

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1900/2014

ATAS/342/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 mai 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise
rue des Cèdres 5, MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michaël BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée) est affiliée depuis janvier 2005 auprès de Mutuel assurance maladie SA (ci-après : l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins.
2. Le 28 septembre 2012, l'assurance a reçu, sous pli recommandé, de la part de son assurée, un formulaire de résiliation de l'assurance maladie complété et signé, dont il ressortait que l'intéressée avait l'intention de résilier sa couverture d'assurance.
3. Par courrier du 5 octobre 2012, l'assurance a répondu à son assurée en rappelant à celle-ci que son nouvel assureur devrait lui fournir, avant l'échéance du 31 décembre 2012, une attestation d'assurance, d'une part, qu'un changement d'assureur ne serait possible qu'après paiement, avant l'échéance précitée, de l'intégralité des primes ou participations aux coûts arriérées, d'autre part.
4. Aucune attestation d'un nouvel assureur n'étant parvenue à l'assurance, celle-ci a facturé à son assurée les primes 2013, fixées à CHF 435.15 (438.10 – 2.95 de taxes fédérales) par mois.
5. Ainsi, le 24 mai 2013, l'assurance a adressé à son assurée plusieurs factures, pour les primes des mois de juillet (facture 188919764), d'août (facture 2_____) et de septembre 2013 (facture 3_____).
6. Par courrier recommandé du 27 juin 2013, l'assurée a informé son assurance qu'elle s'était affiliée, avec effet au 1^{er} janvier 2013, auprès de Concordia. Constatant que cette dernière n'avait pas fait le nécessaire pour confirmer cette affiliation à son assurance précédente, l'assurée indiquait à celle-ci :

« Je vous délègue de réclamer mes prime versés à Concordia, et d'annuler toute relation avec Concordia puisque je ne suis pas assuré à cette caisse, et je suis assuré uniquement à votre Caisse... (sic) »
7. Le 9 juillet 2013, l'assurance a donc adressé à Concordia une attestation confirmant que l'assurée lui était restée affiliée sans interruption pour la couverture d'assurance obligatoire des soins depuis janvier 2005.
8. L'assurée ne s'étant pas acquittée de la prime de juillet 2013, un rappel lui a été adressé par l'assurance le 19 juillet, suivi d'une sommation, en date du 18 août 2013, pour un montant de CHF 465.15 au total, frais de sommation (CHF 30.-) compris.
9. De même, un rappel lui a été adressé concernant la prime d'août 2013, suivi d'une sommation, en date du 21 septembre 2013, pour un montant de CHF 465.15, frais de sommation inclus.

10. Un troisième rappel de paiement a été adressé à l'assurée, suivi d'une sommation, le 19 octobre 2013, concernant la prime de septembre 2013, pour un montant total de CHF 465.15, frais de sommation inclus.
11. Le 10 décembre 2013, l'assurée n'ayant pas procédé au règlement des factures relatives aux primes des mois de juillet, août et septembre 2013, l'assurance a adressé à l'Office des poursuites de Genève (OP) une réquisition de poursuite pour les montants suivants :
 - CHF 1'305.45 avec intérêts à 5% dès le 9 décembre 2013 (primes impayées de juillet, août et septembre 2013)
 - CHF 90.- (frais de sommation)
 - CHF 120.- (frais d'ouverture de dossier), étant précisé que l'avance des frais effectuée par l'assureur s'élevait quant à elle à CHF 73.-.
12. Un commandement de payer (1_____) a été établi le 15 janvier 2014 et notifié à l'assurée le lendemain. L'assurée y a fait opposition le 24 janvier 2014.
13. Par décision du 5 février 2014, l'assurance a levé l'opposition au commandement de payer et requis le paiement de la somme de CHF 1'588.45 (CHF 1'305.45 + CHF 120.- + CHF 90.- + CHF 73.-).
14. Le 2 mars 2014, l'assurée s'est opposée à cette décision en faisant valoir qu'elle était assurée chez Concordia, en réclamant à l'assurance, sous dix jours, le remboursement des primes déjà versées et, en cas de retard, une indemnité supplémentaire de CHF 5'000.-. L'assurée joignait à son pli une facture établie par Concordia le 19 février 2014 mentionnant les 5 membres de la famille, elle y compris.
15. Saisi par l'assurance, le Service de l'assurance-maladie du canton de Genève (SAM), par courrier du 12 mars 2014, a informé Concordia de l'existence d'une double affiliation en précisant que le sociétariat de l'assurée revenait à Mutuel assurance maladie SA depuis janvier 2005 et en demandant à Concordia de sortir l'intéressée de son effectif au 1^{er} janvier 2013. Un remboursement de primes ou une reprise de prestations devait être convenue avec l'assurance.
16. Par courrier du 8 avril 2014 adressé aux deux assureurs, l'assurée a demandé à ces derniers de s'accorder afin de lui éviter tout dommage.
17. Par décision du 4 juin 2014, l'assurance a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 5 février 2014.
18. Par écriture du 25 juin 2014, l'assurée a adressé un courrier au Tribunal cantonal des assurances (recte : Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) aux termes duquel elle a indiqué ne pouvoir payer les sommes demandées. Elle a fait valoir qu'il appartiendrait à Mutuel assurance maladie SA de résoudre le problème avec Concordia, laquelle devrait rembourser à la première assurance les primes qui lui avaient été versées, puisqu'il y avait eu double affiliation.

A son recours, l'assurée a joint les preuves du versement des primes 2014.

19. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 29 juillet 2014, a conclu au rejet du recours.

L'intimée fait remarquer que la seule question litigieuse est de savoir si c'est à juste titre qu'elle a refusé la résiliation de l'assurance obligatoire des soins de l'intéressée et exigé de sa part le paiement des primes 2013, plus particulièrement celles de juillet à septembre 2013.

L'intimée rappelle qu'un changement d'assureur n'est possible qu'à certaines conditions, dont elle considère qu'elles n'étaient pas remplies en l'espèce. En effet, d'une part, l'assurée accusait un retard de paiement fin 2012, en outre, aucune attestation de son nouvel assureur n'est parvenue à l'intimée, laquelle ignorait, jusqu'au courrier du 27 juin 2013, que la nouvelle assurance choisie était Concordia.

L'intimée relève par ailleurs que l'assurée a admis la situation puisqu'elle a payé certaines primes du premier semestre 2013.

Elle en tire la conclusion que c'est à juste titre qu'elle a maintenu l'affiliation de la recourante.

20. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 22 janvier 2015.

L'intimée a indiqué avoir tenté de prendre contact avec la caisse Concordia, laquelle lui a répondu qu'elle réglerait le problème directement avec ses assurés.

L'intimée a fait remarquer que ce n'est qu'en juin 2013 qu'elle a appris le nom de la nouvelle assurance, que celle-ci ne lui a jamais confirmé l'affiliation de l'assurée, que le certificat d'affiliation 2013 qu'elle a adressé à l'assurée en octobre 2012 n'a pas été contesté et qu'au surplus, les factures de prime du début de l'année 2013 ont été honorées.

La recourante a admis avoir été remboursée par Concordia, non pas directement, mais par une compensation avec les primes versées par ses enfants et son époux.

La recourante s'est engagée à produire la preuve du versement des primes de juillet à septembre 2013 et l'intimée, à produire un décompte faisant apparaître les montants qui restaient impayés à la fin de l'année 2012 et les versements lui étant parvenus en 2013.

21. Le 5 février 2015, la recourante a produit une nouvelle fois les récépissés des primes versées à l'intimée pour l'année 2014, y ajoutant ceux relatifs à des primes de 2011 et 2012, alléguant ne pas en avoir trouvé d'autres et répétant qu'elle est désormais affiliée par un autre assureur.

22. Par écriture du 6 février 2015, l'intimée a admis que, fin 2012, tous les montants dus avaient été réglés par l'assurée, expliquant que si l'affiliation de celle-ci avait dû être maintenue en 2013, c'était faute d'attestation d'un nouvel assureur.

23. Par écriture du 20 février 2015, la recourante est en outre revenue sur sa situation depuis l'année 2008.

24. Par écriture du 26 février 2015, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

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) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (cf. art. 60 LPGA).

3. L'un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 271 consid. 5b). Aussi l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour les soins en cas de maladie pour toute personne domiciliée en Suisse, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse.

Selon l'art. 1 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal), les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse sont tenues de s'assurer.

4. L'art. 7 al. 1 LAMal prévoit que l'assuré qui souhaite changer d'assureur doit l'annoncer avec un préavis de trois mois pour la fin d'un semestre d'une année civile.

En l'espèce, il est constant que la recourante, domiciliée en Suisse, est soumise à l'assurance obligatoire conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal.

Par courrier du 5 octobre 2012, elle a certes informé l'intimée de son intention de résilier son assurance. Toutefois, ce préavis est intervenu tardivement, puisqu'il aurait dû parvenir à l'intimée au moins trois mois avant la fin de l'année civile, soit avant le 30 septembre 2012.

Au surplus, l'art. 7 al. 5 LAMal prévoit que 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. Or, en l'espèce, jamais le nouvel assureur n'a confirmé à l'intimée la nouvelle affiliation de l'assurée. Aucune attestation d'affiliation à un autre assureur n'est parvenue à l'intimée.

Eu égard à ces éléments, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que la recourante lui était restée affiliée au-delà du 31 décembre 2012, ce que l'intéressée a d'ailleurs reconnu en payant certaines primes relatives à l'année 2013 et, expressément, dans son courrier du 27 juin 2013. Il est ainsi à la limite de la témérité de venir à présent à nouveau soutenir qu'elle est affiliée ailleurs alors même qu'elle a admis que sa nouvelle assurance lui avait remboursé les primes versées pour l'année 2013.

5. Les assureurs doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré (paiement de primes selon les art. 61ss. LAMal et des participations selon l'art. 64 LAMal) par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP) ou par celle de la compensation (message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 124 d art. 4).
6. En l'espèce, la caisse était incontestablement en droit de poursuivre la recourante pour le montant des primes impayées dont la recourante n'a pu produire la preuve qu'elle s'en serait effectivement acquittée.

S'agissant des frais de rappel et de mise en demeure, il suffira de confirmer qu'ainsi que l'a expliqué l'intimée, ils sont prévus par l'art. 105b al. 3 OAMal. Aux termes de cette disposition, lorsque l'assuré a causé, par sa faute, des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. Tel est le cas en l'espèce (cf. point 17.1 des conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal de l'intimée).

Quant à l'intérêt, de 5% par année, il ressort de l'art. 26 al. 2 LPGA.

Par ailleurs, l'art. 68 al. 1 de la loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP) prévoit expressément que les frais de poursuite sont à la charge du débiteur, même si le créancier en fait l'avance.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté, étant précisé que la Cour statuera par décision séparée sur la demande d'indemnisation déposée par l'assurée.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer, poursuite n° 1_____ .
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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