

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1926/2006

ATAS/812/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 9 juillet 2008

En la cause

Monsieur R_____ et Madame R_____, domiciliés à GENEVE, comparant avec élection de domicile en les bureaux de Monsieur S_____, agent d'affaires breveté recourants

contre

INTRAS ASSURANCES SA, sise rue Blavignac 10, CAROUGE intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Teresa SOARES et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame R_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) et Monsieur R_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) ont été affiliés, en dernier lieu pour les années 2005 et 2006, auprès de la Caisse-maladie INTRAS (ci-après : INTRAS) dans le cadre d'un contrat collectif pour groupement de famille, d'une part, pour l'assurance-obligatoire des soins "MINIMA", risque accident inclus, avec franchise de 500 fr., d'autre part, pour l'assurance complémentaire "DUE". Depuis, l'année 2006, leurs primes d'assurance-obligatoire des soins sont intégralement prises en charge par les subsides versés par le Service cantonal de l'assurance-maladie alors que les frais mutuels (franchise et participation de 10 %) ainsi que les prestations non prises en charge par la caisse-maladie sont remboursés par le Service cantonal des prestations complémentaires (SPC - anciennement OCPA).
2. Par décompte de prestations n° 49735657 du 5 septembre 2005 relatif aux frais de médicaments et au forfait pharmacien du 8 avril au 10 juin 2005 facturés par la Pharmacie X_____ à raison de 962 fr. 95, INTRAS a réclamé à l'assurée une participation de 10 %, soit de 96 fr. 25.
3. Par décompte de prestations n° 50094194 du 26 septembre 2005 relatif aux honoraires du Dr A_____ de 316 fr. 10 pour traitement prodigué du 17 août au 5 septembre 2005, INTRAS a requis de l'assurée le paiement d'une participation de 10 %, soit 31 fr. 60.
4. Par décompte de prestations n° 50420499 du 17 octobre 2005 relatif aux frais de médicaments et au forfait pharmacien facturés par la Pharmacie X_____ à raison de 77 fr. 50 pour traitement du 14 juin au 16 juillet 2005, de 332 fr. 70 pour traitement du 24 juin au 6 juillet 2005, de 1'363 fr. 35 pour traitement du 10 juin au 29 juillet 2005, de 63 fr. 60 pour traitement du 6 au 8 août 2005, de 46 fr. 50 pour traitement du 14 au 19 août 2005 et de 54 fr. 40 pour traitement du 9 août 2005, INTRAS a réclamé à l'assurée une participation de 93 fr. 30. Pour les deux premières prestations de ladite pharmacie, INTRAS a fixé la participation de l'assurée à 10 %, puis à 52 fr. 25 pour le traitement du 10 juin au 29 juillet 2005, enfin, elle n'a prélevé aucune participation pour les autres traitements.
5. Après avoir adressé des rappels aux assurés, INTRAS a fait notifier à l'assuré, le 27 février 2006, un commandement de payer, poursuite n° 06 868511 B, pour un montant de 221 fr. 15 concernant les trois décomptes susmentionnés, plus frais de rappels et de dossier de 120 fr.
6. Le 1^{er} mars 2006, l'assuré a formé opposition à ladite poursuite.
7. Par décision du 22 mars 2006, INTRAS a levé l'opposition.

8. Le 29 mars 2006, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a invoqué la compensation au motif qu'INTRAS était débitrice de prestations supérieures à ses prétentions en poursuites puisqu'elle ne réglait plus les factures de pharmacie, ni ne versait directement les honoraires médicaux aux divers thérapeutes, qu'elle n'acquittait pas ou seulement parcimonieusement lesdites factures et notes d'honoraires, qu'elle leur réclamait systématiquement leurs franchises et participations de 10 %.
9. Par décision du 8 mai 2006, INTRAS a rejeté l'opposition et confirmé sa décision réclamant le paiement des franchises et participations. Elle a précisé qu'elle remboursait tout à fait normalement aux assurés les factures de prestations concernant l'assurance de base.
10. Par acte du 24 mai 2006, agissant pour le compte de l'assuré, subsidiairement de l'assurée, Monsieur S_____, agent d'affaires breveté, a interjeté recours contre ladite décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Préalablement, les recourants concluent à ce que le Tribunal ordonne l'effet suspensif à la poursuite n° 06 868511 B, ordonne à l'intimée de produire et de leur communiquer l'intégralité des décomptes relatifs à l'assurance de base dès le 1^{er} janvier 2004 et jusqu'au jour de l'ordonnance ainsi que le détail motivé des opérations de compensation qu'elle a opérées. Sur le fond, ils se réservent le droit de compléter le recours et de prendre des conclusions finales, une fois les pièces requises déposées. Ils se plaignent de l'ouverture par l'intimée, à partir de l'été 2004, de diverses procédures d'exécution forcée à leur encontre sans qu'elle les ait renseignés à ce sujet et lui reprochent d'avoir pratiqué des opérations de compensation sur lesquelles elle ne s'était jamais expliquée ce qui a provoqué un état de confusion totale dans les relations comptables entre les parties. Ils ont également fait grief à l'intimée de refuser de leur transmettre des décomptes originaux leur permettant d'obtenir de l'OCPA le paiement de leurs franchises et participations ainsi que de pas honorer les factures de pharmacie.
11. Dans sa réponse du 9 juin 2006, l'intimée conclut, principalement, à l'irrecevabilité du recours et, subsidiairement, à son rejet. Elle soutient que le représentant des recourants ne dispose pas des qualifications requises pour agir comme mandataire professionnellement qualifié dans la présente cause. Elle relève que les recourants méconnaissent qu'ils sont tenus au paiement de la participation aux coûts et que l'assurance-maladie est gouvernée par le principe du tiers garant. Elle observe que les frais de rappel ont été mis à la charge des assurés en vertu de ses conditions générales (ci-après : CG). Elle considère qu'il n'y a pas lieu d'accorder d'effet suspensif.
12. Le 3 juillet 2006, le mandataire se réfère à un précédent du Tribunal administratif du 3 novembre 1998 confirmant sa qualification professionnelle pour représenter les recourants.

13. Par arrêt incident du 12 juillet 2006, le Tribunal de céans reconnaît sa compétence pour juger du cas d'espèce et la recevabilité du recours en faisant sienne la jurisprudence du Tribunal administratif. Il admet que le représentant des recourants est un mandataire professionnellement qualifié étant donné que le litige a trait à une poursuite engagée par un assureur social, matière où l'agent d'affaires breveté est autorisé à procéder. De plus, il déclare la requête d'effet suspensif sans objet au motif que l'intimée n'a pas retiré l'effet suspensif de sorte que sa décision n'est pas exécutoire. Il réserve le fond.
14. Le 31 août 2006, le Tribunal convoque les parties pour une audience de comparution personnelle fixée au 13 septembre 2006.
15. Par fax du 12 septembre 2006, le juriste de l'intimée informe le Tribunal qu'il ne pourra pas comparaître à l'audience pour des raisons médicales et lui demande de renoncer à toute comparution personnelle des parties au motif qu'une telle audience n'apportera aucun élément déterminant et va à l'encontre du principe de proportionnalité eu égard à la valeur litigieuse.
16. Lors de l'audience du 13 septembre 2006, le recourant déclare qu'il ne conteste pas le droit de l'intimée à récupérer les franchises et la participation aux prestations, mais qu'il n'arrive pas à obtenir de sa part des décomptes corrects de sorte qu'il s'agit finalement de savoir qui doit quoi. Il indique que l'intimée paie les factures que le Dr A_____ lui adresse directement sans communiquer de décompte à la recourante et que ce praticien réclame le 10 % de ses honoraires à cette dernière qui est dans l'impossibilité de se faire rembourser cette participation par l'OCPA faute de décompte.
17. Le 21 septembre 2006, le Tribunal convoque les parties pour une nouvelle audience de comparution personnelle fixée au 4 octobre 2006.
18. Par fax du 3 octobre 2006, l'intimée informe le Tribunal qu'elle ne pourra pas comparaître pour les mêmes raisons que celles invoquées précédemment et reprend les mêmes conclusions.
19. Lors de l'audience du 4 octobre 2006, le recourant demande au Tribunal de condamner l'intimée à une amende en raison de son nouveau défaut. Il indique qu'il doit comparer les pièces de son dossier avec celles de l'intimée au motif que celle-ci a payé directement certains prestataires avec l'autorisation de la recourante et qu'il a procédé lui-même à certains paiements.
20. Lors de la nouvelle audience de comparution personnelle du 25 octobre 2006, le recourant confirme que, depuis environ deux ans, l'intimée paie avec son autorisation et celle de la recourante directement les honoraires du Dr A_____. Pour sa part, l'intimée admet qu'un certain nombre de factures ont été payées directement par ses soins aux fournisseurs de prestations. Le recourant ajoute qu'il

a payé de ses propres deniers 4'783 fr. 30 au Dr A_____. Il indique qu'il ne peut pas régler la participation réclamée par l'intimée car depuis que celle-ci paie directement certaines factures, les recourants ne reçoivent plus de décompte de prestations. L'intimée précise qu'elle continue à adresser un décompte de prestations et que, depuis environ deux ans, les recourants ne se sont plus acquittés de la participation aux prestations de sorte qu'il reste un montant dû de 919 fr. 40. Elle relève que toutes les factures présentées par les recourants ont été comptabilisées ce que le recourant conteste.

Sur ce, le Tribunal invite les parties à se rencontrer, plus particulièrement les recourants à produire les pièces dont ils demandent le remboursement, et suspend la cause en l'état, d'accord entre les parties jusqu'en janvier 2007.

21. Le 9 mai 2007, les recourants informent le Tribunal que, bien qu'ils aient communiqué des documents complémentaires à l'intimée, celle-ci n'a pas réagi de sorte qu'ils demandent la tenue d'une nouvelle audience.
22. Par ordonnance du 15 mai 2007, le Tribunal ordonne la reprise de la procédure qui sera convoquée en comparution personnelle des parties.
23. Lors de l'audience de comparution personnelle du 13 juin 2007, le recourant déclare que l'intimée lui a remboursé une facture d'opticien qu'il avait envoyée en 2005. L'intimée expose que, le 23 novembre 2006, les recourants lui ont transmis plusieurs photocopies de factures en partie «caviardées» et que, lors d'un téléphone du 28 novembre 2006, leur représentant a indiqué qu'il allait envoyer de nouvelles factures, mais qu'aucune suite n'a été donnée à ce téléphone. Le recourant précise que son épouse et lui-même sont assurés depuis le 1^{er} janvier 2007 auprès d'HELSANA et que seules restent litigieuses les prestations du Dr A_____ car il est impossible de déterminer quelles factures ont fait l'objet d'un règlement en tiers payant ou en tiers garant. A ce sujet, le recourant précise que, lorsqu'il reçoit de l'intimée une facture concernant les 10 %, il ne sait pas de quoi il s'agit.

Sur quoi, le Tribunal impartit un délai à l'intimée pour transmettre au Tribunal les factures du Dr A_____ de 2004 à 2006 ainsi que les décomptes de prestations des mêmes années concernant les recourants et un délai aux parties pour qu'elles se rencontrent afin de trouver le cas échéant un terrain d'entente.

24. Le 3 juillet 2007, les recourants informent le Tribunal qu'ils n'ont pas reçu les factures du Dr A_____ de 2004 à 2006, ni les décomptes de prestations pour les mêmes périodes.
25. Le 6 juillet 2007, l'intimée prend bonne note que le représentant des recourants décline le rendez-vous qu'il lui a fixé le 9 juillet 2007.
26. Par ordonnance du 9 juillet 2007, le Tribunal octroie à l'intimée un nouveau délai.

27. Le 19 juillet 2007, l'intimée informe le Tribunal qu'elle a communiqué aux recourants tous les décomptes de prestations ou impressions d'écran pour les années 2004 à 2006 ainsi que les décomptes détaillés concernant le Dr A_____ . Elle précise qu'elle n'a pas retrouvé les factures originales du Dr A_____ .
28. Dans leur écriture du 7 septembre 2007, les recourants reprochent à l'intimée de présenter des morceaux choisis du dossier en tentant d'inverser le fardeau de la preuve. Afin de ne pas allonger en vain l'instruction de la cause, ils suggèrent au Tribunal d'ordonner un dernier échange d'écritures dans laquelle ils prendront des conclusions motivées finales assorties d'une demande additionnelle en paiement des sommes perçues, retenues ou compensées à tort par l'intimée.
29. Le 12 septembre 2007, le Tribunal accorde aux parties un délai pour se déterminer et joindre toutes pièces utiles.
30. Dans leur écriture du 29 octobre 2007, les recourants chiffrent provisoirement à 15'346 fr. 55, sur la base de leur seul dossier, le solde des prestations réclamées à l'intimée.
31. Dans son écriture du 30 octobre 2007, l'intimée relève que, bien que les recourants tentent de s'écarter du présent litige, l'objet de la procédure porte sur le commandement de payer No_____ d'un montant de 341 fr. 15 dont les recourants ne contestent pas devoir le montant. Elle conclut à la confirmation de sa décision sur opposition du 8 mai 2006.
32. Lors de l'audience de comparution personnelle du 23 janvier 2008, le recourant déclare qu'il va recevoir un montant d'environ 4'096 fr. 40 de la part de l'OCPA qui a accepté à titre exceptionnel de prendre en considération les copies des relevés de prestations de l'intimée. Il précise qu'il lui manque tous les décomptes de prestations du Dr A_____ de sorte qu'il ne dispose pas des documents lui permettant de récupérer la participation aux prestations et les franchises. Pour sa part, l'intimée considère que la créance compensatrice que font valoir les recourants n'existe plus du fait du futur remboursement de l'OCPA.

Sur quoi, le Tribunal accorde un dernier délai aux parties pour déposer leurs écritures complémentaires.
33. Dans son écriture du 15 février 2008, l'intimée confirme qu'elle conteste la créance des recourants envers l'OCPA au motif que la législation en matière d'assurance-maladie interdit aux institutions de prévoir la prise en charge de ces coûts et que, de toute façon, la créance compensatrice invoquée par les recourants n'existe plus. Elle confirme ses précédentes conclusions.
34. Dans leur écriture du 12 mars 2008, les recourants concluent, sous suite de frais et dépens, à leur libération des fins de la poursuite et à la condamnation de l'intimée

au paiement de 11'143 fr. 55 plus intérêts 5 % à dater de la présente demande, sous imputation de 2'518 fr. 10 reçus de l'OCPA, le 18 janvier 2008. Ils exposent que ce dernier montant constitue un règlement partiel de leur participation à leurs frais de santé pour les années 2004 à 2006 dont le solde représente 8'625 fr. 45. Ils relèvent que ce versement est exceptionnel de sorte qu'il est exclu que l'OCPA réitère un tel règlement pour le solde en suspens et que, puisque l'intimée a toujours refusé d'établir les documents nécessaires au règlement intégral de la participation assurée, ils ne peuvent que lui réclamer directement ce montant. Ils allèguent que l'intimée est redevable en leur faveur de 2'668 fr. 10 en vertu des décomptes n^{os} 46211125, 47075255, 46663461 et 46728855, de 498 fr. 75 de frais pharmaceutiques pour 2006 qu'ils ont dû régler directement en raison du blocage par l'intimée de leur compte auprès de la Pharmacie X_____, de 2'000 fr. de frais de franchises pour les années 2005 et 2006 qu'ils n'ont pas pu réclamer auprès de l'OCPA, de 445 fr. 45 relatifs à une note d'honoraires du Dr B_____ du 27 mai 2005 acquittée personnellement par le recourant, de 3'004 fr. 50 de participations aux prestations de 2004 à 2007 qu'ils ont payées à l'intimée et qui non pas été remboursées par l'OCPA, de 1'611 fr. 65 de frais de poursuites pour les années 2004 à 2006 indûment payés par les recourants alors qu'ils étaient créanciers de l'intimée, enfin, de diverses prestations à hauteur de 924 fr. 65. Ils considèrent que, sur les 4'096 fr. 40 reçus de la part de l'OCPA, il y a lieu de déduire 1'578 fr. 30 ayant trait à deux factures d'opticien et une note de dentiste.

35. Le 13 mars 2008, le Tribunal transmet cette écriture à l'intimée en lui accordant un délai au 31 mars 2008 pour faire part de ses remarques sans que ce délai ne soit utilisé.
36. Le 8 avril 2008, le Tribunal informe les parties que la cause est gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi 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).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-maladie, est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).

3. Le litige porte sur des participations aux coûts dues par la recourante, y compris les frais de sommation et d'encaissement, et sur la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° _____. De plus, les recourants prennent des conclusions reconventionnelles concernant diverses prestations que l'intimée ne leur aurait pas versées.

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références).

En l'espèce, les recourants chiffrent pour la première fois leurs prétentions envers l'intimée dans leur écriture du 12 mars 2008 sans avoir présenté une telle demande dans le cadre de la procédure administrative. Par conséquent, l'intimée n'a rendu aucune décision à ce sujet de sorte que les prétentions reconventionnelles des recourants ne font pas partie de l'objet de la contestation. De plus, il n'est pas possible d'étendre la procédure juridictionnelle administrative à ces questions qui ne sont pas en état d'être jugées dès lors que l'intimée ne s'est pas prononcée à leur sujet dans la présente procédure. En définitive, les conclusions reconventionnelles des recourants excèdent l'objet du litige et ne sont donc pas recevables (ATF non publié du 27 mars 2008, I 9C_197/2007, consid. 1.3).

4. 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. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 13 al. 2 let. a LAMal), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de

l'exécution forcée selon la LP (art. 90 al. 3 et 4 OAMal dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2005) ou éventuellement par celle de la compensation (ATFA non publié du 23 mai 2005, K 162/04, consid. 6). L'art. 105b al. 1 et 2 OAMAL en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006 (RO 2005 5639) n'est pas applicable au présent litige qui concerne des participations aux coûts des prestations fournies avant le 1^{er} août 2007 (cf. dispositions finales de la modification du 27 juin 2007). A ce titre, l'entrée en vigueur de la LPGA le 1^{er} janvier 2003 (et l'abrogation de l'art. 88 LAMal) n'a apporté aucune modification au régime en vigueur jusqu'ici. 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 (ATF 131 V 147; RAMA 2004 n° KV 306 p. 465 consid. 5.3.1 et 5.3.2).

Sous l'empire de la LAMal et suivant la jurisprudence relative à l'art. 12 al. 2 let. b OAMal, un assureur-maladie peut réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré lors du versement des primes et de la participation aux coûts, à la condition que ces frais (qu'un paiement en temps utile aurait permis d'éviter) soient imputables à une faute de l'intéressé. Une telle mesure doit toutefois être prévue expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés. Cette pratique vaut également depuis l'entrée en vigueur de la LPGA (ATFA non publié du 5 juillet 2004, K 21/04, consid.3; RAMA 2004 KV 306 p. 463; ATF 125 V 276 consid. 2c). Les frais de poursuite incombent également dans ce cas au débiteur (art. 68 LP; consid. 2b de l'arrêt ATF 125 précité, publié dans la RAMA 1999 n° K 88 p. 442). L'art. 90 al. 5 OAMal (en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006), consacre d'ailleurs cette pratique et est applicable dans le présent cas puisque la sommation et la poursuite de l'intimée ont eu lieu en 2006.

5. En l'espèce, les frais de participation réclamés par l'intimée concerne le traitement suivi par la recourante durant l'année 2005. Selon la police d'assurance n° 2.314.591 du 9 novembre 2004, la recourante a opté pour une franchise à option annuelle de 500 fr.

En vertu des CG 2005 de l'assurance-maladie obligatoire des soins (MINIMA) de l'intimée, le montant de la franchise convenue est mentionné sur le certificat d'assurance (art. 22 ch. 3). Pour toutes les prestations remboursées par INTRAS dans le cadre de l'assurance MINIMA, y compris l'hospitalisation, l'assuré doit prendre à sa charge la franchise annuelle convenue ainsi qu'une quote-part de 10 % aux frais qui dépassent ladite franchise (art. 23). Par année civile, les adultes

doivent supporter au maximum la franchise annuelle convenue ainsi que 700 fr. au titre de la quote-part de 10 % (art. 24 ch. 1).

Par conséquent, pour l'année 2005, après avoir tenu compte d'une franchise de 500 fr., l'intimée était en droit de réclamer à la recourante une participation de 700 fr. sur les frais encourus en 2005.

Il ressort des images informatiques de l'intimée que cette dernière a payé en faveur de la recourante au Dr A _____, qui lui facture directement ses honoraires, les prestations suivantes concernant l'année 2005 :

Traitement du au	Décompte de prestations n°	Montant payé par la Caisse	Montant réclamé à l'assurée
03.01-04.02	47075255	403.95	403.95
28.02-28.02	451386811	140.50	100.50
21.03-21.03	47898824	175.60	17.55
15.04-09.05	48314141	368.80	36.90
24.05-14.06	452439887	632.20	63.20
23.06-15.08	453233462	737.60	73.75
26.09-26.09	454057256	158.05	0.00
14.10-10.11	454246530	509.30	0.00
24.11-15.12	461027757	421.50	0.00
17.08-05.09	50094194	316.10	31.60
Total		3863.60	727.45

En définitive, l'intimée a demandé à la recourante le remboursement de 727 fr. 45 à titre de franchise et de participation pour les honoraires du Dr A _____.

De plus, concernant les factures de la Pharmacie X _____ pour l'année 2005 en faveur de la recourante, elle a payé les prestations suivantes :

Traitement du au	Décompte de prestations n°	Montant payé par la Caisse	Participation récla- mée à l'assurée
06.01-12.02	48025657	337.75	33.75
07.01-08.04	48314141	1638.05	185.00
08.02-08.02	48434361	84.35	8.45
23.02-01.04	48866975	438.80	43.90
08.04-10.06	49735657	962.95	96.25
10.06-19.08	50420499	1938.05	93.30
15.08-15.08	50945211	19.80	0.00
12.08-03.09	51302001	330.65	0.00

09.09-23.09	51437523	486.45	0.00
07.10-08.12	52165044	93.00	0.00
30.09-10.12	52454158	1208.10	4.90
09.09-07.12	52454158	506.40	0.00
16.12-30.12	59771812	413.45	0.00
Total		8457.80	465.55

Il y a lieu de préciser, au sujet du décompte de prestations n° 48314141, que la pharmacie a facturé 23 fr. 60 de médicaments qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie de sorte que l'intimée a réclamé ce montant à la recourante. Il en va de même concernant le décompte de prestations 52454158 puisque la pharmacie a facturé 4 fr. 90 de prestations qui ne figurent pas dans la liste des moyens et appareils (LIMA) et qui ont donc été mis à la charge de la recourante. En définitive, la participation réclamée à la recourante au titre de franchise et de participation aux frais de pharmacie est de 437 fr. 05 (465.55 - 23.60 - 4.90).

En outre, l'intimée a remboursé à la recourante diverses prestations obtenues en 2005 et payées directement par cette dernière, à savoir :

Traitement du au	Décompte de prestations n°	Montant payé par l'assurée	Versement de la Caisse à l'assurée	Participation de l'assurée
09.05-09.05	48748370	355.00	319.50	35.50
16.06-16.06	59362176	233.00	233.00	0.00
14.11-25.11	51909364	712.15	712.15	0.00
Total		1300.15	1264.65	35.50

Ces divers décomptes établissent que l'intimée a comptabilisé dans le compte 2005 de la recourante l'200 fr. (727.45 + 437.05 + 35.50) à titre de participation et de franchise en conformité avec ses conditions générales qui prévoient que ces montants ne peuvent pas dépasser la franchise de 500 fr., plus 700 fr. de participation aux frais, soit un montant total de l'200 fr.

Même si l'intimée avait été débitrice envers les recourants de prestations non remboursées, ces derniers ne pouvaient pas refuser de payer les sommes facturées à titre de participation aux frais et dont les décomptes ci-dessus établissent qu'elles sont conformes à la réalité. En effet, ils n'étaient pas en droit d'éteindre cette créance en lui opposant, en compensation, leurs prétentions à la prise en charge de frais médicaux par l'assurance-maladie puisque, si les caisses-maladie reconnues - organisées selon le droit public ou le droit privé - peuvent compenser des prestations d'assurance échues avec des créances de cotisations arriérées, le même droit n'appartient pas aux assurés (cf. ATF 110 V 183; SVR 2006 KV Nr. 11 S. 32; RAMA 2005 n° KV 343 p. 358.).

6. Dans un deuxième moyen, la recourante allègue qu'il lui est impossible de déterminer quelles factures du Dr A_____ ont fait l'objet d'un règlement en tiers payant ou en tiers garant et quelles prestations sont visées par les factures de l'intimée lui réclamant une participation. Par conséquent, il reste à examiner si c'est à juste titre que l'intimée a réclamé à la recourante une participation aux honoraires du Dr A_____.

Contrairement à ce que soutient la recourante, les décomptes de prestations que l'intimée lui a transmis permettent tout à fait de savoir pour quelle note d'honoraires du Dr A_____ une participation lui est demandée.

Aux termes de l'art. 42 al. 1 LAM, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22 al. 1 LPGA, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations. Est valable la cession à un fournisseur de prestations de la créance d'un assuré en remboursement des frais pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (al. 2).

Une telle cession n'est pas contraire au système du tiers garant. Elle ne modifie pas le principe sur lequel repose le système du tiers garant, à savoir que c'est l'assuré qui est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. En effet, le cessionnaire (ici le fournisseur de prestations) n'est obligé d'imputer sur sa créance contre le cédant (ici l'assuré) que ce qu'il reçoit effectivement du débiteur cédé (ici l'assureur-maladie) ou ce qu'il aurait reçu s'il avait agi à temps avec le soin voulu. Il est en droit de déduire les frais de recouvrement. Le cédant est donc garant de la solvabilité du débiteur cédé puisqu'il n'est libéré qu'à concurrence de ce que le cessionnaire recouvre ou aurait pu recouvrer (ATF 127 V 439 consid. 2c).

Etant donné que la cession de créance signée par la recourante en faveur du Dr A_____ ne modifie pas le fait que l'assuré reste débiteur des honoraires du médecin à concurrence du montant que la caisse-maladie a effectivement remboursé à ce dernier, la recourante reste débitrice de la part des honoraires du Dr A_____ que l'intimée n'aurait pas payée. Bien que divers délais ont été accordés à la recourante pour déposer les pièces légitimant ses prétentions, aucune pièce du dossier n'établit que la recourante a dû payer directement au Dr A_____ une participation de 10 % sur les honoraires facturés par ce médecin. Au demeurant, si un tel fait était avéré, il s'agit d'un recouvrement d'honoraires du médecin envers son patient, soit une question qui n'est pas de la compétence de l'assureur-maladie mais concerne un litige entre médecin et patient. Par conséquent, il appartient à la recourante d'examiner cette question avec son médecin.

En définitive, c'est à juste titre que l'intimée a réclamé à la recourante une participation de 96 fr. 25 représentant le 10 % de la facture de pharmacie de 962 fr. 95 selon décompte n° 49735657, une participation de 31 fr. 60 représentant le 10 % des honoraires du Dr A_____ de 316 fr. 60 selon décompte n° 50094194, une participation de 93 fr. 30 représentant le solde de participation aux frais pour l'année 2005 sur la facture de pharmacie de 1'938 fr. 05 selon décompte n° 50420499, soit un montant total de 221 fr. 15.

Selon l'art. 31 ch. 3 CG, INTRAS est en droit de facturer à l'assuré les frais de rappel qu'elle doit engager pour les procédures de rappel, de poursuite et de recouvrement de ses créances. 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. 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 (ATFA non publié du 29 janvier 2003, K 28/02, consid. 5).

Etant donné que la recourante doit être considérée comme fautive car, en ne payant pas les participations réclamées, elle a obligé l'intimée à lui adresser des rappels et une poursuite, il convient de confirmer les décisions de l'intimée à ce sujet, à savoir qu'il y a lieu de lever l'opposition au commandement de payer n° 06 868511 B à raison de 341 fr. 15 (221. fr. 15 de frais de participation impayés + 120 fr. de frais de rappels et de dossier).

7. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable au sens des considérants.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition formée au commandement de payer no _____ pour le montant de 221 fr. 15 plus frais administratifs de 120 fr.
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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), 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); 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

Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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