RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1257/2022 **ATAS/567/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 juin 2022

3ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, représentée par Madame B_____ et Monsieur C_____

recourante

contre

MOOVE SYMPANY AG, c/o Stiftung Sympany, sise Peter Merian-Weg 4, BASEL

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

ATTENDU EN FAIT

Que par écriture du 22 avril 2022, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), soit pour elle Monsieur C_____ et Madame B_____, a saisi la Cour de céans d'une « requête » à l'encontre de MOOVE SYMPANY AG, concluant à ce que cette dernière restitue un montant de CHF 300.- ;

Qu'invoquant la Convention européenne des Droits de l'homme, la Constitution fédérale suisse, ses droits fondamentaux, ainsi que les « lois fédérales et cantonales suisses en vigueur » (sic), l'assurée expose en substance qu'elle a été affiliée jusqu'au 30 juin 2020 à SWICA KRANKENVERSICHERUNG AG (ci-après : SWICA), puis, à compter du 1er juillet 2020, à MOOVE SYMPANY AG (ci-après : l'assureur) pour l'assurance obligatoire des soins ;

Qu'elle allègue avoir versé le montant de sa franchise annuelle – soit CHF 300.- – deux fois, la première fois à SWICA, en date du 10 mai 2020, la seconde fois à l'assureur, en date du 10 août 2020 ;

Qu'invité à se déterminer, l'assureur, dans sa réponse du 18 mai 2022, a souligné n'avoir encore rendu aucune décision susceptible d'opposition ;

Que pour le reste, l'assureur a convenu que lorsque l'assurée lui a été affiliée, le 1er juillet 2020, elle avait déjà versé une franchise de CHF 300.- à SWICA; que, ce nonobstant, par décomptes des 27 juillet et 10 août 2020, cette franchise lui a été facturée à nouveau par erreur ; que cette erreur a cependant été corrigée dans le décompte de prestations du 16 novembre 2020 et que les CHF 269.95 versés à tort par l'intéressée lui ont été remboursés (en effet, sur les paiements d'un total de CHF 403.85 effectués par l'assurée sur la base des factures des 23 juillet et 10 août 2020, elle devait le montant de CHF 133.90, correspondant à la quote-part de 10% par traitement jusqu'à un montant maximal de 700.- CHF/an [CHF 72.20 + CHF 27.35 + CHF 15.55 + CHF 18.80[]) ; qu'en conséquence, le trop-perçu de CHF 269.95 avait d'ores et déjà été remboursé à l'intéressée ;

Qu'invitée à se déterminer, l'assurée, par courrier du 1er juin 2022, a indiqué persister dans ses conclusions et solliciter une décision formelle de l'assureur ; que, ne comprenant manifestement pas les explications fournies par ce dernier, elle se plaint que, sur les CHF 300.- versés en trop, seuls les 90% lui aient été remboursés ;

CONSIDERANT EN DROIT

Que 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) ;

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

Que l'art. 52 al. 1 LPGA prévoit cependant qu'avant d'être soumises à la Cour de céans, les décisions d'un assureur doivent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues ;

Qu'il apparaît qu'en l'occurrence, aucune décision formelle n'a encore été rendue par l'assurance à l'encontre de l'assurée ;

Que le recours est par conséquent prématuré et doit être déclaré irrecevable ;

Qu'il appartient à l'assurée de former en premier lieu opposition à la décision formelle qui sera rendue par l'assureur si celle-ci ne lui donne pas satisfaction malgré les explications fournies, étant toutefois rappelé à l'intéressée qu'il lui incombe de s'acquitter d'une quote-part de 10% sur chacun des traitements considérés jusqu'à concurrence du montant maximal prévu (en l'occurrence : 700.- CHF/an) ;

Que selon l'art. 11 al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), si l'autorité décline sa compétence, elle transmet d'office l'affaire à l'autorité compétente et en avise les parties ;

Qu'en l'occurrence, la "requête" déposée par l'assurée doit être transmise à l'assureur comme objet de sa compétence, celui-ci étant invité à statuer par le biais d'une décision formelle dans les meilleurs délais.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Constate que le recours est irrecevable car prématuré.
2. Renvoie la cause à l'assurance comme objet de sa compétence, à charge pour cette dernière de rendre une décision formelle susceptible d'être contestée.
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 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	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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