

GE_GERICHTE A/893/2011 vom 5. Juli 2011

GE Cour de justice, 2011-07-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_893_2011

FR: GE_GERICHTE A/893/2011 du 5 juillet 2011

IT: GE_GERICHTE A/893/2011 del 5 luglio 2011

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur B _____, domicilié à Versoix recourant contre ASSURA - ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, sise Z.I. En Budron A1, 1052 Mont-sur-Lausanne intimé EN FAIT Monsieur B _____ (ci-après l'assuré ou le recourant) est assuré auprès d'ASSURA (ci-après l'assurance ou l'intimée) depuis le 1 er janvier 2000. En 2011, il bénéficie de l'assurance obligatoire des soins avec une franchise annuelle de 300 fr., risque accident inclus. Par pli du 15 février 2011, l'assuré indique, parmi de nombreuses critiques et insultes, "j'attends, via recommandée, une réponse traditionnelle pour les Tribunaux, donc formelle, pour savoir si vous allez m'envoyer mes décomptes concernant Madame C _____...et sa facture de 240 fr. (...)" . Il annonce qu'il va aussi "aller regarder les autres (...)" et ajoute de façon manuscrite "et l'ostéopathie suite à un vieil accident?". Selon une note interne du dossier de l'assurance, les décomptes de prestations concernant le remboursement des factures du Dr C _____ ont été transmis à l'assuré le 21 février 2011. Par pli du 15 mars 2011, l'assuré se plaint auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice de ce qu'il n'a reçu aucune réponse formelle à ses demandes, mais seulement des décomptes. Le recourant expose notamment qu'il a déposé plainte pénale au Parquet du Procureur général. En premier lieu, il estime qu'ASSURA a « mis de côté » une facture (qu'il doit encore retrouver) dans un lot de factures remboursées au mois d'octobre 2010, et en a tenu compte uniquement lors d'un décompte en 2011. En deuxième lieu, s'agissant de la Dresse C _____, il manque le décompte de décembre 2010 et certaines factures envoyées n'ont pas été décomptées. En troisième lieu, l'assuré se plaint d'avoir reçu uniquement des décomptes, et aucune réponse formelle. En quatrième lieu, le recourant fait valoir qu'il a subi un accident cervical il y a quatre ans, et les séances d'ostéopathie lui avaient été remboursées par ASSURA. Alors que son ostéopathe a été mandaté par le même médecin, pour cause d'accident, une facture lui a été retournée par l'assurance. En dernier lieu, l'assuré se plaint de faire l'objet de poursuites pour des montants déjà payés ou s'agissant de frais médicaux payés par le SPC, ce d'autant plus qu'il ne reçoit pas d'avis de poursuite pour y faire opposition, l'Office des poursuites procédant directement par la voie de la saisie, ce qui est illégal. Pour l'ensemble de ces raisons, l'assuré souhaite obtenir une suite concrète auprès des tribunaux et dévoiler les pratiques détestables de la caisse, qui pratique la rétention de décomptes, précisant que ça n'est pas la première fois que l'ombudsman de Lucerne doit intervenir. Par réponse du 26 avril 2011, l'assurance conclut au rejet du recours pour déni de justice de l'assuré. Elle fait valoir que l'assuré a déposé de nombreux recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales et a adressé de nombreux courriers incohérents et insultants à l'encontre du personnel d'ASSURA. Dans ce contexte, son courrier du 15 février 2011 a été considéré comme une demande de recevoir copie des décomptes de prestations relatifs à la Dresse C _____. L'assurance précise que toutes les factures de la Dresse C _____ ont

fait l'objet d'une cession de créance en faveur de cette dernière, que la facture mentionnée de 240 fr. environ doit correspondre à celle de 240 fr. 85 pour traitement du 23 mars 2010 et précise que cette facture a déjà été remboursée au fournisseur de soins par décompte du 5 octobre 2010. S'agissant des factures de Monsieur D _____, ostéopathe, de 90 fr. et 270 fr., l'assuré a déjà été informé que l'ostéopathie n'est pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, lors des décomptes des 21 janvier et 25 février 2011. Parmi les pièces produites par l'assurance: a) les décomptes de prestations indiquent : Date du décompte Montant remboursé Informations 05.10.2010 1'116 fr. 15 La facture de 240 fr. 85 de la Dresse C _____ a déjà été directement payée. 21.01.2011 404 fr. 25 Factures de 90 fr. et 270 fr. de D _____, ostéopathe : le traitement ne relève pas de nos obligations légales et/ou contractuelles 25.02.2011 560 fr. 20 (dont la facture de la Dresse C _____ du 17 au 31 janvier 2011 (378 fr. 50) Factures de 90 fr. et 270 fr. de M. D _____, ostéopathe, séances du 31 mars au 23 juin 2010 : le traitement ne relève pas de nos obligations légales et/ou contractuelles, c'est pourquoi, nous ne sommes pas en mesure d'indemniser les frais en question. b) une note interne à l'assurance mentionne une cession de créance en faveur de la Dresse C _____ pour les traitements du 23 mars, du 11 au 25 mai, du 8 au 29 juin, du 5 juillet au 30 août, du 13 au 27 septembre, du 11 au 29 octobre, du 8 au 22 novembre et du 6 au 20 décembre 2010. c) une facture de la Dresse C _____ concerne le traitement du 23 mars 2010, d'un montant de 240 fr. 85, et est directement adressée à ASSURA ; d) un décompte de prestations d'ASSURA du 4 juin 2010, adressé à la Caisse des médecins, concerne le remboursement à la Dresse C _____ de la facture de 240 fr. 85, remboursée à hauteur de 216 fr. 85, 24 fr. étant à la charge de l'assuré. Par pli du 4 mai 2011, le recourant fait longuement valoir que le dossier de l'assurance, malgré les pièces produites, est totalement vide, de sorte qu'il va prochainement ouvrir un site pour les victimes des agissements des assurances-maladie et alerter les partis politiques. Il se plaint d'avoir reçu les décomptes sous forme de copies et persiste à dire que l'une des factures réglées à la Dresse C _____ n'a pas été prise en compte par ASSURA, craignant toutefois avoir égaré le bulletin de versement prouvant ce paiement et sollicitant un délai indéfini, car il a l'habitude de perdre des choses importantes mais de les retrouver des mois plus tard. Concernant l'ostéopathie, il affirme que celle-ci lui a été remboursée juste après son accident en 2005, dès lors qu'il s'agissait d'un accident et non pas d'une maladie. Par ailleurs, l'assuré ne voit pas en quoi des insultes, qui n'ont pas de caractère pénal, devraient entrer dans l'appréciation de la Chambre des assurances sociales, dès lors qu'il est de son droit d'obtenir une réponse formelle. Il exige également une réponse formelle s'agissant de la poursuite qui bloque son unique compte bancaire, pour un montant dont il ne sait absolument rien, sauf qu'il l'a déjà payé, notamment sur le canton de Vaud, sans qu'il ait pu faire opposition, les poursuites d'ASSURA faisant l'objet sans autre d'une saisie, sans qu'il puisse vérifier les chiffres. Il demande donc des comptes à l'assurance à ce sujet et demande d'une part à être convoqué devant l'assurance et à ce que la Chambre des assurances sociales continue la procédure. Sur demande de la Chambre des assurances sociales, la Dresse C _____ a transmis toutes les factures concernant le traitement dispensé à l'assuré durant l'année 2010, soit : facture du 27 avril 2010 (traitement du 23 mars 2010), payée le 16 juin 2010 (paiement du 90% par ASSURA) et le 17 août 2010 (paiement de la quote-part de 10% par l'assuré); facture du 21 juin 2010 (traitement du 11 au 25 mai 2010), payée le 6 août 2010 (paiement du 90% par ASSURA) et le 17 août 2010 (paiement de la quote-part de 10% par l'assuré); facture du 6 juillet 2010 (traitement du 8 au 29 juin 2010), payée le 3 septembre 2010 (paiement du 90% par ASSURA) et le 14

octobre 2010 (paiement de la quote-part de 10% par l'assuré); facture du 17 septembre 2010 (traitement du 5 juillet au 30 août 2010), payée le 10 novembre 2010 (paiement du 90% par ASSURA) et le 23 novembre 2010 (paiement de la quote-part de 10% par l'assuré); facture du 11 octobre 2010 (traitement du 13 au 27 septembre 2010), payée le 26 novembre 2010 (paiement du 90% par ASSURA) et 11 janvier 2011 (paiement de la quote-part de 10% par l'assuré); facture du 15 novembre 2010 (traitement du 11 au 29 octobre 2010), payée le 14 janvier (paiement du 90% par ASSURA) et le 11 février 2011 (paiement de la quote-part de 10% par l'assuré); facture du 6 décembre 2010 (traitement du 8 au 22 novembre 2010), payée le 26 janvier 2011 (paiement du 90% par ASSURA) et le 23 février 2011 (paiement de la quote-part de 10% par l'assuré); facture du 24 janvier 2011 (traitement du 6 au 20 décembre 2010), payée en totalité par ASSURA le 18 mars 2011. Par pli du 30 mai 2011, la caisse a produit l'ensemble des décomptes de prestations émis par elle concernant les traitements dispensés par la dresse C _____ en 2010 et début 2011. Elle précise que seuls les traitements des 25 février et 29 avril 2011 n'ont pas fait l'objet d'une cession de créance, raison pour laquelle ils ont été directement remboursés à l'assuré. S'agissant des traitements pris en charge par la caisse en 2005 et 2006, il s'agissait de physiothérapie et non pas d'ostéopathie, la confusion faite par l'assuré provenant du fait que M. E _____ est à la fois physiothérapeute et ostéopathe. Pour finir, la caisse confirme qu'aucune poursuite n'est ouverte contre l'assuré. Il ressort notamment des décomptes produits que les factures de la Dresse C _____ de 378 fr. 50 (prestations du 16 au 20 décembre 2010), de 464 fr. 50 (prestations du 14 au 28 février 2011), et de 378 fr. 50 (prestations du 14 au 17 mars 2011) ont été remboursées à l'assuré selon décomptes des 8 mars et 29 avril 2011. Par pli du 16 juin 2011, l'assuré prétend que la séance d'ostéopathie concernait un accident et devait donc être pris en charge à ce titre par la caisse et persiste à dire que la caisse n'a pas remboursé une facture qu'il ne parvient pas à retrouver. Pour le surplus, il critique longuement la caisse, se plaignant encore d'agissements de celle-ci sans lien avec les faits mentionnés dans son recours et indique que la Dresse C _____ a refusé de continuer à le traiter s'il ne bénéficiait pas d'une cession de créances. Il joint une liste de factures de la Dresse C _____, datée du 13 mars 2011, dont il ressort que des factures de 464 fr. 50 (prestations du 14 au 28 février 2011; facture du 7 mars 2011), de 378 fr. 50 (prestations du 16 au 20 décembre 2010; facture du 24 janvier 2011) seraient impayées. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique tant 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) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Selon l'art. 1^{er} al. 1^{er} LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie à moins que la LAMal n'y déroge expressément. À teneur de l'art. 4 al. 1^{er} let. b et al. 4 de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA ; RSGe E 5 10), applicable en vertu des art. 61 LPGA et 89A LPA, sont considérées comme des décisions les mesures individuelles et concrètes prises par l'autorité dans les cas d'espèce fondées sur le droit public fédéral, cantonal ou communal et ayant notamment pour objet de constater l'existence, l'inexistence ou

l'étendue de droits, d'obligations ou de faits. Lorsqu'une autorité mise en demeure refuse sans droit de statuer ou tarde à se prononcer, son silence est assimilé à une décision. Aux termes de l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1^{er}). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (al. 4). L'art. 63 al. 6 LPA dispose qu'une partie peut recourir en tout temps pour déni de justice ou retard non justifié si l'autorité concernée ne donne pas suite rapidement à la mise en demeure prévue à l'art. 4 al. 4 précité. Interjeté dans les formes prévues par la loi (voir les art. 56 ss LPGA) suite à la mise en demeure du 15 février 2011, le recours formé le 15 mars 2011 est recevable. L'objet du présent litige est circonscrit à la question de savoir si l'intimée peut se voir reprocher un déni de justice formel à l'égard du recourant et si ce dernier est fondé à réclamer une décision formelle. En l'espèce, force est de constater que l'assurance a pris en charge les factures de la Dresse C _____ pour les soins dispensés durant l'année 2010, et notamment la facture évoquée par l'assuré (23 mars 2010 : 240 fr. 85), en versant les montants dus, après déduction de la participation de l'assuré, directement à la Dresse C _____ selon la cession de créance convenue pour les soins prodigués du 23 mars au 20 décembre 2010. Le médecin concerné confirme d'ailleurs qu'aucune de ses factures pour les soins dispensés en 2010 n'est impayée. Il s'avère ainsi que la caisse a rapidement et diligemment répondu à la demande de l'assuré, en tout cas aux questions clairement posées, qui visaient uniquement les factures de la Dresse C _____, la brève mention manuscrite concernant l'ostéopathie étant alors incompréhensible. En transmettant le 21 février 2011 à l'assuré le décompte demandé le 15 février 2011, la caisse a agi avec célérité et elle n'a donc commis aucun déni de justice. On ne discerne en effet pas quelle décision formelle sujette à opposition, puis à recours, la caisse aurait dû notifier dans ce cadre, dès lors qu'aucun refus de prester n'était en cause, que toutes les factures étaient payées et qu'aucune des hypothèses de l'art. 49 LPGA n'était réalisée. C'est lors de son recours seulement et dans ses écritures ultérieures que l'assuré a exposé qu'il contestait le refus de prise en charge de la facture de 90 fr. et de 270 fr. de son ostéopathe. Il s'avère après instruction que ce refus ressort du décompte de la caisse du 25 février 2011. Formellement, l'assuré aurait donc dû contester ce décompte, solliciter une décision formelle, y faire opposition puis recours, le cas échéant. Toutefois, par économie de procédure et compte tenu du fait que la situation est claire, ce grief, de même que ceux soulevés ultérieurement seront également tranchés. En premier lieu, il est exact que le traitement d'ostéopathie, à la différence de celui de physiothérapie (dispensé en 2005-2006 par M. E _____, qui est physiothérapeute et ostéopathe), n'est pas pris en charge par l'assurance de base selon le catalogue exhaustif prévu par ordonnance, que ce soit suite à une maladie ou à un accident, les deux éventualités étant soumises à la LAMal (et non pas à la LAA) selon le contrat (art. 5 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie). On ne sait d'ailleurs pas qui a biffé la mention de physiothérapie pour la remplacer par ostéopathie lors de la prescription du 17 septembre 2010, mais les généralistes et les ostéopathes savent que l'ostéopathie n'est pas remboursée

par l'assurance de base et ils auraient ainsi dû avertir leur patient de ce fait. En second lieu, la facture de la Dresse C_____ pour les soins dispensés du 6 au 20 décembre 2010 (378 fr. 50) faisait encore l'objet d'une cession de créance et a été payée en totalité par la caisse au médecin le 8 mars 2011. Celles pour les soins dispensés du 17 janvier au 17 mars 2011 (3 factures: 378 fr. 50, 464 fr. 50 et 378 fr. 50) ont été remboursées à concurrence de 90% à l'assuré selon les décomptes des 25 février et 29 avril 2011, car elles ne font pas l'objet d'une cession de créance. Si l'assuré n'a pas payé les montants dus à son médecin, cela ne concerne en rien la caisse. La caisse a donc versé à l'assuré toutes les prestations dues. En troisième lieu, s'agissant des poursuites, il n'y en a aucune en cours de la part d'ASSURA. L'ensemble du recours de l'assuré est donc mal fondé. Le recourant est pour le surplus averti que l'emploi abusif de procédures peut être sanctionné selon l'art. 88 LPA et que l'usage d'insultes ou de propos inconvenants dans des écritures est inadmissible. Ainsi, s'il devait à l'avenir être amené à solliciter des informations de sa caisse, cas échéant à recourir contre une décision formelle de celle-ci, il devra s'abstenir de tels propos et s'abstenir de saisir les tribunaux du fait qu'il a égaré une facture. S'il est incapable pour des raisons inhérentes à sa personne ou à son état de santé de respecter ces règles, il devra se faire représenter. Le recours pour déni de justice est mal fondé et il est rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. 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 Irene PONCET La présidente Sabina MASCOTTO 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.