

# **NE\_GERICHTE CDP.2017.153 vom 22. Februar 2016**

NE Tribunal cantonal, 2016-02-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2017.153\\_d20160222](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2017.153_d20160222)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2017.153 du 22 février 2016

IT: NE\_GERICHTE CDP.2017.153 del 22 febbraio 2016

## **Regeste**

Maintien de l'affiliation à une assurance-maladie obligatoire et refus de résiliation (retard de paiement et annonce tardive de changement d'assureur).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

### **E. 2**

Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (art. 3 al. 1 LAMal). Les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs désignés à l'article 11 (art. 4 al. 1 LAMal). L'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (art.

### **E. 7**

al. 5 LAMal intervient tardivement, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'en pareilles circonstances, l'ancien rapport d'assurance s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'information tardive parvient à l'assureur précédent ( ATF 127 V 41 cons. 4b/dd-ee). La procédure de changement d'assureur ne pouvant en aucun cas amener une interruption, même momentanée, de la protection d'assurance ( ATF 128 V 263 cons. 3b), l'intimée ne pouvait pas prendre en compte la résiliation du recourant au 31 décembre 2016. Dès lors qu'il semble que la communication du nouvel assureur à l'ancien assureur soit intervenue dans le courant du mois de janvier 2017, c'est à juste titre que l'intimée a maintenu l'affiliation du recourant et de sa famille auprès de son assurance jusqu'au 31 janvier 2017. c) Il s'ensuit que la décision attaquée est conforme au droit et peut être entièrement confirmée. 4. Mal fondé, le recours est rejeté. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA). Vu le sort de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

### **E. 30**

avril 2015 de Sansan, qu'en 2013 il ne s'était acquitté que de onze primes. Les deux extraits de compte du 30 avril 2015 établis par Sansan montrent également qu'en 2014 douze primes ont été payées, si bien que la prime manquante de 2013 n'a pas été acquittée l'année suivante. On comprend du décompte du recourant qu'il a considéré, compte tenu d'une facture de primes du 5 octobre 2013 pour le mois de novembre 2013 faisant état d'un solde positif de 16.50 francs en sa faveur, qu'aucune prime n'était due pour le mois de novembre 2013. Cette facture mentionnait des primes à hauteur de 1'647.95 francs

compensées par trois versements du 5 octobre 2013 à hauteur d'un montant total de 1'664.45 francs dont il résultait un solde en faveur du recourant de 16.50 francs. Or il s'est avéré par la suite que les versements du 5 octobre 2013 effectués par le recourant étaient destinés au paiement des primes de septembre 2013 si bien qu'ils lui ont ensuite été attribués au lieu du mois de novembre 2013 (cf. courrier Sansan du 10.06.2015 et arrêt de la CDP[2016.98]du 11.08.2016). Si l'on peut comprendre la méprise du recourant, il n'en demeure pas moins, qu'il en ait été conscient ou non, qu'en date du 31 décembre 2014, toutes les primes de 2013 n'avaient pas été payées. Une simple lecture de son propre décompte aurait d'ailleurs dû le conduire à s'apercevoir qu'il n'avait effectué que onze versements pour des primes de 2013. Or au 31 décembre 2014, il était toujours débiteur d'une prime de 2013 (septembre/novembre 2013), pour laquelle un commandement de payer lui a été notifié le 16 septembre 2014. Il n'était donc pas possible, selon l'article 64a al. 6 LAMal, de changer d'assureur pour le 1er janvier 2015, respectivement de résilier l'assurance-maladie obligatoire au 31 décembre 2014. C'est donc à juste titre que l'intimée a ensuite maintenu l'affiliation de X. \_\_\_\_\_ et de sa famille auprès de son assurance.

Quant au grief selon lequel le recourant n'aurait pas été dûment informé du fait qu'il ne pouvait pas changer d'assureur dans ces conditions, celui-ci est mal fondé. Dans un document du 2 décembre 2014 intitulé "détails concernant votre résiliation", Sansan a précisé que, conformément aux articles 64a al. 6 LAMal et 105 OAMal, la résiliation de l'assurance obligatoire des soins BASIS selon la LAMal ne devenait effective que s'il ne subsistait aucun arriéré au moment où le contrat prenait fin. Par ailleurs, dans son courrier du 9 janvier 2015 indiquant que la résiliation n'était pas valable, cette assurance a notamment informé le recourant que s'il souhaitait toujours changer d'assureur, il devait lui faire parvenir une nouvelle lettre de résiliation pour la prochaine échéance, les conditions demeurant par ailleurs les mêmes concernant les factures ouvertes. L'assureur a ainsi satisfait à son obligation d'informer ses assurés des conditions mises au changement d'assureur et des conséquences en cas d'absence de paiement des arriérés au sens des articles 105l al. 2 et 3 OAMal. Si, en cas de litige, l'acte par lequel un assureur s'oppose au changement d'assureur doit revêtir la forme d'une décision sujette à opposition (RJN 2011, p. 469), tel n'est toutefois pas le cas de l'information prévue par l'article 105l al. 2 OAMal. C'est en effet le maintien de l'affiliation auprès d'un assureur qui doit faire l'objet d'une telle décision. Or, cette question a bien fait l'objet d'un prononcé formel, même si celui-ci est intervenu tardivement.

b) Le refus de résiliation au 31 décembre 2016 était également justifié, mais pour un autre motif que la première résiliation. Comme cela ressort de son courrier du 18 janvier 2017, le nouvel assureur, Assura, a communiqué tardivement à l'ancien assureur, soit après l'expiration du délai de résiliation, l'affiliation du recourant et de sa famille auprès de son assurance. Si la loi ne règle pas le moment où le rapport d'assurance existant prend fin lorsque la communication du nouvel assureur selon l'article 7 al. 5 LAMal intervient tardivement, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'en pareilles circonstances, l'ancien rapport d'assurance s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'information tardive parvient à l'assureur précédent (ATF 127 V 41 cons. 4b/dd-ee). La procédure de changement d'assureur ne pouvant en aucun cas amener une interruption, même momentanée, de la protection d'assurance (ATF 128 V 263 cons. 3b), l'intimée ne pouvait pas prendre en compte la résiliation du recourant au 31 décembre 2016. Dès lors qu'il semble que la communication

du nouvel assureur à l'ancien assureur soit intervenue dans le courant du mois de janvier 2017, c'est à juste titre que l'intimée a maintenu l'affiliation du recourant et de sa famille auprès de son assurance jusqu'au 31 janvier 2017.

c) Il s'ensuit que la décision attaquée est conforme au droit et peut être entièrement confirmée.

4. Mal fondé, le recours est rejeté. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA). Vu le sort de la cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.

2. Statue sans frais.

3. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 7 décembre 2017

1 L'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile.

2 Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique (office) au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur.<sup>2</sup>

3 Si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur.

4 L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'art. 43 LSAMal lorsque l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale.<sup>4</sup>

5 L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus.

6 Lorsque le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime.<sup>5</sup>

7 Lorsque l'assuré change d'assureur, l'ancien assureur ne peut le contraindre à résilier également les assurances complémentaires au sens de l'art. 2, al. 2, LSAMal conclues auprès de lui.<sup>6</sup>

8 L'assureur ne peut pas résilier les assurances complémentaires au sens de l'art. 2, al. 2, LSAMal au seul motif que l'assuré change d'assureur pour l'assurance-maladie sociale.<sup>7</sup>

1 La désignation de l'unité administrative a été adaptée en application de l'art. 16 al. 3 de l'O du 17 nov. 2004 sur les publications officielles (RO20044937).<sup>2</sup> Nouvelle teneur selon le

ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1er oct. 2000 (RO20002305;FF1999727).3RS832.124Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1er janv. 2016 (RO20155137;FF20121725).5Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1er oct. 2000 (RO20002305;FF1999727).6Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000 (RO20002305;FF1999727). Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1er janv. 2016 (RO20155137; FF20121725).7Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000 (RO20002305;FF1999727). Nouvelle teneur selon le ch. 2 de l'annexe à la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1er janv. 2016 (RO20155137; FF20121725).

1Lorsque 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. 2).

2Si, 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.

3L'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs concernés et, pour chacun, le montant total des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins (primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré durant la période considérée. Il demande à l'organe de contrôle désigné par le canton d'attester l'exactitude des données communiquées et transmet cette attestation au canton.

4Le canton prend en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3.2

5L'assureur conserve les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Dès que l'assuré a payé tout ou partie de sa dette à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50 % du montant versé par l'assuré.

6En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé.

7Les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites, liste à laquelle n'ont accès que les fournisseurs de prestations, la commune et le canton. Sur notification du canton, l'assureur suspend la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence, et avise l'autorité cantonale compétente de la suspension de sa prise en charge et, lorsque les assurés ont acquitté leurs créances, de l'annulation de cette suspension.

8Le Conseil fédéral règle les tâches de l'organe de révision et désigne les titres jugés équivalents à un acte de défaut de biens. Il règle également les modalités de la procédure de sommation et de poursuite ainsi que les modalités de transmission des données des assureurs aux cantons et des versements des cantons aux assureurs.

9Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur le non-paiement des primes et des participations aux coûts des personnes tenues de s'assurer qui résident dans un Etat membre

de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège. Si le droit de l'Etat concerné permet à l'assureur de recouvrer les primes et participations aux coûts impayées, le Conseil fédéral peut obliger les cantons à prendre en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce visée à l'al. 3. Si le droit de l'Etat concerné ne le permet pas, le Conseil fédéral peut accorder aux assureurs le droit de suspendre la prise en charge des coûts des prestations.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 mars 2010, en vigueur depuis le 1er janv. 2012 (RO20113523;FF200959735987).<sup>2</sup>Voir aussi les dips. trans. de la mod. du 19 mars 2010 à la fin du texte.<sup>3</sup>et 3 phrases introduites par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1er janv. 2018 (RO20176717;FF20161).

<sup>1</sup>L'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a, al. 6, de la loi dès la notification de la sommation visée à l'art. 105b, al. 1.

<sup>2</sup>Si l'assuré en retard de paiement demande à changer d'assureur, l'assureur doit l'informer après réception de la demande que celle-ci ne déploiera aucun effet si les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'au mois précédant l'expiration du délai de changement ou si les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment ne sont pas intégralement payés avant l'expiration de ce délai.

<sup>3</sup>Si le paiement n'est pas parvenu à temps à l'assureur conformément à l'al. 2, celui-ci doit informer l'assuré qu'il continue à être assuré auprès de lui et qu'il ne pourra changer d'assureur qu'au prochain terme prévu à l'art. 7, al. 1 et 2, de la loi. L'assureur doit également informer le nouvel assureur, dans les 60 jours suivants, que l'assuré continue à être assuré auprès de lui.

<sup>1</sup>Introduit par le ch. I de l'O du 22 juin 2011, en vigueur depuis le 1er janv. 2012 (RO20113527).

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