RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1098/2005 **ATAS/706/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 31 août 2005

En la cause

Monsieur K_____	recourant
contre	
PHILOS, caisse-maladie et accident, sise avenue du Casino 13, à Montreux	intimée

Siégeant : Mmes Maya Cramer, Présidente, Mmes Valérie MONTANI et Karine STECK, juges.

Attendu en fait que Monsieur K_____ a signé en date du 10 septembre 2002 une proposition d'assurance-maladie (admission selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie - LAMal) avec franchise de 1'500 fr., réseau de santé (limitation du choix du médecin) et couverture accidents avec effet au 1er septembre 2002 auprès de PHILOS, caisse-maladie et accident (ci-après la caisse) ;

Qu'en décembre 2004, l'assuré a transmis à la caisse des notes d'honoraires et des factures de différents fournisseurs de prestations (médecins et laboratoires d'analyses) datant de 2003 et 2004;

Que par décision du 30 décembre 2004, la caisse a refusé la prise en charge des factures et notes d'honoraires présentées, au motif qu'elles concernaient des prestations dispensées par des médecins non agréés selon le réseau de santé choisi par l'assuré et que, conformément à l'art. 24 des conditions d'assurance, l'assuré qui entreprenait un traitement auprès d'un fournisseur de soins non agréé perdait tous ses droits aux prestations ;

Que par courrier du 18 janvier 2005, l'assuré a formé opposition à cette décision, concluant à la prise en charge des factures et alléguant en substance n'avoir pas eu connaissance d'une liste de médecins agréés auxquels il aurait dû s'adresser ;

Que par décision sur opposition du 15 mars 2005, la caisse a expliqué que certaines factures transmises pouvaient être prises en charge, sous réserve de la participation légale aux coûts (franchise et cote-part de 10%), car elles relevaient d'une urgence;

Qu'ainsi, sur les factures de 125 fr. du 11 novembre 2003 et de 407 fr. du 26 novembre 2004 des laboratoires d'analyses UNILABS, 125 fr. seraient remboursés en raison de l'urgence et que sur la note d'honoraires de 881 fr. du 2 décembre 2003 de la Permanence du Ront-Point, 320 fr. seraient remboursés en tant que consultation d'urgence ;

Que la note d'honoraires de 363 fr. 65 du Dr A_____ du 2 mars 2004 n'était pas prise en charge, puisque ce médecin n'était pas agréé, mais que la note d'honoraires de 113 fr. 15 du Dr B_____ du 9 août 2004 serait remboursée, compte tenu du fait que ce médecin était agréé, et qu'enfin la note d'honoraires de 43 fr. 50 du Dr C_____ du 22 novembre 2004 n'était pas non plus prise en charge, ce médecin ne faisant plus partie de la liste des fournisseurs de soins agréés ;

Que la caisse a toutefois rappelé une nouvelle fois à l'assuré que les montants admis ne seraient pris en compte que sous réserve de la participation légale aux coûts ;

Que par courrier du 13 avril 2005, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant à la prise en charge de toutes les factures et notes d'honoraires présentées et reprenant l'argumentation de son opposition ;

Que dans sa réponse du 13 mai 2005, l'intimée, concluant au rejet du recours, a expliqué que le recourant aurait dû consulter, lors de sa première visite médicale, un médecin inscrit sur la liste des médecins agréés, ce qu'il avait omis de faire, et qu'il perdait par conséquent son droit aux prestations ;

Attendu en droit que la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ) ;

Que suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs ;

Que conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) ;

Que sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie ;

Que le recours est interjeté dans les formes et délai utiles et doit dès lors être déclaré recevable (art. 60 LPGA) ;

Qu'en l'occurrence, le recourant était soumis à une franchise annuelle de 1'500 fr. selon les art. 64 LAMal et 95 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995, ce qui n'est contesté par aucune des parties ;

Qu'en 2003, le total de ses frais médicaux s'est élevé à 1'006 fr. et en 2004 à 927 fr. 30, montants inférieurs à la franchise convenue ;

Que dès lors, point n'est besoin de déterminer si les factures et notes d'honoraires présentées doivent être prises en charge par la caisse sur la base du réseau de santé - sous réserve de la participation aux frais médicaux -, leurs totaux n'atteignant pas le seuil déterminant de la franchise ;

Que de ce seul fait le recourant n'avait pas droit au remboursement des prestations en 2003 et 2004 ;

Qu'en conséquence le recours doit être rejeté ;

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente :
Nancy BISIN	Maya CRAMER

La secrétaire-juriste :

Frédérique Glauser

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe