

## GE\_GERICHTE A/3834/2016 vom 8. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3834\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3834_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/3834/2016 du 8 juin 2017

IT: GE\_GERICHTE A/3834/2016 del 8 giugno 2017

### Erwägungen

#### E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Blaise KRÄHENBÜHL recourant contre CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS SA, sise Bundesplatz 15, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1950, avocat, est affilié pour l'assurance obligatoire des soins et accidents auprès de Concordia assurance suisse de maladie et accidents SA (ci-après : l'assurance).  
2. Le 29 janvier 2015, le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a adressé à l'assurance une facture de CHF 2'789.85 relative à un traitement prodigué à l'assuré du 22 au 24 décembre 2014, mentionnant une classe d'assurance semi-privée, un code 010 et un tarif E77E.  
3. Le 3 février 2015, l'assurance a adressé à l'assuré une facture globale de CHF 5'574.- (décomptes nos 1\_\_\_\_\_ et 2\_\_\_\_\_ concernant les prestations dispensées par le CHUV). Le décompte n°1\_\_\_\_\_ s'élevait à CHF 2'789.85, dont CHF 215.85 à la charge de l'assurance et CHF 2'574.- à celle de l'assuré (CHF 2'500.- de franchise + CHF 29.- de quote-part + CHF 45.- de contribution hospitalière).  
4. Le 19 mars 2015, l'assuré a constaté que l'assurance affirmait avoir payé CHF 5'890.95 pour un jour et demi d'hospitalisation en chambre à deux lits et qu'elle lui réclamait le remboursement de CHF 5'574.-. Or, il n'avait été hospitalisé qu'un jour et en chambre commune. Dès lors, il invitait l'assurance à modifier son décompte en conséquence. Par ailleurs, il se posait la question de savoir quel diagnostic fondait le forfait SwissDRG ( diagnose related group ).  
5. Le 21 mars 2015, l'assurance lui a adressé un rappel.  
6. Le 16 avril 2015, l'assurance a répondu à l'assuré qu'elle avait reçu une facture de CHF 2'789.85 du CHUV au titre de l'assurance obligatoire des soins, prise en charge sous déduction des participations légales de CHF 2'500.- (franchise), CHF 29.- (quote-part) et CHF 45.- (contribution hospitalière). Quant à la facture de CHF 3'101.10 relative aux frais de l'assurance complémentaire d'hospitalisation semi-privée, elle était prise en charge sous déduction de la franchise de CHF 3'000.- prévue dans le contrat d'assurance. Pour le reste, l'assurance invitait l'assuré à s'enquérir du code diagnostique fondant la facture directement auprès du CHUV.  
7. Le 25 avril 2015, l'assurance a adressé à l'assuré une sommation pour le montant de CHF 2'594.- (CHF 2'574.- selon décompte n°1\_\_\_\_\_ + CHF 20.- de frais de sommation).  
8. Le 27 août 2015, un commandement de payer a été notifié à l'assuré dans la poursuite 3\_\_\_\_\_ J, tendant au paiement de CHF 2'574.-. S'y ajoutaient CHF 120.- de frais, ainsi que les frais du commandement de payer. L'assuré y a fait opposition le 3 septembre 2015.  
9. Par décision du 21 octobre 2015, l'assurance a levé l'opposition à la poursuite 3\_\_\_\_\_. L'arriéré dû s'élevait à CHF 2'767.30 (CHF 2'574.- pour la prestation du 3 février 2015 + CHF 100.- de frais d'administration + CHF 20.- de frais de sommation +

CHF 73.30 de frais de poursuite).!endif]>![if> 10. L'assuré s'est opposé à la décision de l'assurance par écriture du 20 novembre 2015. !endif]>![if> Il a allégué avoir été hospitalisé au CHUV pendant 36 heures du 23 au 24 décembre 2014. Son traitement durant cette période avait consisté en l'administration de deux comprimés d'antibiotiques. La facture du CHUV de CHF 5'890.95 se décomposait en un montant de CHF 3'101.10 pour une chambre à deux lits et en une somme de CHF 2'789.85 pour le forfait SwissDRG. Or, comme déjà indiqué à l'assurance, sur un jour et demi, il avait passé un jour en chambre commune. Quant au forfait facturé, il avait interrogé le CHUV, sans succès. L'assuré a rappelé que le fournisseur de prestations était tenu d'établir une facture détaillée et compréhensible permettant de la vérifier. Le montant de CHF 3'101.10 - ne faisant pas l'objet de la décision litigieuse - concernait des soins qui n'auraient en réalité jamais été fournis. Quant à celui de CHF 2'574.-, il n'avait selon l'assuré pas fait l'objet d'une facture détaillée et compréhensible, permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. L'assuré concluait à ce que l'assurance lui présente des factures détaillées et compréhensibles à l'appui de sa prétention. 11. Par courrier du 24 novembre 2015, l'assurance lui a répondu qu'elle lui avait déjà fourni toutes les explications relatives à la facture du CHUV de CHF 2'789.85 dans sa correspondance du 16 avril 2015. La facture du séjour hospitalier du 22 au 24 décembre 2014 avait été établie conformément aux règles du système SwissDRG. Le codage des cas facturés par ce système tarifaire se fondait sur les directives de l'Office fédéral de la statistique (OFS), qui devaient être appliquées de manière uniforme en Suisse sur la base des nomenclatures de diagnostics et d'interventions en vigueur. L'ensemble de ces données débouchait sur un code SwissDRG, lequel était contrôlé avant paiement. Dans le système du tiers-payant, l'assuré recevait une copie de la facture adressée à l'assurance. Cette dernière laissait à l'assuré le soin de prendre contact avec le CHUV. !endif]>![if> 12. Le 6 avril 2016, l'assurance a transmis à l'assuré une copie de la facture du CHUV concernant le traitement du 22 au 24 décembre 2014.!endif]>![if> Cette facture mentionnait le code SwissDRG E77E, correspondant à « autres infections et inflammations des organes respiratoires (...) ». L'assurance invitait l'assuré à lui signaler si l'affection dont il avait souffert ne correspondait pas à un problème infectieux respiratoire. Dans le cas contraire, elle le priait de lui indiquer s'il entendait retirer son opposition. 13. Par courrier, l'assuré a répondu que selon lui, la facture ne comportait aucun élément permettant de relier son montant aux prestations effectivement fournies, alors même que le CHUV était tenu de fournir une facture permettant de vérifier le calcul de la rémunération et son caractère économique. L'assuré avait soumis cette facture à son médecin traitant, qui n'était pas en mesure d'en expliquer le montant. Il invitait dès lors l'assurance à lui expliquer comment les indications de la facture permettaient de parvenir au montant de CHF 2'789.85 ou, à défaut, de requérir du CHUV une facture détaillée. Il précisait que le traitement stationnaire de quelque 36 heures avait consisté en une radiographie du thorax, un électrocardiogramme et l'administration de trois comprimés d'antibiotiques. !endif]>![if> 14. Le 2 juin 2016, l'assurance a indiqué à l'assuré qu'il lui appartenait de s'adresser à la direction médicale du CHUV en cas de contestation de la facture, l'assureur se contentant pour sa part de veiller à ce que le code SwissDRG sélectionné par l'établissement corresponde à la garantie hospitalière émise et respecte le tarif forfaitaire, conditions remplies en l'espèce. !endif]>![if> Le système SwissDRG correspondait à une indemnisation des prestations hospitalières par forfaits. L'assurance a remis une brochure explicative à l'assuré à ce sujet, en précisant que les règles applicables à la facturation garantissaient le respect des

exigences légales. Elle invitait l'assuré à lui régler le montant dû jusqu'au 31 juillet 2016.

15. Le 3 août 2016, l'assuré a fait parvenir à l'assurance un courrier du CHUV du 28 juillet 2016, lui annonçant que sa demande serait prochainement traitée.!

16. Par courrier du 24 août 2016, l'assuré a transmis à l'assurance la réponse du CHUV du 2 août 2016. Il en ressortait que le montant facturé sur la base du système SwissDRG aurait été identique quelle que soit la durée du séjour, dans une fourchette de deux à treize jours. L'assuré a pour sa part émis l'avis que, puisque le nouveau système de facturation avait pour but de maîtriser les coûts, cette maîtrise n'était possible que si l'assuré était informé à l'avance qu'en cas de séjour d'un jour et demi, il devait s'attendre à une facture qui ne serait pas plus élevée que pour un séjour de treize jours. Il a allégué que s'il avait été informé, il ne se serait pas rendu au CHUV pour un jour et demi. Il se limiterait dès lors à verser à l'assurance un montant de CHF 1'000.-, correspondant à un séjour en chambre privée en France. 17. Le 2 septembre 2016, l'assurance a invité l'assuré à payer le montant faisant l'objet de la poursuite 3\_\_\_\_\_, condition préalable au remboursement du montant de CHF 1'446.45 qui lui était dû par ailleurs. Le paiement de CHF 1'000.- auquel avait procédé l'assuré le 26 août 2016 avait été imputé sur la poursuite 3\_\_\_\_\_.

18. Par décision du 20 septembre 2016, adressée à l'assuré par courrier A+, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré. L'assurance a confirmé sa décision du 21 octobre 2015 levant l'opposition à la poursuite 3\_\_\_\_\_, sous déduction du montant de CHF 1'000.- c'est-à-dire à hauteur de CHF 1'694.-. L'assuré, débiteur d'un montant de CHF 2'694.-, avait depuis lors versé la somme de CHF 1'000.- ; l'assurance avait également déduit de la somme réclamée le montant de CHF 1'446.45 correspondant à un solde en faveur de l'assuré. Par conséquent, un solde de CHF 247.55 restait ouvert.

L'assurance a réfuté l'argument selon lequel la créance ne serait pas justifiée au regard de la durée du séjour hospitalier et des soins reçus en rappelant que le système SwissDRG était le système tarifaire national de rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus et qu'il réglait de manière uniforme l'indemnisation des prestations hospitalières selon les forfaits par cas depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Le forfait appliqué en fonction du diagnostic, non contesté en l'espèce, ne pouvait être remis en cause par un assuré, encore moins arbitrairement saucissonné ( sic ) au prorata de la durée du séjour ou en comparaison d'un système hospitalier étranger. Au surplus, il n'appartenait pas à l'assureur-maladie d'informer l'assuré sur les coûts des prestataires de soins. 19. Par courrier du 21

septembre 2016, l'assurance a indiqué à l'assuré que le montant de CHF 1'446.45 lui serait en définitive remboursé au lieu d'être imputé sur la poursuite.!

20. Par courrier du 21 septembre 2016, l'assurance a invité l'Office des poursuites à réduire le montant total afférent à la poursuite 3\_\_\_\_\_ à CHF 1'767.30.!

21. Par écriture du 8 novembre 2016, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans contre la décision qu'il affirme avoir reçue le 12 octobre 2016. Il conclut, sous suite de dépens, préalablement, à son annulation, principalement à ce qu'il soit dit que l'intimée lui doit CHF 8.75, subsidiairement, à ce que la créance de l'intimée à son encontre soit ramenée à CHF 111.25 .

Le recourant allègue avoir séjourné un jour et demi au CHUV, dans une chambre à six lits. Le séjour a impliqué une radiographie du thorax, un ECG et l'administration de trois comprimés d'antibiotiques. Il reproche à l'intimée d'avoir résilié son assurance semi-privée, dont elle a perçu les primes pendant vingt ans sans déboursier un centime. Le recourant conteste par ailleurs les CHF 120.- de frais administratifs qui lui sont réclamés. Il relève que l'intimée lui doit encore CHF 1'446.45 et en tire la conclusion que le solde de la créance de l'intimée à son encontre ne s'élève plus qu'à CHF 127.50 (2'574.- -

1'000.- - 1'446.45). En admettant que l'on y ajoute CHF 120.- de frais administratifs - contestés -, on parvient à un solde de CHF 247.55, montant articulé par l'intimée elle-même dans sa décision. Selon le recourant, ce calcul est toutefois erroné, car il ne tient pas compte des montants dus par l'intimée (CHF 79.- depuis juin 2015 et CHF 57.30 depuis juin 2016). Par courrier du 27 septembre 2016, l'intimée a déclaré compenser ces montants échus en juin 2015 et en juin 2016 avec les primes de novembre et décembre 2016, mais c'était impossible car ces primes n'étaient pas exigibles. Le 20 septembre 2016, le solde était donc de CHF 8.75 en faveur du recourant (127.55 - 79.- - 57.30). Si l'on tient compte de la prétention contestée de CHF 120.- pour frais administratifs, le solde en faveur de l'intimée n'est plus que de CHF 111.25 (120.- - 8.75), alors que la décision querellée prononce la mainlevée de l'opposition formée à la poursuite à concurrence de CHF 1'694.-. Le recourant a notamment produit : - un décompte de l'intimée du 22 décembre 2015 portant sur la période du 20 au 29 octobre 2014, indiquant un solde de CHF 817.55 en faveur du recourant ;![endif]>![if> - un décompte de l'intimée du 22 décembre 2015 portant sur la période du 22 décembre 2014, indiquant un solde de CHF 326.25 en faveur du recourant ;![endif]>![if> - un décompte de l'intimée du 22 décembre 2015 portant sur la période du 22 décembre 2014, indiquant un solde de CHF 197.90 en faveur du recourant ;![endif]>![if> - un décompte de l'intimée du 22 décembre 2015 portant sur la période du 21 octobre 2014, indiquant un solde de CHF 104.75 en faveur du recourant ;![endif]>![if> - une facture collective de l'intimée du 23 décembre 2015 portant sur la période du 20 octobre 2014 au 15 janvier 2015, indiquant un solde de CHF 1'446.45 en faveur du recourant : CHF 817.55 + CHF 326.25 + CHF 197.90 + CHF 104.75 ;![endif]>![if> - une facture collective de l'intimée du 27 septembre 2016 portant sur la période du 1er juin 2015 au 31 décembre 2016, indiquant un solde de CHF 647.30 en faveur du recourant : - CHF 79.- + -CHF 57.30 + CHF 783.60 (montants correspondant respectivement aux factures de primes pour la période du 1er juin 2015, du 1er juin 2016 et du 1er novembre au 31 décembre 2016).![endif]>![if> 22. Le 10 novembre 2016, la Chambre de céans a invité l'intimée à lui faire parvenir sa réponse, ainsi que la preuve de la date de la notification de la décision litigieuse. ![endif]>![if> 23. Par écriture du 11 novembre 2016, le recourant a rappelé n'avoir reçu la décision du 20 septembre 2016 qu'en date du 12 octobre suivant seulement, sans qu'il puisse en expliquer les raisons. La décision de l'intimée lui avait été adressée en courrier A+. Selon la jurisprudence, un relevé de la Poste quant à la distribution de cet envoi ne démontrait pas qu'il était entré dans la sphère de puissance du destinataire.![endif]>![if> 24. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 7 décembre 2016, a conclu, sous suite de dépens, à l'irrecevabilité du recours, et quant au fond, à son rejet. ![endif]>![if> L'intimée allègue que la décision litigieuse a été notifiée au recourant en date du 21 septembre 2016 par courrier A+, comme en atteste le récépissé postal. Partant, le recours du 8 novembre 2016 est manifestement tardif. A cet égard, la jurisprudence à laquelle se réfère le recourant admet une présomption de notification par courrier A+ et exige une motivation approfondie pour la renverser. Or, le recourant ne mentionne aucune raison, telle une absence à l'étranger, qui l'aurait empêché de prendre connaissance du courrier du 20 septembre 2016, dont la notification dans sa boîte aux lettres a été attestée par la Poste. Au demeurant, la décision de mainlevée ainsi que deux autres courriers adressés en A+ au recourant dans le cadre de ce dossier lui sont parvenus sans encombre. Sur le fond, l'intimée reprend l'argumentation développée dans sa décision sur opposition sur ce point. Elle précise avoir voulu, par courrier du 2 septembre 2016, compenser de façon erronée le montant de

CHF 1'446.45 en faveur du recourant avec le solde de la participation aux coûts de CHF 1'574.-, mais avoir rectifié le jour même de sa décision en omettant toutefois, dans l'empressement, de le mentionner dans la décision en question. Ce rectificatif n'en a pas moins été communiqué aussi bien au recourant qu'à l'Office des poursuites à Genève. L'intimée explique que le virement du montant de CHF 1'446.45 est resté en suspens, faute d'avoir reçu les nouvelles coordonnées bancaires ou postales du recourant malgré une demande en ce sens le 10 mai 2016. S'agissant des frais de CHF 120.-, l'intimée rappelle qu'un assureur-maladie peut réclamer le paiement des frais de sommation et frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré lors du versement des primes et de la participation aux coûts, à condition que ces frais soient imputables à une faute de l'intéressé. Tel est le cas selon la jurisprudence lorsque le comportement de l'intéressé a obligé l'assureur à lui adresser des rappels pour l'exhorter à payer ses cotisations. Qui plus est, le règlement de l'intimée prévoit le droit de réclamer aux assurés de tels frais. Quant aux contestations du recourant concernant une facture de primes, elles ne font pas l'objet de la décision sur opposition. À l'appui de son écriture, l'intimée a notamment produit son règlement de l'assurance obligatoire des soins, édition 2012, ainsi que le récépissé de la Poste relatif au pli A+ du 20 septembre 2016, mentionnant une distribution le 21 septembre 2016. 25. Le 5 janvier 2017, le recourant a répliqué en persistant dans ses conclusions et en réclamant, au surplus, subsidiairement, que l'intimée soit condamnée au versement de CHF 1'582.75, avec intérêts moratoires à 5 % depuis le 12 décembre 2016, et à ce que la mainlevée définitive du commandement de payer 4\_\_\_\_\_ soit prononcée. ![endif]>![if> S'agissant de la recevabilité, le recourant soutient que la jurisprudence n'exige nullement une motivation approfondie pour renverser la présomption de notification par courrier A+. Bien au contraire, elle considère qu'un extrait du système Track and Trace ne constitue pas la preuve du fait que l'envoi est effectivement parvenu dans la sphère de puissance du destinataire. Un tel enregistrement ne constitue qu'un indice du dépôt de l'envoi dans la boîte aux lettres du destinataire et il y a lieu de se baser sur les affirmations du destinataire si celles-ci présentent une certaine probabilité. Or, si la décision de l'intimée, incohérente et indéfendable, avait été déposée dans la boîte aux lettres du recourant le 21 septembre 2016, il est hautement vraisemblable que ce dernier l'aurait contestée. D'ailleurs, selon la presse, plusieurs milliers de lettres et de colis à la Poste ont disparu. Qui plus est, la décision a été envoyée à l'adresse privée du recourant, alors que la correspondance préalable avait été expédiée à son adresse professionnelle, sans que l'on en comprenne les motifs. Quant au fond, le recourant répète que l'intimée lui doit encore : CHF 197.90, exigibles le 31 mars 2015, CHF 326.25, exigibles le 2 avril 2015, CHF 817.55, exigibles le 21 avril 2015, CHF 104.75, exigibles le 23 avril 2015, CHF 79.- et CHF 57.30, exigibles le 1 er juin 2015. Ces postes, soit un total de CHF 1'446.45, ont fait l'objet de deux compensations. Le rectificatif évoqué par l'intimée dans sa réponse est postérieur à sa décision, de sorte que le fait qu'elle ne s'y soit pas référée ne résulte pas d'un oubli, contrairement à ce qu'elle allègue. En conséquence, l'intimée ne saurait révoquer une compensation et faire renaître une créance définitivement éteinte. Par ailleurs, contrairement à ce qu'elle annonçait dans son courrier du 21 septembre 2016, l'intimée ne lui a jamais versé CHF 1'446.45. À cet égard, le recourant se défend d'avoir omis de communiquer ses coordonnées bancaires et se réfère à des courriers des 19 mars 2015 et 24 mai 2016. Au surplus, le 13 décembre 2016, il a ouvert des poursuites pour l'intégralité de sa créance de CHF 1'582.75, en indiquant pour la troisième fois ses coordonnées de paiement. L'intimée y a fait opposition totale. Pour le reste, le recourant soulève que la compensation évoquée par l'intimée dans son courrier du

27 septembre 2016, avec des primes d'assurance pour les mois de novembre et décembre 2016 n'était pas concevable, la créance du recourant étant exigible depuis juin 2015, respectivement depuis juin 2016, alors que les primes des mois de novembre et décembre 2016 ne l'étaient pas encore ; l'exigibilité simultanée de la créance compensante et de la créance compensée prévue par la loi n'était donc pas réalisée. La seule créance exigible dont disposait l'intimée le 27 septembre 2016 était le solde de sa créance de CHF 1'574.- qui représentait, soit, après compensation avec la créance de CHF 1'446.45, CHF 127.55. La compensation de cette créance avec celle du recourant de CHF 136.30 aurait dû conduire l'intimée à la conclusion qu'elle lui devait encore CHF 8.75. Ainsi, même en tenant compte du montant de CHF 120.- réclamé à titre de frais administratifs, l'intimée n'aurait dû prononcer la mainlevée qu'à concurrence de CHF 111.25 (120.- — 8.75). Le recourant a produit : - un article du 11 décembre 2016 du journal Le Temps, indiquant que trois millions de paquets de la Poste arrivent en retard ou ne parviennent pas à destination ;![endif]>![if> - le courrier recommandé adressé à l'intimée le 19 mars 2015 demandant le remboursement d'une facture sur son compte postal (avec les coordonnées de celui-ci) et le récépissé de cet envoi ;![endif]>![if> - le courrier recommandé adressé à l'intimée le 24 mai 2016, dans lequel il soulignait lui avoir déjà communiqué ses coordonnées bancaires en date du 19 mars 2015 et le récépissé de cet envoi ;![endif]>![if> - le commandement de payer notifié à l'intimée sur réquisition du recourant en date du 13 décembre 2016 dans la poursuite 4\_\_\_\_\_, portant sur un montant de CHF 1'562.75 avec intérêts à 5 % l'an dès le 12 décembre 2016, correspondant aux créances en remboursement de mars à juin 2016.![endif]>![if> 26. Par écriture du 25 janvier 2017, l'intimée, relevant que le conseil du recourant n'était autre que son stagiaire, s'est opposée à l'octroi de dépens. ![endif]>![if> Pour le reste, l'intimée fait remarquer que la décision sur opposition a bel et bien été distribuée au recourant. S'agissant de l'adresse à laquelle cette décision sur opposition a été notifiée, elle remarque qu'il s'agit de celle indiquée par le recourant dans son opposition. L'intimée précise que le montant « en attente de pouvoir être versé au recourant » est de CHF 1'446.45. Elle explique que ses coordonnées n'ont pas été enregistrées dans son système, raison pour laquelle il n'a pu être procédé au versement. Ce montant a depuis lors été viré sur le compte indiqué. Quant à la poursuite introduite par le recourant, elle l'a été alors que l'intimée avait confirmé, dans son écriture du 7 décembre 2016, qu'elle verserait la somme réclamée à réception des coordonnées bancaires. Ladite poursuite était donc superflue. Enfin, l'intimée relève que la compensation entre prestations et participations aux coûts n'est pas possible selon les dispositions réglementaires, de sorte que son rectificatif ne saurait être qualifié de « révocation ». L'intimée produit un courrier du 25 janvier 2017 confirmant que le versement de CHF 1'446.45 interviendra le 26 janvier 2017. 27. Par écriture du 2 février 2017, le recourant a précisé que son conseil est avocat, et non avocat-stagiaire, ce que corrobore le registre des avocats. ![endif]>![if> Il s'étonne que l'intimée ait voulu procéder à des compensations qu'elle reconnaît être contraires à la loi. 28. La Chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimée en date du 6 février 2017. ![endif]>![if> 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable. S'agissant de la recevabilité, la Chambre de céans relève ce qui suit. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. D'après la jurisprudence, le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 136 V 295 consid. 5.9). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. Ce degré suppose en règle générale la notification d'une décision par courrier recommandé, la preuve au degré de la vraisemblance prépondérante de la notification d'une décision ne pouvant résulter d'une simple description du déroulement usuel des tâches administratives (ATF 121 V 5 consid. 3b). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve ou de vraisemblance prépondérante en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 129 I 8 consid. 2.2). La seule présence au dossier de la copie d'une lettre n'autorise pas à conclure que cette lettre a été effectivement envoyée par son expéditeur et qu'elle a été reçue par le destinataire (ATF 101 Ia 7 consid. 1). La preuve de la notification d'un acte peut néanmoins résulter d'autres indices ou de l'ensemble des circonstances, en particulier de la correspondance échangée ou de l'absence de protestation de la part d'une personne qui reçoit des rappels (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_433/2015 du 1<sup>er</sup> février 2016 consid. 4.1). Le Tribunal fédéral a admis que les assureurs-maladie peuvent communiquer les décisions portant sur la mainlevée d'une opposition par courrier A+ (ATF 142 III 599 consid. 2.5). Dans ce mode d'expédition, les courriers sont dotés d'un numéro et envoyés de manière analogue aux courriers recommandés, la différence étant l'absence d'accusé de réception par le destinataire. La distribution est saisie de manière électronique lorsque l'envoi est déposé dans la case postale ou la boîte aux lettres. Il est ainsi possible de suivre l'envoi jusqu'à la zone de réception du destinataire grâce au système de recherche Track & Trace (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_90/2015 du 2 juin 2015 consid. 3.1). Le relevé Track & Trace ne prouve toutefois pas que l'envoi est parvenu dans la sphère de réception du destinataire, mais simplement qu'une mention correspondante a été saisie dans le système de la poste. Ce relevé constitue ainsi tout au plus un indice du dépôt de l'envoi dans la boîte aux lettres ou la case postale du destinataire. En l'absence d'accusé de réception, il ne permet pas de démontrer si quelqu'un – et le cas échéant qui – en a pris possession (arrêt du Tribunal fédéral 2C\_430/2009 du 14 janvier 2010 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, il n'est pas au-delà de toute vraisemblance qu'une erreur survienne lors de la distribution, ce qui vaut également pour le courrier A+. Une distribution incorrecte ne doit toutefois pas être présumée, mais seulement admise lorsqu'elle apparaît plausible au vu des circonstances. Il y a lieu de s'en tenir aux indications du destinataire selon lesquelles il y a eu erreur dans la distribution, lorsque sa description des circonstances paraît concevable et correspond à une certaine vraisemblance, sa bonne foi étant présumée (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_90/2015 précité consid. 3.2 et 2C\_570/2011 du 24 janvier 2012 consid. 4.3). De simples hypothèses du destinataire, selon lesquelles le pli aurait pu être déposé dans la boîte aux lettres d'un voisin, ne sont pas suffisantes (arrêt du Tribunal fédéral 2C\_165/2015 du 21 février 2015 consid. 2.3). En l'espèce, le recourant allègue n'avoir reçu la décision querellée que le 12 octobre 2016. Il n'est certes pas en mesure de démontrer qu'il n'en a pas eu connaissance avant. On ne saurait cependant l'exiger de lui, dès lors qu'il s'agit là de la

preuve d'un fait négatif, pratiquement impossible à démontrer (arrêt du Tribunal fédéral 6B\_867/2009 du 3 décembre 2009 consid. 2.5). Le relevé Track & Trace indique certes que le courrier contenant ladite décision aurait été distribué le 21 septembre 2016. Cependant, comme cela ressort de la jurisprudence, une erreur dans la distribution ne peut être exclue et ce seul relevé ne suffit pas à établir que c'est bien dans la boîte aux lettres du recourant que ce pli est parvenu. On notera que l'ensemble des pièces du dossier révèle la diligence du recourant dans la gestion de son courrier. Il a en effet toujours donné prestement suite aux demandes de l'intimée, parfois d'ailleurs par courrier recommandé. Le litige qui l'oppose à l'intimée a fait l'objet d'une correspondance suivie, qui manifeste l'intention du recourant de ne pas accepter la position de l'intimée par gain de paix. De plus, le recourant est avocat. Il n'ignore donc pas l'importance primordiale du respect d'un délai de recours. Ces éléments concourent à rendre plausible l'hypothèse d'une remise de la décision à la date alléguée par le recourant, soit le 12 octobre 2016. Partant, le recours, pour le surplus conforme aux exigences de forme des art. 56ss LPGA, est recevable. 4. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1.). [endif]>[if> Eu égard à ce qui précède, l'objet du litige est déterminé par le dispositif de la décision litigieuse. Il porte ainsi sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a réclamé au recourant un montant de CHF 2'767.30 et a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite 3\_\_\_\_\_. La question du bien-fondé des frais d'hospitalisation en chambre semi-privée excède en revanche l'objet du litige. 5. Aux termes de l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien (al. 2 let. b). [endif]>[if> Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal). L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 130 V 532 consid. 2.2; 128 V 159 consid. 5c/aa). L'efficacité doit être démontrée de manière scientifique. A cet égard, il ne suffit pas de se fonder sur les résultats concrets du traitement dans un cas isolé mais bien d'apprécier l'efficacité des résultats obtenus par un traitement de manière générale et non en fonction d'un cas isolé (ATF 133 V 115 consid. 3.2.1). 6. Aux termes de l'art. 43 LAMal, les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (al. 1). Le tarif est une base de calcul de la rémunération; il peut notamment: se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré) (let. a); attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation) (let. b); prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire) (let. c); soumettre, à titre exceptionnel, en vue de garantir leur qualité, la

rémunération de certaines prestations à des conditions supérieures à celles prévues par les art. 36 à 40, notamment à celles qui prévoient que les fournisseurs disposent de l'infrastructure, de la formation de base, de la formation postgraduée ou de la formation continue nécessaires (exclusion tarifaire) (let. d) (al. 2). Le tarif forfaitaire peut se rapporter au traitement par patient (forfait par patient) ou aux soins par groupe d'assurés (forfait par groupe d'assurés). Les forfaits par groupe d'assurés peuvent être fixés, de manière prospective, sur la base des prestations fournies dans le passé et des besoins futurs (budget global prospectif) (al. 3). Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des fédérations, les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion (al. 4). Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe (al. 5). Le Conseil fédéral peut procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure (al. 5 bis). Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (al. 6). Le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation. Il veille à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales (al. 7).

En matière de tarifs, le principe d'économicité ancré à l'art. 32 LAMal du traitement est concrétisé à l'art. 43 al. 6 LAMal (ATAF 2014/3 consid. 2.4.6). Les conventions tarifaires ont notamment pour but de garantir l'économicité des prestations. Elles visent également à empêcher des prestations non économiques ou inadéquates. Il faut partir du principe que les parties à la convention, en tant que spécialistes, sont en mesure de déterminer lors des négociations quelles prestations à quel prix peuvent être considérées comme nécessaires et adéquates (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_252/2011 du 14 juillet 2011 consid. 5.2).

7. L'art. 49 al. 1 LAMal dispose que pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39, al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.

Les tarifs hospitaliers doivent ainsi notamment satisfaire au principe d'économicité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 21/03 du 6 mars 2006 consid. 4.2.2). Dans le cadre du nouveau financement hospitalier introduit par la révision de la LAMal du 21 décembre 2007, des forfaits par cas se fondant sur le système SwissDRG ont été créés. Dans ce système, les différents traitements stationnaires sont classés en différents groupes de cas en vertu de critères déterminés (diagnostics, interventions chirurgicales ou diagnostiques, degré de gravité, âge, sexe etc.), qui sont médicalement similaires et aussi homogènes que possible s'agissant des

coûts entraînés. Chaque cas est attribué à un DRG. Ce système est applicable depuis 2012 (Gebhard EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, n. 4 ad art. 43 LAMal). Le Surveillant des prix a indiqué dans son rapport annuel de 2012 au sujet du système SwissDRG qu'il a procédé à un examen de l'économicité de cette structure tarifaire et a ramené la valeur de base des hôpitaux universitaires à celle de l'Hôpital de l'Ile, le moins coûteux des hôpitaux universitaires (DPC 2012/5 p. 936), valeur qu'il a jugée économique. 8. Conformément à l'art. 46 al. 4 LAMal, la convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie. 9. L'art. 59c de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal - RS 832.102) précise que l'autorité d'approbation au sens de l'art. 46, al. 4, de la loi vérifie que la convention tarifaire respecte notamment les principes suivants: le tarif couvre au plus les coûts de la prestation justifiés de manière transparente (let. a); le tarif couvre au plus les coûts nécessaires à la fourniture efficiente des prestations (let. b); un changement de modèle tarifaire ne doit pas entraîner de coûts supplémentaires (let. c) (al. 1). Les parties à une convention doivent régulièrement vérifier les tarifs et les adapter si le respect des principes énoncés à l'al. 1, let. a et b, n'est plus garanti. Les autorités compétentes doivent être informées des résultats de ces vérifications (al. 2). L'autorité compétente applique par analogie les al. 1 et 2 lors de la fixation des tarifs prévus aux art. 43, al. 5, 47, ou 48 de la loi (al. 3). On notera qu'en vertu de l'art. 14 de la loi concernant la surveillance des prix (LSPR – RS 942.20, l'augmentation des tarifs doit préalablement être soumise à l'avis du Surveillant des prix, qui peut proposer de renoncer en tout ou partie à l'augmentation de prix ou d'abaisser le prix maintenu abusivement. 9. L'art. 42 al. 3 LAMal prévoit que le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation. Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur. En cas de traitement hospitalier, l'hôpital atteste la part du canton et celle de l'assureur de manière séparée. Le Conseil fédéral règle les détails. 10. Selon l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixé par année (franchise) (let. a); et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (let. b) (al. 2). L'art. 64 al. 5 LAMal prévoit qu'en cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille. Le Conseil fédéral fixe le montant de cette contribution. Le Conseil fédéral a fait usage de cette délégation législative en édictant l'art. 104 OAMal, dont l'alinéa premier prévoit que la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier prévue à l'art. 64 al. 5 de la loi se monte à 15 francs. Selon le chiffre 26 du règlement Assurance obligatoire des soins, édition 2012 de l'intimée (ci-après : le règlement), en cas de paiement direct aux fournisseurs de prestations, les assurés doivent rembourser la participation aux coûts dans les 30 jours à compter de la facturation par [l'intimée]. 11. L'art. 64a LAMal prévoit que 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. Le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale

compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites (al. 2).!endif]>![if> En vertu de l'art. 105b OAMal, 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). Le chiffre 20.5 du règlement dispose qu'outre des intérêts moratoires et des frais de poursuite, [l'intimée] a le droit de réclamer aux mauvais payeurs, dans une mesure appropriée, des frais de traitement, notamment des frais de sommation ainsi que des frais d'administration pour l'encaissement. 12. Vu le caractère obligatoire de la participation de l'assuré aux coûts, l'assureur-maladie ne saurait renoncer à la percevoir (ATF 129 V 396 consid. 1.2). La participation aux coûts est due même lorsque l'assuré ne s'est pas plié au traitement de manière volontaire (ATF 106 V 179 consid. 4b). 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 des participations aux coûts. 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, ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée. Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 de la loi sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP – RS 821.1), 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_786/2008 du 31 octobre 2008 consid. 3.1). !endif]>![if> 13. En l'espèce, la créance relevant de la LAMal est de CHF 2'574.-. !endif]>![if> a) Ce montant se fonde sur la facture du CHUV de CHF 2'789.85 pour le traitement prodigué au recourant du 22 au 24 décembre 2014. Cet établissement a facturé ses prestations conformément au système SwissDRG. Le recourant ne remet pas en cause l'exactitude du diagnostic et du code appliqués en l'espèce, mais conteste le caractère économique de la facturation. Or, comme cela ressort des considérants qui précèdent, l'établissement d'une convention tarifaire telle que le système SwissDRG doit obéir à l'exigence d'économicité ; ce critère fait d'ailleurs l'objet d'un triple contrôle, d'abord dans le cadre de son élaboration, puis par l'autorité d'approbation et, enfin, en cas d'augmentation par le Surveillant des prix. On peut donc admettre que l'exigence d'économicité est réalisée s'agissant d'une prestation prise en charge et facturée selon le système SwissDRG. En outre, en tant que le recourant nie le caractère économique de la prestation au motif que son séjour aurait dû être moins onéreux que celui facturé à un patient séjournant 13 jours à l'hôpital, il méconnaît la nature forfaitaire du tarif litigieux, qui a précisément pour effet que dans une certaine fourchette temporelle, la durée du séjour n'est pas un paramètre pertinent pour la facturation. Le recourant invoque en outre un défaut d'information. L'art. 27 LPGA prévoit que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a

le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin des conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur-maladie. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique. Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_97/2009 du 14 octobre 2009 consid. 2.2 et les références). Or, dans le cas d'espèce, le recourant n'allègue pas avoir requis des renseignements sur les modalités de facturation de son séjour hospitalier avant qu'il n'ait lieu, de sorte qu'on ne saurait reprocher un quelconque manquement à l'intimée. De plus, le raisonnement du recourant sur l'impossibilité de maîtriser les coûts en raison d'un défaut d'information repose sur des prémisses erronées, puisqu'il présuppose qu'un assuré peut choisir entre un traitement stationnaire et un traitement ambulatoire en fonction des montants facturés. Or, c'est ici le lieu de rappeler que l'exigence du caractère économique des prestations impose au fournisseur de prestations de limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement, conformément à l'art. 56 al. 1 LAMal. Les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses; ils y sont d'ailleurs obligés, dès lors qu'ils sont tenus de veiller au respect du principe de l'économie du traitement. Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre assureurs et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 43 consid. 2b et les références citées). Ainsi, le remboursement d'un séjour hospitalier est subordonné à la condition qu'il existe une indication médicale à un tel séjour et qu'un traitement ambulatoire moins onéreux ne soit pas suffisant. Partant, dans la mesure où un assuré n'a en principe pas le droit de choisir entre un traitement stationnaire et un traitement ambulatoire, un défaut d'information est sans incidence sur le montant facturé. S'il fallait suivre le recourant en tant qu'il soutient qu'il aurait choisi de ne pas être hospitalisé s'il avait connu les modalités de facturation avant son traitement, cela reviendrait à considérer que cette hospitalisation était superflue, et partant à nier tout droit au remboursement. Eu égard à ces éléments, il n'y a pas lieu de remettre en cause le montant de CHF 2'789.85 facturé par le CHUV sur la base du système SwissDRG, étant souligné que le recourant ne conteste pas le code appliqué. Le montant à charge du recourant est de CHF 2'500.-, ce qui correspond à sa franchise. Sur le solde de CHF 289.85, une quote-part de 10% est due par le recourant conformément à l'art. 64 al. 2 let. b LAMal, soit CHF 29.-. Le séjour au CHUV s'étant déroulé sur trois jours, le recourant doit en sus trois contributions journalières de CHF 15.-, soit un montant de CHF 45.-. En tout, la participation du recourant s'élève ainsi à CHF 2'574.-. Celui-ci a versé un montant de CHF 1'000.- en août 2016. Le solde dû est dès lors de CHF 1'574.-. b) L'intimée a également exigé le paiement d'un montant de CHF 120.-, correspondant aux frais de sommation de CHF 20.- et aux frais d'administration de CHF 100.-. On notera que le règlement de l'intimée ne précise pas le montant des frais prévus à l'art. 105b al. 2 OAMal, ce qui n'est toutefois pas une condition de leur perception. Des frais de rappel ou de sommation de CHF 20.- sont appropriés (cf. arrêt du Tribunal

fédéral des assurances K 1/04 du 6 août 2004 consid. 3). S'agissant du montant de CHF 100.- afférent aux frais administratifs, il suffit de relever que le Tribunal fédéral n'a pas remis en cause des frais d'administration facturés CHF 300.- (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 76/03 du 9 août 2005 consid. 3). Dans le cas d'espèce, l'intimée a adressé une sommation au recourant le 25 avril 2015, alors même que l'assuré avait sollicité des renseignements sur la facture faisant l'objet de ladite sommation par courrier du 19 mars 2015. Au vu des interrogations du recourant sur l'exactitude du montant facturé et du fait que seulement neuf jours s'étaient écoulés entre le courrier de l'intimée l'invitant à solliciter des renseignements auprès du CHUV et la sommation, on ne peut considérer que le délai de paiement à ce stade était imputable à une faute du recourant au sens de l'art. 105b OAMal, de sorte que la perception du montant de CHF 20.- afférent à la sommation n'est pas justifiée. En revanche, la réquisition de poursuite est intervenue plus de quatre mois plus tard, soit dans un délai qui aurait permis au recourant d'obtenir les renseignements nécessaires auprès du CHUV et de vérifier le bien-fondé de la facture de l'intimée. C'est ainsi à bon droit que l'intimée a facturé un montant de CHF 100.- pour la réquisition de poursuite, montant qu'il faut considérer comme approprié au vu de la jurisprudence. c) Quant aux frais de poursuite de CHF 73.30, ils correspondent à l'avance requise par l'Office des poursuites. Conformément à l'art. 68 1<sup>ère</sup> LP, les frais de la poursuite sont à la charge du débiteur. Le paiement de ces frais incombe ainsi également au recourant. d) Le recourant oppose en compensation la créance de CHF 1'446.45 qu'il a à l'encontre de l'intimée. Cette dernière a admis le principe de la compensation dans la motivation de sa décision sur opposition du 20 septembre 2016, bien qu'elle ait maintenu dans son dispositif – auquel seul est attachée la force de chose décidée (ATF 121 III 474 consid. 4a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 368/05 du 14 juillet 2006 consid. 3.4) – la mainlevée sur un montant de CHF 1'694.- sans tenir compte d'une éventuelle compensation. On peut certes s'étonner des contradictions de la décision de l'intimée et de ses atermoiements dans le versement du montant de CHF 1'446.45 qu'elle reconnaissait pourtant devoir et qui n'avait pas été réglé le 25 janvier 2017. Cela étant, la Chambre de céans rappelle au sujet de la compensation que, sous l'empire de la loi sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA), en vigueur jusqu'au 31 décembre 1995, les assurés n'avaient selon la jurisprudence pas de droit de compensation envers leur assureur-maladie. En revanche, les caisses-maladie reconnues pouvaient compenser des prestations d'assurance échues avec des créances de cotisations arriérées (ATF 110 V 183 consid. 3). Désormais, l'art. 105c OAMal, dans sa teneur en force depuis janvier 2012, prévoit que l'assureur ne peut pas compenser les prestations avec des primes ou des participations aux coûts qui lui sont dues. Dans son commentaire des modifications, le Conseil fédéral a noté que l'interdiction de la compensation durant la période de procédure de recouvrement des créances (figurant auparavant à l'art. 105c al. 5 OAMal entré en vigueur en janvier 2009) se justifie car elle permet d'éviter que les assureurs puissent obtenir le recouvrement à la fois par le biais de la compensation et par celui des versements effectués par le canton, ce qui serait source de confusion pour les cantons, les assureurs et les assurés. S'agissant du droit de compensation des assurés envers la caisse-maladie, le Tribunal fédéral a confirmé que le principe établi sous la LAMA continuait de s'appliquer sous l'empire de la LAMal. En effet, ni les travaux préparatoires de la LAMal ni ceux de la LPGA ne font apparaître un quelconque motif en faveur d'un changement de la pratique consistant à nier le droit des assurés à la compensation en matière d'assurance-maladie. Les conséquences d'une solution contraire paraissent en outre imprévisibles. La possibilité pour les assurés de se

prévaloir de la compensation, qui équivaudrait en pratique à la suspension du paiement des primes par les assurés chaque fois qu'une prestation est contestée et que son bien-fondé doit être clarifié conformément aux procédures légales, pourrait avoir pour effet de paralyser le travail des caisses-maladie, qui au vu de la durée de la procédure, pourraient se voir privées pendant de longues périodes des moyens financiers nécessaires à leur fonctionnement sans pouvoir résilier les rapports d'assurance obligatoire (SVR 2006 KV N° 11 consid. 8 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 24/06 du 3 juillet 2006 consid. 1). Le règlement de l'intimée exclut du reste également le droit de compensation de l'assuré à son chiffre 17.1. Partant, dès lors que la compensation est exclue en matière d'assurance-maladie, il n'y a pas lieu d'examiner dans le cadre du présent litige le bien-fondé des prétentions que le recourant entend compenser avec celles de l'intimée. A sa demande, il appartiendra toutefois à cette dernière de statuer sur ces prétentions. Au vu de ce qui précède, la décision est infondée en tant qu'elle facture des frais de sommation par CHF 20.-. Elle est confirmée pour le surplus, et la mainlevée prononcée à concurrence de CHF 1'747.30. En ce sens, le recours est très partiellement admis. S'agissant des dépens, on relèvera que le fait que le recourant ait été représenté par son stagiaire – ce qui est d'ailleurs contesté – ne suffit pas à nier son droit à des dépens. En effet, un avocat-stagiaire doit également être rémunéré, de sorte qu'il y a une justification économique à l'allocation de dépens (cf. ATF 126 V 11 consid. 5 a contrario ). En l'espèce, les dépens seront fixés à CHF 200.- (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa). 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.