

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2076/2013

ATAS/1168/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 novembre 2013

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame K _____, domiciliée à CARTIGNY

recourante

contre

ASSURA-BASIS SA, sise avenue C.-F. Ramuz 70 , PULLY

intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Jean-Pierre WAVRE , Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame K_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) était au bénéfice d'une assurance obligatoire des soins auprès de EGK – CAISSE DE SANTE (ci-après EGK) pour l'année 2011.
2. Par courrier du 28 décembre 2011, elle s'est adressée à ASSURA, Assurance maladie et accidents (ci-après l'assurance ou l'intimée), pour l'informer qu'elle avait résilié son contrat d'assurance auprès de EGK trois mois auparavant, et qu'elle souhaitait, ainsi que sa fille, s'affilier à l'assurance médecin de famille (Dr. A_____), avec une franchise de 1'500 fr. et une prime de 281 fr. 70, payable trimestriellement.
3. L'assurance lui a répondu le 4 janvier 2012 que sa demande d'affiliation à l'assurance obligatoire des soins, ainsi que celle de sa fille, du 28 décembre 2011, avaient été réceptionnées le 29 décembre 2011. Cet envoi tardif ne lui avait pas permis de respecter les dispositions légales qui imposaient d'adresser au précédent assureur, avant le 31 décembre 2011, l'attestation prouvant qu'elle garantissait la protection d'assurance sans aucune interruption. Les affiliations prendraient donc effet le 1^{er} février 2012.
4. Le 27 janvier 2012, EGK a indiqué à l'assurée que pour qu'il puisse être mis fin à son contrat de l'assurance obligatoire des soins, une attestation d'admission écrite établie par sa nouvelle caisse-maladie était nécessaire. Cette attestation ne lui était parvenue « que maintenant ». Sa nouvelle caisse-maladie lui avait communiqué qu'elle était assurée pour l'assurance obligatoire des soins à partir du 1^{er} février 2012. Etant donné que cette attestation lui était parvenue avec retard, la nouvelle caisse-maladie avait l'obligation de réparer le dommage qui en résultait, en particulier la différence de prime (article 7 alinéa 5 LAMal).
5. Le 14 février 2012, EGK a adressé à l'assurée un décompte de prime n° _____ couvrant les primes de cette dernière et de sa fille pour la période du 1^{er} au 31 janvier 2012, et du 1^{er} au 29 février 2012.
6. Par télécopie du 12 mars 2012 à l'attention d'EGK, l'assurée a indiqué avoir reçu le montant de la prime de janvier et de février. S'inquiétant de devoir payer à double, elle a donc demandé qu'il lui soit confirmé que seul le mois de janvier était à payer à EGK, ce que celle-ci lui a confirmé par retour de courrier à une date inconnue.
7. Le 12 mars 2012 également, l'assurée a transmis à l'assurance une copie de son courrier à EGK, et lui a indiqué qu'elle ne réglerait les primes que dès qu'elle serait sûre de ne pas devoir payer deux fois.

8. Le 24 mai 2012, l'assurance a adressé un rappel à l'assurée pour le paiement des primes couvrant la période du 1^{er} avril au 30 juin 2012, pour un montant de 845 fr. 10 (3 x 281 fr. 70). Des frais de rappel de 10 fr. étaient ajoutés audit montant. L'assurance invitait l'assurée à effectuer le paiement du montant total de 855 fr. 10 dans un délai de dix jours.
9. Le 29 juin 2012, l'assurance a mis en demeure l'assurée de verser le montant de 885 fr. 10, comprenant les primes pour la période du 1^{er} avril au 30 juin 2012 (845 fr. 10), des frais de rappel de 10 fr. et des frais de sommation de 30 fr..
10. Le 2 juillet 2012, l'assurée a versé, via Postfinance, et au moyen du bulletin orange fourni par l'assurance, un montant de 822 fr. 30. Dans la rubrique « numéro de référence », elle a indiqué « 100000013700160120391598669 », et dans la rubrique « texte comptable », elle a mentionné: « fév. 258,90 = 7 al5 LaMal + 281, 70 x 2 ».
11. Le 31 juillet 2012, l'assurance a adressé à l'Office des poursuites de Genève une réquisition de poursuite pour un montant de 22 fr. 80, plus intérêts de 5% dès le 1^{er} avril 2012, au titre des redevances d'assurance-maladie échues pour la période du 1^{er} avril au 30 juin 2012, et 40 fr. de frais administratifs. Le commandement de payer y relatif, poursuite n° _____, a été notifié le 2 octobre 2012 à l'assurée, qui y a fait opposition.
12. Par courrier recommandé du 25 septembre 2012, l'assurée a prié l'assurance de bien vouloir résilier son assurance obligatoire au 31 décembre 2012. Elle joignait à sa lettre la demande de résiliation de sa fille.
13. Le 1^{er} octobre 2012, l'assurance a confirmé à l'assurée que la résiliation du contrat d'assurance obligatoire des soins était acceptée pour le 31 décembre 2012. Toutefois, conformément aux dispositions légales en vigueur, l'affiliation auprès de l'assurance ne prendrait fin que lorsque le nouvel assureur lui aurait communiqué qu'il assurait l'assurée sans interruption de la protection et à la condition que les primes ou participations aux coûts, ainsi que les éventuels intérêts moratoires et frais de poursuite, soient intégralement acquittés.
14. Le 25 octobre 2012, l'assurée a procédé au versement de deux montants, l'un de 855 fr. 10, et l'autre de 563 fr. 40.
15. Par décision du 21 novembre 2012, l'assurance a prononcé la mainlevée de l'opposition au commandement de payer, poursuite n° _____.
16. Dans une note interne à l'assurance du 6 décembre 2012, il est indiqué ce qui suit :
« Explique que par la faute d'Assura (retard ?) n'a pas pu être affiliée c/o nous dès le 01.01.2012 mais dès le 01.02.2012. Aurait déduit la différence de prime conf. à son interprétation de l'art. 7 al. 6 LAMal). Lui dit qu'elle n'aurait pas dû agir ainsi mais d'abord obtenir notre accord. Va nous écrire pour s'opposer à n/décision... »

17. L'assurée a procédé à un versement de 845 fr. 10, date valeur 10 décembre 2012.
18. Le 29 décembre 2012, l'assurée a indiqué à l'assurance qu'elle « [maintenait] son assurance telle que celle de l'an dernier ».

Le même jour, par courrier séparé, l'assurée a formé opposition à la décision de l'assurance du 21 novembre 2012, notifiée le 29 novembre 2012, demandant l'annulation de cette dernière. Dans la mesure où l'attestation d'admission écrite de l'assurance n'était pas parvenue à temps à son ancienne assurance, elle était restée assurée pour le mois de janvier à cette dernière. L'assurance devait donc réparer le dommage qui en résultait, en particulier la différence de prime (Art. 7 alinéa 5 LAMal), comme le lui avait précisé son ancienne assurance. Lors du paiement, elle avait mentionné l'art. 7 alinéa 5 LAMal. Le solde peu important que voulait réclamer l'assurance aurait pu être porté sur l'avis de prime suivant au lieu de faire l'objet d'un commandement de payer qui empêchait l'assurée de sortir à la fin de l'année de l'assurance, sans compter les frais disproportionnés qui étaient facturés pour un si petit montant. L'assurée contestait donc les frais d'ouverture de dossier, les frais de sommation et de poursuite.

19. Par courrier du 18 janvier 2013, l'assurance a pris note du souhait de son assurée de maintenir sa couverture d'assurance auprès d'elle et a rappelé que les assureurs œuvrant dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins régie par la loi sur l'assurance-maladie étaient considérés comme des autorités administratives pouvant rendre des décisions sur opposition au sens de l'art. 79 de la Loi sur la poursuite pour dettes et la faillite. Sa décision du 21 novembre 2012 était donc valable puisque conforme à l'art. 52 de la Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales. La motivation était que la somme n'avait toujours pas été acquittée. L'assurée n'avait formulé aucune demande de prise en charge de la différence de primes. Elle n'était en outre pas autorisée à déduire unilatéralement un montant sans l'avoir consultée au préalable sur les modalités d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, selon les informations fournies, elle avait désiré déduire 22 fr. 80 de la prime de février 2012. Or, la procédure litigieuse avait été engagée pour le recouvrement du solde des primes d'avril à juin 2012. En effet, le montant de 822 fr. 30, versé le 3 juillet 2012, soit postérieurement au rappel du 24 mai 2012 et à la mise en demeure du 29 juin 2012, ne correspondait pas au montant des primes d'avril à juin 2012 s'élevant à 845 fr. 10.

Bien que l'assurée ait modifié un bulletin de versement référencé lié aux primes d'avril à juin 2012, transmis par l'assurance, le montant avait été imputé selon la référence utilisée. Or, elle ne paraissait pas contester le montant desdites primes. Elle ne prouvait pas, par ailleurs, que le solde des primes d'avril à juin 2012 avait été acquitté, alors même qu'elle ne contestait pas avoir été affiliée pour la période réclamée, ni avoir été invitée à acquitter les montants réclamés. Partant, les primes étaient dues, et les frais découlant de leur absence de paiement étaient justifiés.

Par ailleurs, l'assurance a souligné qu'une caisse-maladie ne pouvait choisir d'introduire, ou non, une procédure de recouvrement. Elle devait faire valoir ses prétentions découlant des obligations des assurés par la voie de l'exécution forcée, en raison des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, et de la législation imposant des délais stricts, à savoir trois mois dès l'échéance de la prime pour adresser une sommation à l'assuré, sommation qui aurait été précédée d'un rappel. En cas d'absence de paiement, les primes devaient faire l'objet d'une procédure de poursuite. L'assurance a donc recommandé à l'assurée de s'acquitter du solde dû au moyen du bulletin de versement en sa possession. A réception du versement, la procédure en poursuite serait annulée. A défaut, elle rendrait une décision sur opposition en bonne et due forme. Enfin, s'agissant de sa demande de prise en charge de la différence de primes de janvier 2012, il était loisible à l'assurée de s'adresser au service de la gestion du portefeuille qui la renseignerait de manière circonstanciée.

20. Par courrier du 15 février 2013, l'assurance a indiqué à l'assurée que malgré plusieurs rappels et l'information faite lors de la confirmation de la démission, elle constatait que certaines redevances n'étaient toujours pas acquittées. Dès lors, en application de l'art. 64a alinéa 4 LAMal, la résiliation ne pouvait être acceptée. Le contrat d'assurance obligatoire des soins était donc maintenu en vigueur.
21. Le 16 mai 2013, l'assurance a rendu une décision sur opposition concernant la décision du 21 novembre 2012, par laquelle elle rejetait l'opposition de l'assurée et indiquait qu'elle était fondée à requérir la continuation de la poursuite n° _____ F pour le montant de 62 fr. 80, frais de poursuite non compris, plus intérêts de 5% sur le montant de 22 fr. 80 dès le 1^{er} avril 2012.
22. Le 24 juin 2013, l'assurée a recouru contre cette décision. Elle a conclu à ce qu'il soit ordonné à l'assurance d'établir un décompte final pour la fin de son affiliation pour la fin décembre 2013, à ce qu'il soit dit qu'elle pouvait s'affilier à une autre assurance dès le paiement des sommes non contestées et que les sommes contestées pouvaient faire l'objet d'un recours après son affiliation à une autre assurance, et à ce que l'opposition à la poursuite n° _____ introduite par l'assurance à son encontre soit confirmée. Elle a indiqué que son ancien assureur l'avait informée que vu que l'attestation de couverture lui était parvenue avec du retard, son nouvel assureur avait l'obligation de réparer le dommage qui en résultait, en particulier la différence de prime. Elle avait effectué les paiements suivants en 2012 :
 - 3 juillet 2012 : 258 fr. 90 + 281 fr. 70 + 281 fr. 70, soit les primes de février à avril 2012, la différence de prime étant déduite de la prime de février ;
 - 25 octobre 2012 : 563 fr. 40 et 855 fr. 10, soit le montant des primes de mai à septembre 2012 ;

- 10 décembre 2012 : 845 fr. 10, soit le montant des primes d'octobre à décembre 2012.

L'assurance « détenait depuis le 12 mars 2012 le montant EGK ». Cela lui avait été précisé lors du paiement le 3 juillet 2012, par téléphone le 6 décembre 2012 et dans l'opposition du 29 décembre 2012. L'assurance lui avait fait notifier un premier commandement de payer, poursuite n° _____, faisant l'objet de la présente procédure, puis un second commandement de payer, poursuite n° _____, pour un montant de 1'126 fr. 80, alors que tant ses primes que celles de sa fille avaient été payées pour cette période. Elle-même et sa fille avaient résilié leur assurance-maladie pour le 31 décembre 2012, résiliation qui avait été acceptée par l'assurance. Or, le 15 février 2013, l'assurance l'avait informée que sa résiliation ne pouvait pas être acceptée, dans la mesure où certaines primes n'avaient pas été acquittées, alors même qu'elle-même avait écrit à l'assurance, le 29 décembre 2012, pour l'informer qu'elle souhaitait finalement maintenir sa police d'assurance. L'assurance aurait dû reporter les frais administratifs sur les primes suivantes plutôt que de procéder par la voie de l'exécution forcée. L'assurance cherchait à l'empêcher de s'affilier à une autre assurance.

23. ASSURA-BASIS SA (à laquelle ASSURA a transféré ses actifs et passifs en avril 2012) a répondu le 22 juillet 2013. Elle a rappelé qu'elle n'avait reçu la demande d'affiliation de la recourante que le 29 décembre 2011, qu'elle l'avait informée dès le 4 janvier 2012 que son affiliation ne prendrait effet que le 1^{er} février 2012, et que la police et les bulletins de versement ad hoc avaient été établis dès le 5 janvier 2012. Elle n'avait donc pas à réparer un quelconque dommage. Elle n'avait reçu aucun montant de l'ancien assureur de la recourante. Les primes d'avril à juin 2012 étaient échues dès le 1^{er} avril 2012. Les frais du rappel du 24 mai 2012, de la mise en demeure du 29 juin 2012 et de la procédure de poursuite engagée le 31 juillet 2012 étaient justifiés puisque selon les dires mêmes de l'assurée, elle ne s'était pas acquittée de l'intégralité de ses redevances, et n'avait déclaré l'imputation de ses versements que dans son opposition du 29 décembre 2012, soit près de six mois après son versement. Le bulletin de versement orange que l'intimée adressait à ses assurés contenait en effet un numéro de référence qui permettait d'identifier le débiteur et toutes les données importantes pour la comptabilité. Il présentait expressément l'indication « aucune communication », dans la mesure où cette partie du bulletin de versement n'était pas restituée au créancier et que celui-ci ne venait donc pas à connaissance d'une éventuelle communication, ni même ne devait s'y attendre. La recourante aurait dû s'adresser au service compétent pour faire une demande concernant la différence de prime, mais ne pouvait pas diminuer de son propre gré le montant des primes dues.

24. 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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} 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).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. Il convient de relever à titre liminaire que la recourante était liée à ASSURA, assurance maladie et accident, soit une fondation inscrite sous le n° CH – 550.0.126.820 au registre du commerce (ci-après RC). C'est toutefois ASSURA-BASIS SA, inscrite au RC sous le n° CH-550.1.108.192, soit la société à qui ASSURA a transféré ses actifs et passifs selon publication au registre du commerce en mai 2013, qui a répondu au recours sub judice ; de sorte que, conformément au droit fédéral qui prévoit qu'une substitution des parties a lieu de plein droit notamment en cas de reprise des actifs et passifs d'une entreprise au sens de l'art. 181 CO (ATF 106 II 346 consid. 1), la substitution de partie sera prononcée en ce sens que l'intimé devient ASSURA-BASIS SA.

Le RC indique que selon contrat du 20 mars 2013 et selon décision de l'autorité de surveillance du 12 avril 2013, la fondation a transféré des actifs de 1'390'429'345 et des passifs envers les tiers de 656'188'606 à ASSURA-BASIS SA.

A toutes fins utiles, conformément à l'art. 77 al. 5 LP, ASSURA-BASIS est invitée à informer l'Office des poursuites, en tant que cela n'aurait pas déjà été fait, du changement de créancier.

4. Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 58 et 60 LPGA).
5. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références; ATF 119 V 347; ATF non publié U 152/01 du 8 octobre 2003, consid. 3; MEYER-BLASER, Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413, in SCHAFFHAUSER/SCHLAURI, Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, St-Gall 2001, p. 19).

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. 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; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b).

6. En l'espèce, la recourante a conclu à ce:
- a) qu'il soit ordonné à l'intimée d'établir un décompte final pour la fin de son affiliation pour la fin décembre 2013 ;
 - b) qu'il soit dit qu'elle peut s'affilier à une autre assurance dès le paiement des sommes non contestées et que les sommes contestées peuvent faire l'objet d'un recours après son affiliation à une autre assurance ; et
 - c) que son opposition à la poursuite n° _____ soit confirmée.

Or, la décision sur opposition litigieuse rejette l'opposition au commandement de payer, poursuite n° _____, et dit que l'intimée est fondée à requérir la continuation de ladite poursuite.

Elle ne porte par conséquent pas sur les points a) et b) évoqués ci-dessus. De ce fait, en vertu de la jurisprudence suscitée, le litige portera uniquement sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'intimée a réclamé à la recourante le paiement du montant de 22 fr. 80 pour le solde impayé des primes d'avril à juin 2012, frais administratifs et intérêts en sus et frais de poursuite non compris, et prononcé la mainlevée des oppositions formées à la poursuite précitée.

7. a) 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 (art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (art. 64 LAMal). En vertu de l'art. 90 OAMal, les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois.
- b) 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 Loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP; RS 281.1). L'art. 64a LAMal, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, prévoit ainsi que 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).

c) S'agissant de l'obligation de l'assuré de payer les primes d'assurance, il y a lieu d'appliquer les règles générales du code des obligations (CO) relatives à l'exécution des obligations et, en particulier, celles ayant trait au paiement (art. 84 ss CO ; ATAS/407/2004 du 18 mai 2004).

Aux termes de l'art. 86 CO, le débiteur qui a plusieurs dettes à payer au même créancier a le droit de déclarer, lors du paiement, laquelle il entend acquitter (al. 1). Faute de déclaration de sa part, le paiement est imputé sur la dette que le créancier désigne dans la quittance, si le débiteur ne s'y oppose immédiatement (al. 2).

Cette disposition légale est applicable en matière de cotisations aux assurances sociales. En ce qui concerne l'imputation par le débiteur (Art. 86 al. 1 CO), celui-ci exerce son choix par une déclaration, soit par un acte juridique unilatéral soumis à réception. Cette déclaration interviendra normalement lors du paiement (art. 86 al. 1 CO), mais peut aussi intervenir avant celui-ci ; le débiteur peut également se réserver le droit d'une détermination ultérieure. Il appartient au débiteur d'établir l'existence d'une déclaration d'imputation de sa part et sa conformité avec la prestation litigieuse (ATFA non publié K 89/04 du 18 mai 2005, consid. 4.1 et les références).

L'imputation faite par le débiteur peut résulter non seulement d'une déclaration expresse de sa part, mais aussi des circonstances, par exemple de la concordance entre le montant du paiement et celui de l'une de ses dettes. Elle doit cependant être reconnaissable par le créancier (ATF 26 II 412 consid. 4).

Faute d'être reconnaissable par la caisse, par exemple par une communication écrite, l'imputation par l'assuré des montants versés sur sa dette de cotisations ne déploie aucun effet. Tel est le cas de mentions manuscrites apposées par l'assuré sur les récépissés postaux non parvenus à la caisse lors du paiement (ATFA non publié K 89/04 du 18 mai 2005, consid. 4.4 et les références).

Enfin, lorsque la caisse-maladie est débitrice envers un assuré de prestations non remboursées, celui-ci ne peut pas refuser de payer les primes dues ; il n'est en effet pas en droit d'éteindre cette créance en lui opposant, en compensation, ses propres prétentions à son encontre (ATF 110 V 183 ; ATFA non publié K 7/06 du 12 janvier 2007, consid. 3.2).

8. a) 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).

b) Selon la jurisprudence, 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 à la mainlevée entrée 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 (ATF 119 V 329 consid. 2 et les références).

9. a) L'art. 105b OAMal prévoit que lorsqu'un 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 obligations de l'assuré. La jurisprudence a précisé qu'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 (ATF 125 V 276). 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 K 28/02 du 29 janvier 2003, consid. 5).

b) Par ailleurs, selon l'art. 26 LPGA, 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. Conformément à l'art. 105a OAMal, ces intérêts s'élèvent à 5 % par année.

c) En l'espèce, les conditions générales de l'intimée prévoient que les primes sont payables d'avance aux échéances convenues (art. 15.1), que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires de 5% par année (art. 15.4), et que l'assuré qui, après rappel, ne s'acquitte pas de ses

redevances, fait l'objet d'une mise en demeure (art. 17.1). Si cette sommation n'est pas suivie d'un paiement intégral dans les 5 jours, l'assuré devient immédiatement redevable des primes dues jusqu'à la prochaine échéance et une procédure de recouvrement par voie de poursuite ou faillite est introduite. En cas d'opposition au commandement de payer, l'assureur prononcera, en application de l'article 79 LP et sous forme de décision sujette à opposition au sens de l'article 52 LPGA, la levée d'opposition jusqu'à concurrence du montant dû. L'assuré est astreint à participer aux frais d'édition de rappel et d'établissement de la mise en demeure à raison, respectivement, de 10 fr. et 30 fr..

10. 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. 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.

Il a également conclu que lorsque la communication parvient à l'assureur seulement après l'expiration du délai de résiliation, l'ancien rapport d'assurance s'éteint à la fin du mois duquel l'information tardive parvient à l'assureur précédent (ATF 127 V 38).

Le Tribunal fédéral a jugé que le nouvel assureur avait la charge de procéder, si possible à la communication au sens de l'art. 7 al. 5 LAMal à un moment permettant l'admission de l'assuré à la date demandée par ce dernier (ou avec le plus faible retard possible (ATF 130 V 448).

Le site internet du service de l'assurance maladie indique que pour signifier son adhésion au 1^{er} janvier de l'année civile auprès d'un nouvel assureur-maladie, il suffit, pour un assuré, de le faire d'ici au 30 novembre, par envoi recommandé (site internet du Service de l'assurance maladie, informations sur l'affiliation à l'assurance-maladie obligatoire, disponible sur <http://www.ge.ch/assurances/maladie/principes-base.asp?inc=6> [consulté le 5 novembre 2013]).

11. a) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; ATF 130 I 177 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des

preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 177 consid. 3.2 ; ATF 128 III 411 consid. 3.2).

b) Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3). Au demeurant, il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

13. En l'espèce, il résulte des pièces du dossier que :

- l'intimée a adressé à la recourante, le 24 mai 2012, un rappel pour un montant de 855 fr. 10, auquel étaient joints un bulletin de versement orange préimprimé (portant le numéro de référence 100000013700160120391598669) et un décompte détaillé faisant expressément référence au fait que les primes réclamées couvraient la période d'avril, mai et juin 2012;
- la recourante a versé les montants suivants aux dates suivantes :

Date	Montant	Objet du versement selon les explications de la recourante dans son recours du 24 juin 2013
03.07.2012	822 fr. 30	Primes pour février, mars et avril 2012 (258 fr. 90 + 281 fr. 70 + 281 fr. 70)
25.10.2012	563 fr. 40	Primes pour mai, juin, juillet, août et septembre 2012
25.10.2012	855 fr. 10	(1'418 fr. 50 = 5 x 281 fr. 70 + 10 fr.)
10.12.2012	845 fr. 10	Primes pour octobre, novembre et décembre 2012

		(3 x 281 fr. 70)
--	--	-------------------

- pour le paiement du 3 juillet 2012, la recourante a effectué le versement depuis son compte postal, via Postfinance, et au moyen du bulletin orange qui était joint au courrier de rappel du 24 mai 2012 ; dans le champ intitulé numéro de référence, elle a indiqué le numéro figurant sur ledit bulletin, et dans le champ « texte comptable », elle a indiqué « fév. 258,90 = 7 al5 LAMal + 281 fr. 70 ».

La recourante explique ainsi que l'intimée avait l'obligation de réparer le dommage qui résultait du fait que son ancien assureur n'avait reçu l'attestation d'émission que le 27 janvier 2012, en particulier la différence de prime, et qu'elle a donc déduit ladite différence du montant dû au titre de la prime de février 2012. Elle a informé l'intimée du fait qu'elle avait procédé à cette imputation lors du paiement, le 3 juillet 2012, par téléphone, en décembre 2012, et dans l'opposition du 29 décembre 2012. Partant, les 22 fr. 80 réclamés par l'intimé ne sont pas dus.

Par ailleurs, elle considère que l'intimée aurait dû rajouter les frais administratif sur les primes suivantes plutôt que de les réclamer par la voie de la poursuite. L'intimée agissait contre elle, l'empêchant, par l'écoulement du temps, de s'affilier à une autre assurance. Elle indique enfin avoir saisi la Cour de céans pour ne pas être astreinte à payer deux fois et faire l'objet de commandements de payer pour des montants dérisoires qui auraient pu faire l'objet d'un simple courrier, ou plutôt, être reportés sur les primes suivantes ou être réclamés avant de quitter l'assurance, dans la mesure où elle se serait enquis de son dû avant de quitter l'assurance.

L'intimée, pour sa part, indique qu'elle n'a pas omis de faire une communication au sens de l'art. 7 al. 5 LAMal. Elle n'a donc pas à supporter la différence de prime, comme cela est prévu par cette disposition. En tout état de cause, l'assurée aurait dû lui adresser une demande, ce qu'elle n'a pas fait. Par ailleurs, l'intimée ne s'est acquittée que partiellement des primes dues pour les mois d'avril à juin 2012, échues depuis le 1^{er} avril 2012. Elle a en effet arbitrairement déduit un montant de celui qui lui était réclamé à ce titre, et n'a déclaré l'imputation que dans son opposition du 29 décembre 2012, soit près de 6 mois après son versement.

14. Sur la base des éléments ci-dessus et de la jurisprudence suscitée, la Cour fait les constatations suivantes :

- a) la recourante a utilisé, pour procéder au paiement des primes de février, mars et avril, un bulletin de versement orange préimprimé qui lui avait été adressé par l'intimée ; il était aisément reconnaissable pour la recourante quelle était la période couverte par ce bulletin de versement, dans la mesure où il était annexé à un décompte détaillé faisant expressément référence à cette dernière ;

l'imputation est un acte juridique unilatéral soumis à réception;

or, dans le cas de l'utilisation de bulletins de versement oranges, il est expressément indiqué, dans le champ en haut à droite desdits bulletins, « pas de communication » ; le numéro de référence préimprimé sur ces documents se suffit en effet à lui-même et a pour but de créditer directement la somme concernée à une créance donnée ; un éventuel motif inscrit dans le champ « texte comptable » n'est pas communiqué au créancier; il n'est donc pas possible de procéder à une imputation par des inscriptions manuelles sur les bulletins de versement « papier»;

la recourante ne peut pas non plus tirer argument du fait que le système e-finance de Postfinance prévoit un champ texte comptable ; en effet, la rubrique d'aide de Postfinance relative aux bulletins orange, et plus spécifiquement audit champ, précise ce qui suit : « Notez ici par exemple le motif du paiement. Ce texte n'est pas transmis au destinataire du paiement. [Disponible sur <https://www.postfinance.ch/pfmobile/help/fr/help/payment/transmon/chf/national/nonrecurringorder/boorder.index.html> [consulté le 21 octobre 2013].

en tout état de cause, et même si la recourante ignorait ce qui précède, il n'en demeure pas moins que ses indications du 3 juillet 2012 n'ont pas été portées à la connaissance de l'intimée ; de ce fait, il n'y a pas eu de déclaration d'imputation valable ;

rien ne permettait non plus à l'intimée de déduire du paiement susmentionné que la recourante souhaitait payer non pas les primes d'avril à juin 2012 mais les primes de février à avril 2012, sous déduction du montant correspondant à la différence de primes entre celle qu'elle a dû payer à EGK pour le mois de janvier 2012, et celle qu'elle aurait pu payer si elle avait déjà été affiliée à l'intimée pour ce mois (22 fr. 80) ;

par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée a imputé le montant payé par la recourante en juillet 2012 au moyen du bulletin de versement correspondant aux primes d'avril à juin 2012 (822 fr. 30) sur la dette désignée dans la quittance, soit, en d'autres termes, dans les décomptes de primes (art. 86 al. 2 CO) ;

- b) reste à examiner si le montant de 22 fr. 80, pouvait être valablement déduit de la dette correspondant aux primes des mois d'avril à juin 2012 ;

il n'est pas contesté que l'intimée a procédé à la communication requise par l'art. 7 al. 5 LAMal ;

la recourante estime toutefois qu'elle ne l'a fait que tardivement et qu'elle doit de ce fait payer la différence de prime ;

l'intimée n'a reçu la demande d'affiliation de la recourante que le 29 décembre 2011, la recourante ne l'ayant envoyée que le 28 décembre 2011 ; dès le 4 janvier 2012, l'intimée est revenue vers cette dernière pour l'informer que sa demande d'affiliation était acceptée mais qu'elle ne prendrait effet que dès le 1^{er} février 2012 ; dans le courant du mois de janvier 2012, elle a confirmé à EGK l'affiliation de la recourante à compter de cette même date ;

il faut donc conclure que conformément à la jurisprudence suscitée, le rapport d'assurance de la recourante auprès de son ancien assureur ne pouvait prendre fin qu'à la fin du mois de janvier 2012, et que ce dernier a bien reçu la communication courant janvier 2012;

par ailleurs, vu ce qui précède et vu les circonstances du cas d'espèce, l'intimée a également respecté le principe posé par la jurisprudence suscitée de procéder à la communication le plus rapidement possible ; il n'est en effet pas possible d'exiger d'une caisse-maladie, qui plus est en période de fêtes, de réceptionner une demande d'affiliation, de la traiter et d'informer l'ancien assureur en un ou deux jours ;

cela vaut d'autant plus dans le cas d'espèce, dans la mesure où la recourante avait résilié son contrat d'assurance auprès d'EKG trois mois auparavant, elle pouvait s'adresser en temps voulu à l'intimée, de manière à lui laisser un laps de temps suffisant pour pouvoir traiter sa demande, établir la police d'assurance et les bulletins des primes, et adresser la confirmation à l'ancien assureur avant le 31 décembre 2011;

par conséquent, l'art. 7 al. 5 LAMal ne trouve pas application ici ;

la recourante reste donc devoir la somme de 22 fr. 80 ; à cet égard, elle ne prouve pas, ni même n'affirme, avoir payé ce solde à ce jour ;

- c) s'agissant des frais de rappel et de sommation, ils sont prévus dans les conditions générales de l'intimée rappelées ci-dessus; par ailleurs, ces frais ont été engendrés par le comportement de la recourante, qui n'a pas payé les montants qui lui étaient réclamés dans les délais (art. 105 b al. 2 OAMal et jurisprudence suscitée) ;

les frais de rappel (10 fr.) et de sommation (30 fr.) sont donc justifiés au vu des circonstances; ici encore, la recourante ne prouve pas, ni même n'affirme, les avoir réglés à ce jour ;

- d) enfin, s'agissant des intérêts, ils s'élèvent, pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGa, à 5% l'an (art. 105a OAMal). Les primes sont payables d'avance aux échéances convenues (art. 15 al. 1 CG de l'intimée). En l'occurrence, les

parties ayant convenu d'un paiement trimestriel, elles sont payables au plus tard le 1^{er} jour du premier mois d'un trimestre et portent intérêt dès cette date ;

c'est donc à bon droit que l'intimée a fait courir des intérêts à 5% dès le 1^{er} avril 2012 ;

15. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté. Partant, la Cour de céans prononcera la mainlevée de l'opposition faite au commandement de payer, poursuite n° _____.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préalablement :

2. Ordonne la substitution des parties en ce sens que l'intimée devient ASSURABASIS SA.

Au fond :

3. Rejette le recours.
4. Prononce la mainlevée de l'opposition au commandement de payer, poursuite n° _____, à concurrence de 62 fr. 80, frais administratifs compris, frais de poursuite non compris, plus intérêts à 5% sur le montant de 22 fr. 80 dès le 1^{er} avril 2012.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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