



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1358/2019

ATAS/1103/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 novembre 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié c/o Monsieur B\_\_\_\_\_, à THÔNEX                      recourant

contre

PROGRÈS ASSURANCES SA, sise Zürichstrasse 130,                                      intimée  
DÜBENDORF, représentée par HELSANA ASSURANCES SA

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente ; Rosa GAMBA et Larissa  
ROBINSON-MOSER, Juges assesseures**

---

### **EN FAIT**

1. Le 22 juillet 2016, le service de l'assurance maladie (ci-après le SAM) a informé, Progrès Assurances SA (ci-après l'assurance ou l'intimée) que Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant) – qui était domicilié à Ville-La-Grand, en France et travaillait pour C\_\_\_\_\_ SA, à Genève –, n'avait pas donné suite à son contrôle d'affiliation pour personne frontalière et lui demandait de procéder à son affiliation d'office à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2016.
2. Le 16 août 2016, l'assurance, précisant être une entreprise du groupe Helsana, a établi pour l'assuré une police d'assurance LAMal, pour l'assurance obligatoire des soins, valable dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016, avec une prime mensuelle de CHF 334.80.
3. En octobre 2016, l'assurance a établi pour l'assuré une nouvelle police d'assurance LAMal, valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017, avec une prime mensuelle de CHF 334.80.
4. À teneur de l'extrait de compte du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 31 mai 2017 transmis par l'assurance à l'assuré, celui-ci a payé ses primes de juillet à octobre 2016, décembre 2016 et janvier, mai et avril 2017. Il en résultait un solde en faveur de l'assurance pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2016 au 30 juin 2017 de CHF 669.20.
5. Le 23 novembre 2017, l'assuré a informé l'assurance qu'il résidait désormais en Suisse. Il demandait si sa cotisation allait changer suite à ce changement d'adresse.
6. Le 24 novembre 2017, l'assurance a répondu à l'assuré que ses couvertures d'assurances devaient être adaptées en conséquence. Depuis son retour en Suisse, il avait la possibilité de choisir plusieurs options concernant son assurance obligatoire des soins. L'assurance lui transmettait un lien lui permettant d'en savoir plus à ce sujet ([www.helsana.ch](http://www.helsana.ch)). Afin d'adapter son contrat, il était prié de faire parvenir à l'assurance, dans les meilleurs délais, son choix en matière d'assurance (modification de franchise, modèle alternatif ainsi que l'attestation du contrôle des habitants du canton). Il avait trois mois à compter de la date de la prise de domicile en Suisse pour transmettre son attestation et pouvoir choisir la franchise et le modèle de médecine alternative, afin de faire varier le prix de la prime mensuelle. Au-delà, l'assurance adapterait le contrat à la date de communication, sans changement de franchise et avec le modèle standard de médecin.
7. Le 7 décembre 2017, l'assuré a informé l'assurance ne pas encore avoir l'attestation du contrôle des habitants et qu'il l'enverrait dès réception.
8. Par pli recommandé du 22 janvier 2018, l'assurance a informé l'assuré ne pas avoir reçu les informations demandées.
9. Par courriel du 25 janvier 2018, l'assuré a transmis à l'assurance son permis de travail B et lui a indiqué qu'il ne comprenait pas pourquoi il recevait des lettres de rappel de sa part alors qu'il lui semblait être à jour dans ses cotisations. Il lui demandait de faire le point à ce sujet afin qu'il puisse vérifier avec sa banque.

---

À teneur du permis B transmis par l'assuré, celui-ci est domicilié au chemin D\_\_\_\_\_ 8, à Thônex, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017.

10. Par courriel du 26 janvier 2018, l'assurance a accusé réception du permis B de l'assuré. Afin d'adapter son contrat, il était prié de lui faire parvenir, avant le 1<sup>er</sup> février 2018, son choix en matière d'assurance. Sans réponse de sa part, son assurance serait changée d'office. Il lui était également transmis un aperçu des factures ouvertes à ce jour et il était invité à contacter au plus vite son service contentieux.

À teneur de l'aperçu des factures ouvertes au 26 janvier 2018 établi à cette date par l'assurance, l'assuré devait à l'assurance CHF 2'696.40 pour les primes de novembre 2016, mars, août, septembre, octobre et novembre 2017 ainsi que pour février 2018, plus les frais administratifs, notamment.

11. Par courriel du 31 janvier 2018, l'assurance a invité l'assuré à contacter ou à se rendre directement à son agence de Genève pour adapter son contrat depuis sa prise de domicile en Suisse. Elle précisait que le groupe Helsana comprenait Helsana Assurances, Helsana Assurances complémentaires, Helsana Accidents et Progrès Assurances SA.
12. À teneur d'un courriel interne à l'assurance, il était demandé d'informer l'assuré du fait qu'il pouvait faire un transfert rétroactif selon ses désirs, à condition qu'il fournisse la preuve par courriel qu'il avait réglé tous les montants ouverts d'ici au 13 février 2018 au plus tard. Sans cette preuve, il serait transféré sans changement en contrat suisse.
13. À teneur d'un courriel interne à l'assurance, l'assuré avait appelé celle-ci, le 31 janvier 2018, pour lui dire qu'il paierait le contentieux la semaine suivante. Il lui avait été répondu que l'assurance n'entrerait en matière pour le transfert à la Helsana Assurances SA que sur preuve que le contentieux avait été payé le jour-même.
14. Par courriel du 18 avril 2018, l'assuré s'est étonné auprès de l'assurance du fait qu'il avait reçu des factures de primes de sa part alors qu'il n'avait pas demandé à être assuré chez elle pour la LAMal. Il avait été assuré chez Helsana Assurance SA jusqu'en décembre 2017 en tant que frontalier. Depuis lors, il avait déménagé à Thônex. Il n'avait jamais demandé à être assuré auprès de l'assurance en tant que résident. En effet, il était déjà assuré dans une autre compagnie depuis le 1<sup>er</sup> mars 2018. Il en avait déjà averti le SAM et avait transmis à ce dernier son attestation d'assurance LAMal. Il demandait la radiation de son contrat.
15. Par réponse du 20 avril 2018, l'assurance a répondu à l'assuré qu'il avait été informé sur la procédure à suivre suite à sa prise de domicile en Suisse. Il avait trois mois, soit jusqu'au 31 janvier 2018, pour lui signifier ses choix. À ce jour, l'assurance n'avait reçu ni lettre de résiliation, ni attestation de son nouvel assureur. L'assuré lui avait même demandé un arrangement de paiement en deux fois pour les primes ouvertes le 15 février 2018. Ces primes étant toujours ouvertes, elle

---

l'avait transféré d'office au 1<sup>er</sup> mars 2018 en contrat suisse chez Progrès standard avec une franchise à CHF 300.-. L'assurance annulerait sa couverture d'assurance à la prochaine échéance possible, c'est-à-dire au 31 décembre 2018. La résiliation serait valable pour autant que l'assuré lui transmette une lettre de résiliation signée manuellement avant le 30 septembre 2018, un certificat d'assurance de sa nouvelle assurance-maladie en Suisse d'ici au 31 décembre 2018 et la preuve qu'il n'avait aucun retard dans le paiement des primes et des prestations à la fin du contrat. Il était invité à informer sa nouvelle assurance de cette situation.

16. Le 7 mai 2018, l'assurance a confirmé à l'assuré un arrangement de paiement. Le débiteur reconnaissait devoir CHF 2'059.25 pour les primes LAMal de novembre 2016 à octobre 2017 et s'engageait à verser quatre acomptes de CHF 524.20 dès le 1<sup>er</sup> juin 2018 ainsi que les primes mensuelles et les participations aux coûts.
17. Le 18 juin 2018, l'assurance, constatant que l'assuré n'avait pas réglé son acompte comme convenu, a l'informé que pour éviter l'annulation de l'arrangement, il était invité à s'acquitter du montant dû dans le délai de quatorze jours.
18. À teneur d'une note d'entretien téléphonique du 2 juillet 2018, l'assurance avait informé l'assuré que les mensualités de l'arrangement étaient échues. L'assuré avait indiqué qu'il allait payer deux mensualités à la fin du mois. L'assurance avait été d'accord de repousser la mensualité de juin à octobre et lui avait renvoyé un BVR.
19. Selon un rappel du 17 août 2018, l'assurance a informé l'assuré qu'il n'avait pas versé son acompte comme convenu. Un délai de quatorze jours lui était imparti pour ce faire.
20. Selon une note d'entretien téléphonique du 24 août 2018, l'assurance avait informé l'assuré que les mensualités de l'arrangement étaient impayées. L'assuré avait demandé que l'arrangement soit annulé et avait indiqué qu'il allait payer tout en une fois.
21. Le 24 août 2018, l'assurance a adressé une sommation à l'assuré, car malgré plusieurs rappels, il n'avait pas encore payé le solde en sa faveur.
22. Le 24 septembre 2018, l'assurance a adressé une réquisition de poursuites à l'office des poursuites de Genève pour ses créances à l'encontre de l'assuré relatives aux primes impayées en novembre 2016, mars, août, septembre, octobre, novembre 2017 et mars, avril et mai 2018, soit CHF 3'764.10 avec intérêts à 5% (montant échu le 25 septembre 2018, plus intérêts de CHF 164.55 et CHF 500.- de frais de rappel).
23. L'assuré a formé opposition le 12 novembre 2018 au commandement de payer (poursuite n°18 \_\_\_\_\_ Z) qui lui a été adressé.
24. Par courriel du 15 novembre 2018, l'assuré a transmis à l'assurance la liste des paiements qu'il avait effectués en sa faveur en 2017, soit CHF 334.80 les 17 novembre et 13 décembre 2016, ainsi que les 21 avril, 5 mai, 27 novembre 2017, CHF 669.60 le 30 août 2017 et CHF 319.- les 28 décembre 2017 et 14 février 2018.

Il proposait de régler le solde en deux fois si l'assurance acceptait de lui faire une remise gracieuse des majorations.

25. Par décision du 28 décembre 2018, l'assurance a constaté que l'assuré devait lui payer CHF 4'551.- et a levé l'opposition formée dans le cadre de la poursuite n°18 \_\_\_\_\_ Z.
26. Le 20 janvier 2019, l'assuré a formé opposition à la poursuite auprès de l'assurance. Il contestait sa dette envers elle. Il n'était redevable que des montants dus à Helsana pour les arriérés relatifs à son ancienne affiliation en tant que frontaliers.

L'assuré transmettait en annexe de son opposition une confirmation d'assurance de CSS Assurance, société du Groupe CSS, indiquant qu'il était assuré par celle-ci, à partir du 1<sup>er</sup> mars 2018, pour l'assurance Cabinets de santé (LAMal).

27. Le 29 janvier 2019, l'assurance a indiqué à l'assuré que faute de résiliation, l'affiliation auprès d'elle était ininterrompue depuis son début et que c'était à juste titre que ses primes mensuelles continuaient à lui être facturées. Une double affiliation n'étant pas prévue par la LAMal, il lui était conseillé de prendre contact avec la CSS pour l'informer du fait qu'il demeurait affilié, sans interruption, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016 auprès de l'assurance, faute de résiliation de son contrat d'assurance. Conscient de la méprise possible, l'assurance était prête, à titre exceptionnel, à renoncer aux frais administratifs s'il s'acquittait de la créance de CHF 4'051.- d'ici au 25 février 2019. Dès réception de son paiement, elle clôturerait son opposition de manière informelle. Faute de paiement dans le délai imparti, elle serait contrainte de rendre une décision formelle sur son opposition et l'intégralité de la créance serait exigible.
28. Le 23 février 2019, l'assuré a reproché à l'assurance d'entretenir la confusion entre Helsana assurances SA et Progrès assurances SA, qui étaient pourtant deux entreprises différentes d'un même groupe. En 2016, il n'était pas affilié auprès de l'assurance, mais auprès de Helsana Assurances SA, en tant que frontalier. En novembre 2017, il avait informé Helsana de sa prise de résidence suisse. Ce changement mettait fin à son affiliation de frontalier. Il n'avait convenu aucun nouveau contrat d'assurance avec l'assurance pour prendre le relais. Le 26 mars 2018, le SAM l'avait informé ne pas avoir d'information sur son affiliation dans ses registres et lui avait demandé de lui fournir une preuve à ce sujet suite à sa prise de résidence en Suisse. En réponse et dans les délais, il avait fourni le justificatif de son affiliation auprès de CSS. La loi fédérale lui imposait une seule affiliation et lui octroyait la liberté de choisir son assureur. Pour toutes ces raisons, il contestait l'affirmation de l'assurance concernant une affiliation sans interruption fondée sur une lettre d'affiliation d'office datant de 2016 pour justifier un second assureur qui lui avait été imposé contre son gré en 2018. Car c'était depuis fin mars 2018, et non pas en 2016, que l'assurance l'avait affilié, sans son accord, et sans aucune nécessité de résiliation de sa part auprès d'Helsana, alors qu'il avait déjà une

couverture d'assurance auprès de CSS valide depuis le 1<sup>er</sup> mars 2018. Il n'avait pas à résilier une assurance qu'il n'avait jamais contractée. Les très nombreux courriers qu'il recevait de l'assurance depuis plusieurs mois s'apparentaient à du harcèlement. Il la priait de cesser ces pratiques et de prendre en compte son refus définitif concernant l'affiliation qui lui était imposée.

L'assuré transmettait en annexe un courrier, qui lui avait été adressé par le SAM le 26 mars 2018, l'invitant à lui transmettre dans les trente jours une copie de son affiliation auprès d'un assureur-maladie reconnu par l'Office fédéral de la santé publique.

29. Dans sa décision sur opposition du 5 mars 2019, concernant la décision de mainlevée d'opposition d'Helsana Assurances SA dans la poursuite n°18 \_\_\_\_\_ Z, l'assurance a indiqué que le SAM lui avait attribué l'affiliation d'office de l'assuré le 22 juillet 2016. L'obligation d'affiliation de l'assuré avait débuté dès son entrée en fonction auprès de la société C\_\_\_\_\_ SA en tant que travailleur frontalier. Lorsque l'assuré avait déménagé en Suisse, ceci n'avait eu aucune incidence sur son obligation d'affiliation, puisque selon l'art. 3 al. 2 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse était tenue de s'assurer pour les soins en cas de maladie. L'assuré n'ayant jamais cessé d'être soumis à l'obligation de s'assurer, celui-ci avait été affilié auprès de l'intimée sans interruption du 1<sup>er</sup> juillet 2016 à ce jour. La zone d'activité de l'assurance s'étendait à tout le territoire suisse et même en dehors, dans le cadre des couvertures sur les contrats bilatéraux. L'assuré ne devait donc pas changer d'assureur en raison du changement de son lieu de résidence. L'assuré estimait que suite à son changement de statut, il lui appartenait de choisir un nouvel assureur, ce qu'il avait fait en contractant dès le 1<sup>er</sup> mars 2018 une couverture d'assurance auprès de la CSS. Même si le changement de statut avait effectivement ouvert la possibilité à l'assuré de changer d'assureur, le 1<sup>er</sup> novembre 2017, l'assuré ne remplissait pas les conditions pour le faire, car il n'avait pas résilié sa couverture d'assurance, qui n'avait jamais pris fin. Une nouvelle couverture d'assurance auprès d'un autre assureur ne pouvait donc pas débiter. Les arriérés de paiement de l'assuré ne permettaient en outre pas la résiliation de son contrat.

Au regard de la relative autonomie accordée aux assureurs, la LAMal ne leur interdisait pas de se regrouper pour confier la gestion de certaines tâches administratives à un tiers ou à une structure qu'elles auraient créée à cette fin. Il importait peu, à cet égard, que l'assureur s'acquitte des frais liés à ses prestations en payant les factures dressées par le prestataire ou en versant à celui-ci une cotisation annuelle, dès lors que cette façon de faire n'aboutissait pas à contourner la loi (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_601/2008 du 6 avril 2009 consid. 4). Le législateur avait expressément autorisé les caisses-maladies à déléguer des tâches à une autre entité de leur groupe d'assurances, à une fédération d'assureurs ou à des tiers (art. 6 al. 1 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale ; LSAMal - RS 832.12). Dans une telle situation, la surveillance sur les tâches de l'assurance-

maladie obligatoire déléguée était prévue. L'assurance-maladie devait en effet garantir que cette surveillance puisse être exercée sans restriction. L'assuré était affilié auprès de l'assurance conformément à l'affiliation d'office décidée par le SAM. Helsana Assurances SA représentait effectivement l'assurance, mais il n'y avait pas de confusion sur l'affiliation des assurés. Les documents étaient certes à l'entête d'Helsana Assurances SA, mais sur chacun d'eux, il était clairement fait mention de l'assureur concerné.

À ce jour les primes des mois de novembre 2016, mars 2017, août à novembre 2017 et mars à mai 2018 demeuraient impayées et la poursuite était donc justifiée. Les objections formulées par l'assuré n'apportaient aucun nouvel élément, raison pour laquelle la décision du 28 décembre 2018 était confirmée. En conséquence, l'opposition du 20 janvier 2019 était rejetée et la mainlevée confirmée comme suit :

- CHF 3'764.10 créance principale, intérêts de 5% dès le 25 septembre 2018
- CHF 500.- frais de rappel
- CHF 164.55 intérêts de 5% jusqu'au 24 septembre 2018.

30. La décision précitée a été envoyée le 7 mars 2019 par pli recommandé à l'assuré et distribuée au guichet le 16 mars suivant.
31. Le 4 avril 2019, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il faisait valoir qu'Helsana assurances SA et l'assurance étaient deux sociétés distinctes. Il ne reconnaissait que le contrat passé avec Helsana qui l'avait assuré de 2016 jusqu'à son changement de résidence en Suisse. En le faisant basculer de Helsana dans l'assurance, l'intimée avait pris la liberté de le changer d'assurance sans son consentement. À partir du moment où Helsana l'avait fait changer d'assureur, le recourant considérait que son affiliation auprès d'Helsana avait déjà pris fin et avait été résiliée de façon unilatérale par Helsana. Il n'avait donc pas à envoyer lui-même une demande de résiliation. Comme pour toute vente, il aurait fallu son accord pour valider son affiliation auprès de l'assurance. Pour toutes ces raisons, le recourant maintenait son refus d'être affilié à l'assurance qu'il considérait comme un nouvel assureur imposé. Son affiliation auprès de l'assurance n'avait pas été ininterrompue depuis 2016. Il souhaitait que son libre choix soit pris en compte concernant son affiliation auprès de CSS et souhaitait que l'assurance cesse de lui envoyer des factures liées aux primes d'une assurance qu'il n'avait pas contractée. Il reconnaissait devoir à Helsana les impayés des primes du mois de novembre 2016, mars 2017, août à novembre 2017 jusqu'à son changement de résidence et d'assureur en mars 2018. Il souhaitait déterminer avec Helsana le montant exact de ce qui restait dû à celle-ci afin de s'en acquitter dans les plus brefs délais.
32. Par réponse du 30 avril 2019, l'assurance a conclu au rejet du recours. Les pièces produites démontraient que l'assuré était assuré auprès d'elle depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016. Selon un courrier du 26 janvier 2018 que le recourant invoquait mais ne produisait pas, le SAM l'aurait invité à choisir un assureur dans les trois mois. Ce

---

fait était étonnant, puisque le SAM savait pertinemment que l'assuré était déjà affilié auprès de Progres Assurances SA. Cependant, il n'avait probablement pas connaissance du fait que l'assuré présentait un arriéré de primes.

Dans ses conclusions, le recourant reconnaissait devoir les impayés des primes jusqu'à son changement de résidence et d'assureur en mars 2018. En d'autres termes, il reconnaissait devoir ce que l'intimée lui réclamait, hormis les primes de mars à mai 2018, étant entendu que l'intimée était son assurance depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016 et non pas Helsana Assurances SA. Les primes de mars à mai 2018 étaient également dues à l'assurance. De ce fait, le montant de CHF 3'764.10 plus intérêts et frais était dû et la décision sur opposition devait être confirmée.

33. Par réplique du 22 mai 2019, l'assuré a persisté dans ses conclusions.
34. Par duplique du 4 juin 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions.
35. Le 22 mai 2019, le recourant a encore indiqué que les sommes qui lui étaient réclamées devenaient démesurées et qu'il ne pouvait pas être affilié ni pouvoir régler deux assurances en même temps. En conséquence, il ne faisait rien pour le moment en attendant le jugement. Il relevait que l'assurance l'avait affilié d'office à son assurance la plus onéreuse. Il faisait appel à la bienveillance pour que les deux assureurs suspendent leur harcèlement moral, le temps que le Tribunal se prononce sur son affaire.
36. Sur ce la cause a été gardée à juger.

### **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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée prononçant la mainlevée de l'opposition au commandement de payer poursuite n°18 \_\_\_\_\_ Z.
4. a. 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). Le Conseil fédéral peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui exercent une activité en Suisse ou y

---

séjournent habituellement ou sont occupées à l'étranger par une entreprise ayant un siège en Suisse (art. 3 al. 3 LAMal). L'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) prévoit que sont tenues de s'assurer notamment « les personnes qui résident dans un État membre de l'Union européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de (l'ALCP) et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a de la loi (art. 1 al. 2 let. d OAMal), étant précisé que cet art. 95a let. a LAMal fait référence aux règlements n° 1408/71 et 574/72 « dans leur version adaptée » (donc aux règlements n° 883/2004 et n° 987/2009).

b. Selon l'art. 6 LAMal, les cantons veillent au respect de l'obligation de s'assurer (al. 1). L'autorité désignée par le canton affilié d'office toute personne tenue de s'assurer qui n'a pas donné suite à cette obligation en temps utile (al. 2).

Selon l'art. 4 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), le service de l'assurance-maladie contrôle l'affiliation des assujettis.

Selon l'art. 6 LaLAMal, les personnes dont la demande d'affiliation n'a pas été déposée dans les conditions prévues aux articles 3 et 6a LAMal sont affiliées d'office. La sommation demeurée sans effet peut entraîner les sanctions prévues à l'article 92 LAMal (al. 1). En cas d'affiliation d'office, la répartition des assujettis entre les divers assureurs est effectuée par le service de l'assurance-maladie selon une clé de répartition fixée par le règlement. Il est tenu compte, le cas échéant, de l'affiliation des membres de la famille (al. 2). L'affiliation d'office est annulée si elle se révèle injustifiée. L'assuré en supporte les frais s'il est en faute (al. 3).

c. Selon l'art. 7 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). 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 (al. 2). 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 (al. 3). 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 (al. 4). 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 (al. 5). 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 (al. 6).

d. Conformément à l'art. 61 LAMal, l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés (al. 1).

Selon l'art. 64a LAMal, 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 (al. 2 ab initio). En 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 (al. 6).

Selon l'art. 24 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée.

Dans son arrêt K 82/02 du 17 juin 2003 (consid. 5.2 ss), le Tribunal fédéral des assurances a précisé qu'en matière de perception de primes, l'assureur-maladie n'était pas tenu de rendre une décision formelle, contrairement au domaine de l'assurance-vieillesse et survivant où le prononcé d'une décision est nécessaire pour statuer sur les droits et obligations des assurés. Il en a déduit qu'il n'était pas indispensable que l'assureur prenne une décision formelle pour sauvegarder le délai de péremption de cinq ans. Dans le cas qui lui était déféré, le Tribunal fédéral a considéré que l'assureur avait respecté le délai en expédiant, le 13 juillet 1998, une réquisition de poursuite (relative aux primes dues de juillet 1994 à février 1997), ayant conduit à la notification d'un commandement de payer le 3 août 1998.

e. L'art. 26 al. 1 LPGA prévoit que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunérateurs. À teneur de l'art. 105a OAMal, le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5 % par année.

f. L'art. 105b OAMal stipule que 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).

g. Selon la jurisprudence, de tels frais, s'ils sont prévus expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés, doivent être imputables à une faute de l'intéressé. Ainsi, il y a faute de l'assuré, lorsque, par son comportement, il oblige la caisse à lui adresser des rappels pour l'exhorter à payer ses cotisations (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 28/02 du 29 janvier 2003 consid. 5).

Les frais susceptibles d'être perçus dans cette hypothèse sont laissés à l'appréciation de l'assureur dans les limites résultant du principe de l'équivalence, selon lequel le montant d'un émolument doit se trouver en adéquation et dans un rapport raisonnable avec la valeur de la prestation fournie (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_870/2015 et 9C\_874/2015 du 4 février 2016 consid. 4.1 ; ATAS/663/2017 du 31 juillet 2017).

h. 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 (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts et ils doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1). Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP, 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 (cf. ATF 131 V 147 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1).

i. À certaines conditions, les assureurs maladie sont en droit de lever par une décision formelle l'opposition à un commandement de payer portant sur une créance découlant de la LAMal. Les assureurs peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre de mainlevée entré en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 LP. Dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation pécuniaire de l'assuré, mais elle statuera simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée. Il en va de même des tribunaux en cas de recours (BGE 119

V 329 consid. 2b ; RKUV 2004 Nr. KV 274 S. 129 E. 4.2.1, K 107/02 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).

5. En l'occurrence, l'assuré a été affilié d'office à l'assurance suite à la demande du SAM. Il a payé les primes qui lui ont été adressées de ce fait, mais pas toutes. Le 23 novembre 2017, il a informé l'assurance du fait qu'il était dorénavant domicilié en Suisse dès le début du même mois, en lui demandant si sa cotisation allait changer. L'assurance a répondu à l'assuré, le 24 novembre 2017, que ses couvertures d'assurance devaient être adaptées et qu'il avait la possibilité de choisir différentes options. Il lui était demandé de faire ce choix dans les trois mois, faute de quoi son contrat serait adapté d'office. Malgré plusieurs rappels de l'assurance, l'assuré n'a pas informé celle-ci de ses choix dans le délai requis et son contrat a donc été adapté d'office. À aucun moment, l'assuré n'a émis la volonté de résilier son contrat avec son assurance. Il en résulte qu'il était toujours couvert par celle-ci jusqu'au 31 décembre 2018, date de son échéance suite à la résiliation du contrat par l'assurance après qu'elle a eu connaissance du fait que l'assuré avait passé un nouveau contrat avec CSS. Selon l'art. 7 al. 5 LAMal, 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. En l'occurrence, cette communication n'a pas été faite, donc le nouveau contrat d'assurance avec CSS n'annulait pas d'office celui passé avec l'assurance. Pour le surplus, ce dernier contrat ne pouvait être résilié, vu les impayés de primes (art. 64a al. 6 LAMal).
6. Il en résulte que la décision de l'assurance du 5 mars 2019 confirmant la demande faite par l'intimée au recourant de payer le solde de ses primes d'assurances pour la période du novembre 2016 à mai 2018, plus les intérêts, est bien fondée, de même que la mainlevée de l'opposition prononcée. Les montants réclamés n'ont pas été contestés en eux-mêmes et n'appellent pas la critique, au vu des pièces du dossier.
7. Infondé, le recours sera rejeté.
8. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À 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 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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