RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2299/2004 **ATAS/520/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

3ème Chambre

du 9 juin 2005

En la cause

Monsieur O_____ recourant

contre

MUTUALITE ASSURANCES, domiciliée rue du Nord 5, 1920 MARTIGNY intimée

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Juliana BALDE et Valérie MONTANI, juges.

EN FAIT

1. Depuis 2002, Monsieur O_____ est assuré auprès de la MUTUALITE (ci-après l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins en matière de maladie, avec une franchise annuelle de 600 fr. Il dispose également d'une couverture accident à hauteur de 100'000 fr.

2. Du 5 au 14 août 2002, l'assuré a été hospitalisé au Cameroun. Les frais de cette hospitalisation se sont élevés à 4'131 fr. 05.

3. Le 18 novembre 2002, l'assurance lui a remboursé 3'617 fr. 95. Ont été déduits : 100 fr. de taxe journalière et 413 fr. 10 à titre de quote-part.

4. L'assuré a une nouvelle fois été hospitalisé au Cameroun du 28 juin au 3 août 2003.

5. Par lettre signature du 3 novembre 2003, l'assuré a résilié son assurance avec effet au 31 décembre 2003.

6. Le 28 novembre 2003, l'assurance l'a informé qu'elle était parvenue à la conclusion, après analyse des documents concernant le traitement à Ngoulemakong, qu'il s'agissait de fausses factures. En conséquence, elle a refusé de les rembourser, a réclamé à l'assuré 1'000 fr. pour frais de recherches et la restitution du montant de 3'617 fr. 95 qu'elle lui avait remboursé le 18 novembre 2002.

7. Le 1er décembre 2003, l'assurance a fait parvenir à l'intéressé une facture de 4'624 fr. 10 (n° 036131420). Ce montant comprenait les frais des hospitalisations du 5 au 14 août 2002 et du 27 août au 3 septembre 2003 ainsi qu'une participation à une facture émanant de la pharmacie du Grand-Lancy.

8. Le 3 décembre 2003, l'assurance a confirmé sa décision du 28 novembre 2003. Elle s'est néanmoins déclarée prête à réexaminer le dossier si l'intéressé lui faisait parvenir une preuve garantissant son séjour dans l'établissement camerounais indiqué et attestant du paiement des montants contestés.

9. Par courrier du 5 décembre 2003, l'assuré a répondu qu'il ne disposait plus des documents réclamés.

10. Par décision formelle du 12 décembre 2003, notifiée par courrier signature, l'assurance a confirmé son refus de prendre en charge les frais de l'hospitalisation intervenue au Cameroun en 2003. Elle a par ailleurs persisté à réclamer le montant des frais de recherche (pièce 10 assurance). Les voies de droit ont été mentionnées.

11. Par courrier du 13 décembre 2003, l'assuré a refusé de rembourser le montant réclamé dans la facture n°036131420 et confirmé la résiliation de son assurance.

12. Par courrier du 16 décembre 2003, l'assuré a accusé réception de la décision du 12 décembre 2003. Il a fait remarquer qu'il payait une assurance complémentaire et demandé le remboursement de ses frais d'hospitalisation et qu'il continuerait à « réclamer son dû ».

13. Le 19 décembre 2003, l'assurance a accusé réception de ce courrier et attiré l'attention de l'assuré sur le fait que sa décision formelle du 12 décembre 2003 restait applicable.

14. Par lettre du 7 janvier 2004, elle a encore rappelé à l'intéressé que, compte tenu du caractère obligatoire de l'assurance maladie, elle ne pourrait résilier son contrat qu'à la condition qu'il produise un certificat d'assurance émanant d'un autre assureur ou une attestation de sa commune de résidence confirmant son départ pour l'étranger.

15. Le 19 janvier 2004, l'assurance a adressé à l'intéressé une facture concernant les primes LAMal et LCA pour la période du 1er janvier au 29 février 2004, soit 663 fr. 20 (facture n°037438134).

16. Le 26 janvier 2004, elle lui a en outre facturé les primes LAMal et LCA pour le mois de mars 2004, soit 331 fr. 60 (facture n°037677095).

17. Le 11 février 2004, l'assurance, constatant que sa facture du 1er décembre 2003 (n°036131420 ; 4'624 fr. 10) n'avait pas été honorée, a adressé un rappel à l'assuré, pour lequel elle lui a facturé 5 fr. supplémentaires.

18. Le 15 mars 2004, l'assurance a adressé à l'assuré deux rappels pour primes impayées (janvier et février 2004 : 660 fr. 20 et mars 2004 : 331 fr. 60). 5 fr. supplémentaires ont été facturés pour chacun de ces deux rappels.

19. Le même jour, l'assurance a également adressé à l'intéressé une sommation concernant sa facture du 1er décembre 2003, demeurée impayée (4'624 fr. 10). S'y sont ajoutés 20 fr. de frais de sommation.

20. Le 15 avril 2004, deux autres sommations ont été envoyées à l'assuré. La première portait sur les primes de janvier et février 2004 (663 fr. 20), la seconde sur celle de mars 2004 (331 fr. 30). Chacune de ces deux sommations a été facturée 20 fr.

21. Le 14 mai 2004, l'assurance a déposé une réquisition de poursuite pour un montant de 5'618 fr. 90 avec intérêts à 5% dès le 13 mai 2004 (994 fr. 80 [cotisations janvier-mars 2004] + 4'624 fr. 10 [facture du 1er décembre 2003]), de 60 fr. de frais de sommation et de 30 fr. de frais d'ouverture du dossier.

22. Par courrier du 25 mai 2004, l'assurance a résilié la couverture complémentaire à compter du 30 juin 2004.

23. Le 15 juin 2004, un commandement de payer a été notifié à l'assuré (n°04180078 L).

24. Ce dernier y a fait opposition. Il a indiqué à l'Office des poursuites et faillites (OP), dans un courrier daté du 17 juin 2004, qu'il reconnaissait néanmoins devoir le montant de 90 fr.

25. Par courrier du 22 juin 2004, l'OP a informé l'assurance du retrait partiel de l'opposition.

26. Le 13 juillet 2004, l'assurance a rendu une décision formelle levant l'opposition.

27. Cette décision, adressée à l'assuré sous forme de lettre signature n'a pas été retirée par l'intéressé. Le 29 juillet 2004, l'assurance la lui a donc renvoyée sous pli normal.

28. Le 22 août 2004, l'assuré a formé opposition et produit un visa d'entrée et de sortie du Cameroun et un certificat d'assurance attestant de son affiliation à GMC.

29. Par décision sur opposition du 15 octobre 2004, l'assurance a confirmé sa décision du 13 juillet 2004.

30. Le 20 octobre 2004, l'assuré a interjeté recours. D'une part, il conteste la poursuite qui a été ouverte contre lui, d'autre part, il demande que les frais d'hospitalisation au Cameroun soient pris en charge par l'assurance.

31. Par courrier du 10 novembre 2004, le recourant a fait parvenir au Tribunal les documents relatifs à son recours.

32. Invitée à se prononcer, l'assurance, dans sa réponse du 13 janvier 2005, a indiqué que diverses investigations complémentaires étaient en cours et sollicité une prolongation du délai jusqu'au 14 février 2005.

33. Dans sa réponse du 26 janvier 2005, l'assurance a conclu au rejet du recours.

    Elle rappelle que la poursuite porte encore sur un montant de 4'693 fr. 90 (994 fr. 80 [cotisations janvier-mars 2004] + 4'624 fr. 10 [facture du 1er décembre 2003] - 1'000 fr. [annulation de l'amende relative au montant facturé sur cette facture] - 15 fr. [annulation des primes LCA] + 30 fr. [frais d'ouverture du dossier] + 60 fr. [frais de sommation]).

    S'agissant des frais d'hospitalisation du recourant, l'assurance, après une nouvelle analyse des pièces figurant au dossier, a indiqué renoncer à réclamer la restitution du montant de 3'617 fr. 95. En conséquence, elle a annulé sa facture du 1er décembre 2003 et fait remarquer que cette partie du litige pouvait être considérée comme étant devenue sans objet.

S'agissant de la participation du recourant à la facture de 61.60 de la pharmacie du Grand-Lancy, l'assurance a invoqué les dispositions légales lui permettant de demander une participation de 10% et conclu que le recourant restait donc débiteur du montant réclamé.

S'agissant des primes réclamées pour l'année 2004, l'assurance a relevé l'absence de dispense d'obligation d'assurance ou de tout autre document pouvant justifier qu'elle sorte le recourant du cercle de ses assurés.

Concernant le montant de 90 fr. réclamé à titre de frais d'ouverture de dossier et de sommation, l'assurance a rappelé que le recourant avait reconnu les devoir. Elle a souligné qu'ils étaient par ailleurs conforme au principe de proportionnalité posé par la jurisprudence et prévus par ses conditions générales d'assurance.

En conclusion, l'assurance demande que l'opposition au commandement de payer soit levée à hauteur de 985 fr. 95 plus intérêts à 5% dès le 13 mai 2004, de 30 fr. de frais d'ouverture de dossier et de 60 fr. de sommation.

34. Dans sa réplique du 23 février 2005, le recourant explique avoir demandé en novembre 2003 la résiliation de son contrat et avoir contracté avec un autre assureur, le Groupe GMC. Il allègue que les responsables de ce groupe lui ont assuré qu'ils s'occuperaient de l'envoi d'un courrier à son ancien assureur et qu'il a d'ailleurs également informé ce dernier. Il a joint à son courrier une décision de dispense datant du 27 avril 2004, ainsi qu'une copie de sa carte d'assuré GMC. La première, datée du 27 avril 2004, émane du service de l'assurance maladie du canton de Genève et est valable pour la période du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2006 ; quant à la carte d'assuré de GMC, elle est datée du 1er janvier 2004.

35. Par courrier du 18 mars 2005 au recourant, l'assurance a allégué n'avoir jamais été en possession de la décision de dispense. Elle a enregistré la résiliation du contrat d'assurance pour le 31 décembre 2003.

36. Par courrier du 23 mars 2005 au Tribunal de céans, l'assurance a conclu à l'irrecevabilité des conclusions du recourant relatives à la prise en charge des frais de sa seconde hospitalisation, dans la mesure où ces derniers ne faisaient pas l'objet de la décision attaquée. Par ailleurs, elle a rappelé avoir annulé sa facture du 1er décembre 2003 et avoir procédé à la résiliation de l'affiliation avec effet au 31 décembre 2003. Elle a souligné que si la décision de dispense lui avait été communiquée, elle n'aurait en aucun cas réclamé les cotisations de l'assurance obligatoire des soins pour l'année 2004. Elle a dès lors conclu que les démarches entreprises pour réclamer ces cotisations à l'assuré étaient également devenues sans objet. Quant à la participation à la facture de la pharmacie, l'assurance a indiqué renoncer à la réclamer. Dès lors, elle a annulé sa décision du 13 juillet 2004 et sa décision sur opposition du 15 octobre 2004.

37. Dans une lettre du 5 avril 2005, le recourant a fait valoir que la décision de la caisse était « logique ». Il a dès lors exprimé la volonté de maintenir son recours et sa demande de prise en charge des frais de sa seconde hospitalisation. Il a cependant déclaré renoncer à demander le paiement d'une indemnité pour préjudice moral.

38. Par courrier du 6 mai 2005, l'assurance s'est référée à son écriture du 23 mars 2005 et a rappelé que la décision du 22 mars 2005 était devenue caduque.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let a LOJ, le TCAS 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). La compétence du Tribunal de céans ratione materiae pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable en tant qu'il est dirigé contre la décision sur opposition du 15 octobre 2004 (cf. art. 60 LPGA).

   En revanche, les conclusions du recourant visant à obtenir le remboursement de ses frais d'hospitalisation en 2003 sont irrecevables, la décision attaquée ne portant pas sur ce point. Cette question a en revanche fait l'objet d'une décision formelle de l'assurance le 12 décembre 2003 et l'on peut considérer que le courrier adressé à l'assurance par l'intéressé le 16 décembre 2003 doit être considéré comme une opposition. L'assurance devra donc y répondre par le biais d'une décision sur opposition qui sera à son tour susceptible de recours. Si cette décision devait tarder, il serait loisible au recourant de recourir pour déni de justice.

4. Le Tribunal de céans prend acte de la proposition de l'assurance d'annuler ses décisions des 13 juillet et 15 octobre 2004. Il est cependant rappelé à l'assurance que si l'art. 53 al. 3 LPGA lui confère certes la possibilité de reconsidérer une

décision sur opposition contre laquelle un recours est formé, cela n'est cependant possible que jusqu'à l'envoi de son préavis. En l'occurrence, l'assurance ayant fait parvenir son préavis au Tribunal de céans le 26 janvier 2005, il ne lui était désormais plus possible d'annuler des décisions, désormais dévolues au Tribunal. Ce dernier prend donc acte de la proposition de l'intimée d'annuler la décision litigieuse et constate que le recours devient par conséquent sans objet.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

1. Déclare le recours recevable en tant qu'il conclut à l'annulation des décisions des 13 juillet et 15 octobre 2004 ;

2. Le déclare en revanche irrecevable en tant qu'il conclut à la prise en charge des frais de l'hospitalisation de l'assuré au Cameroun en 2003 ;

3. L'admet partiellement pour le reste et annule les décisions rendues en date des 13 juillet et 15 octobre 2004 par la MUTUALITE ASSURANCE ;

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 pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La Présidente :
Janine BOFFI	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