé par année (franchise) (let. a) et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part jusqu'à concurrence de CHF 700.- [art. 64 al. 2 et 3

LAMal et 103 al. 2 OAMal]) (let. b).! [endif]>! [if> 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 (jusqu'au 31 juillet 2007 : art. 90 al. 3 OAMal ; depuis le 1er août 2007 : art. 105b OAMal). 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). 4. 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 (ATF 119 V 329 consid. 2b ; RKUV 2004 Nr. KV 274 S. 129 E. 4.2.1, K 107/02 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).! [endif]>! [if> 5. a) Aux termes de 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).! [endif]>! [if> b) Selon l'art. 105b OAMal, les primes et les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins échues et impayées doivent faire l'objet, dans les trois mois qui suivent leur exigibilité, d'une sommation écrite qui sera précédée d'au moins un rappel et qui sera distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, l'assureur doit impartir à l'assuré un délai de 30 jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas le paiement (al. 1). Si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai imparti, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent, de manière distincte des autres retards de paiement éventuels (al. 2). En vertu de l'art. 26 al. 1, 1ère phrase, LPGa, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. Selon l'art. 105a OAMal, le taux des intérêts moratoires pour les primes échues s'élève à 5% par année. c) S'agissant des frais de rappel et des frais administratifs, ils sont prévus par l'art. 105b al. 2 OAMal. Aux termes de cette disposition, 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. Les frais de poursuite incombent dans ce cas au débiteur (arrêt TF K 21/04 du 5 juillet 2004 consid. 3 ; cf. art. 68 al. 1 LP). À cet égard, les conditions d'assurance de l'intimée prévoient que les frais résultant du retard dans l'acquiescement des primes et participations des coûts, tels que les frais de rappel, d'encaissement, sont à la charge de la personne assurée (art. 5.5 des «Conditions d'assurance BASIS»). 6. En l'espèce, ainsi que cela a déjà été relevé plus haut, la créance de l'assurance, établie par pièces, n'est pas contestable, ni contestée. Il convient de rappeler qu'aucune disposition légale n'oblige une assurance à proposer un arrangement de paiement, ce que confirme la jurisprudence (arrêt K 18/03, K 19/03, K 20/03 du 16 mai 2013 consid. 3.2). Cela est d'autant plus vrai que la jurisprudence contraint les assurances à tout mettre en œuvre pour procéder au recouvrement des primes impayées. L'attention du recourant a d'ailleurs déjà été attirée sur ce point dans maints arrêts rendus précédemment pour des faits similaires (cf. partie en fait). En l'occurrence, l'intimée a dûment sommé le recourant de s'acquiescer des primes pour le paiement desquelles il était en retard, avant d'engager une poursuite à son encontre. Le commandement de payer a été précédé d'une série de factures et rappels permettant au recourant d'identifier clairement les montants à payer, notamment les frais supplémentaires engendrés. L'intimée a ainsi scrupuleusement suivi la procédure légale préalable à l'introduction de la poursuite. La procédure de recouvrement des primes a engendré des frais de rappel, d'intervention et de poursuite, du fait du comportement fautif de l'assuré, qui ne s'est pas exécuté à temps. Dès lors, l'intimée était fondée à lui réclamer le paiement des montants dus par la voie de la poursuite, puis à lever son opposition au commandement de payer à hauteur du montant des frais et intérêts restés impayés, conformément aux dispositions légales et à la jurisprudence susmentionnée. Mal fondé, le recours est rejeté. 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.