RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2340/2005 **ATAS/917/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 31 octobre 2005

En la cause

Monsieur S_____, domicilié à GENEVE	recourant
contre	
ASSURA - ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, Z.I. En Budron A1, 1052 LE MONT s/ LAUSANNE	intimée

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. M. S_____ est affilié auprès d'ASSURA (ci-après la caisse) depuis le 1er janvier 2001 pour l'assurance obligatoire des soins, avec réseau de santé, risque accident inclus, (BASIS), avec une franchise de fr. 300.-.

2. Le 30 juin 2004, le Dr B_____ a émis une facture au montant de fr. 389,65 suite à des soins prodigués à l'assuré et l'a transmise directement à la caisse, conformément à la convention le liant à celle-ci, instaurant le système du tiers payant.

3. La caisse a payé ledit montant et transmis le 30 juillet 2004 à l'assuré un décompte de prestation lui réclamant un montant de fr. 308,90, soit fr. 300.- de franchise et fr. 8,90 de quote-part.

4. Le 17 novembre 2004, la caisse a envoyé à l'assuré un premier rappel de fr. 313,90 comprenant fr. 5.- de frais, puis, le 17 décembre 2004, une mise en demeure de fr. 338,90, comprenant fr. 25.- de frais.

5. Un commandement de payer (poursuite n° 05115684 Y) la somme de fr. 308,90 et fr. 30.- de frais a été notifié à l'assuré le 22 mars 2005, lequel y a formé opposition.

6. Par décision formelle du 22 avril 2005, la caisse a levé l'opposition de l'assuré.

7. Suite à l'opposition de l'assuré du 11 mai 2005, la caisse l'a rejetée par décision du 30 mai 2005.

8. Le 1er juin 2005, l'assuré a recouru contre cette dernière décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales.

9. Le 24 juin 2005, l'assuré a payé à la caisse le montant de fr. 308,90.

10. Le 10 août 2005, la caisse a conclu au rejet du recours en relevant que seuls les frais administratifs de fr. 30.- et de poursuite restaient litigieux.

11. Le 12 septembre 2005, l'assuré a envoyé au Tribunal de céans un courrier spontané, contestant la réponse de la caisse.

12. Le 10 octobre 2005, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré qu'il n'avait jamais reçu une copie de la facture du Dr B_____, que la caisse ne répondait pas à ses demandes, qu'il était en litige avec elle depuis trois ans concernant les décomptes de prestations et que les directeurs de celle-ci refusaient à tort de le rencontrer. Il n'entendait pas payer les frais encore litigieux. La caisse a maintenu ses conclusions.

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. 56 V al. 1 let. a ch. 4 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.

   Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ et 60 LPGA).

3. a) L'art. 64 al. 1 et 2 LAMal prévoit que les assurés participent au coût des prestations par un montant fixe par année (franchise) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

   Selon l'art. 90 al. 3 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) si, en dépit d'une sommation, l'assuré ne paie pas les primes ou participations aux coûts échues, l'assureur doit engager une procédure de poursuite. Si cette procédure aboutit à un acte de défaut de biens, l'assureur en informe l'autorité compétente d'aide sociale. Sont réservées les dispositions cantonales qui prévoient une annonce préalable à l'autorité chargée de la réduction des primes.

   b) Les assureurs doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré (paiement des primes selon les art. 61 ss LAMal et des participations selon l'art. 64 LAMal) par la voie de l'exécution forcée selon la LP ou éventuellement par celle de la compensation (message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 124 ad art. 4). L'art. 54 al. 2 LPGA prévoit ainsi que les décisions sur opposition exécutoires qui portent condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés sont assimilées aux jugements exécutoires selon l'art. 80 LP.

   c) 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 (ATF 125 V 276).

4. En l'espèce, seuls sont encore litigieux les frais administratifs, soit fr. 5.- de frais de rappel, fr. 25.- de frais de sommation et les frais de poursuite relatifs au commandement de payer, poursuite n° 05115684 Y.

   Le recourant s'est acquitté le 24 juin 2005 du montant de fr. 308,90 réclamé par la caisse le 30 juillet 2004 ; celle-ci s'est vue, depuis cette dernière date, dans l'obligation d'envoyer un rappel, une mise en demeure et d'entamer des poursuites à l'encontre de l'assuré, démarches qui, conformément à l'art. 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 la caisse, du 1er janvier 2003, ont engendré des frais administratifs de fr. 30.- ainsi que des frais de poursuite.

5. Partant, l'assuré est redevable desdits frais et son recours ne peut qu'être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

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

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Lève l'opposition au commandement de payer, poursuite n° 05115684 Y, à hauteur de fr. 30.-, frais de poursuite en sus.

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
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