

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3060/2010

ATAS/228/2011

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

**Arrêt du 3 mars 2011**

En la cause

Monsieur C \_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE

recourant

contre

HELSANA ASSURANCES SA, Droit des assurances Romandie,  
av. de Provence 15, case postale 839, 1001 LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Claudiane CORTHAY,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur C \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1972, est affilié auprès de HELSANA ASSURANCES SA (ci-après l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins depuis 2006.
2. Le 1<sup>er</sup> janvier 2006, l'assuré a adhéré à une forme particulière d'assurance, impliquant un choix limité de fournisseurs de prestations (assurance obligatoire des soins PREMEDI-24) et l'obligation de contacter le service-conseil de l'assurance avant de consulter un médecin.
3. Les 5 février et 12 mars 2009, l'assuré a consulté le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, puis, les 25 mars et 4 août 2009, le Dr M \_\_\_\_\_, généraliste. Aucune de ces consultations n'a été précédée par une prise de contact préalable de l'assuré avec le service-conseil de l'assurance.
4. Le 26 mars 2010, l'assurance a informé son assuré de sa décision de l'exclure de l'assurance PREMEDI-24 et de le transférer automatiquement dans l'assurance obligatoire des soins ordinaire, avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2010.
5. Le 26 avril 2010, l'assuré s'est plaint d'une violation de son droit d'être entendu, reprochant à l'assurance d'avoir statué sans lui avoir donné l'occasion de s'expliquer ni même avoir interrogé ses médecins quant au caractère urgent des consultations incriminées. L'assuré a allégué que les soins reçus l'avaient été en urgence et que l'exclusion prononcée à son encontre ne respectait pas le principe de la proportionnalité. Il a enfin réclamé une décision formelle.
6. En date du 19 mai 2010, l'assurance a rendu une décision formelle confirmant l'exclusion de l'assuré de PREMEDI-24 et son transfert dans l'assurance de base ordinaire dès le 1<sup>er</sup> mai 2010.

L'assurance a rappelé qu'en optant pour le modèle d'assurance PREMEDI-24, l'assuré s'était engagé à contacter son service de conseil téléphonique pour tout nouveau cas de maladie. Or, force était de constater qu'aucun appel n'avait été enregistré concernant les quatre consultations auxquelles l'assuré s'était rendu auprès des Drs L \_\_\_\_\_ et M \_\_\_\_\_ durant les mois de février, mars et août 2009. Au surplus, aucune des factures établies à la suite desdites consultations n'indiquait qu'il s'était agi d'un traitement d'urgence. L'assurance a ajouté que les retraits de médicaments étaient également considérés comme des prestations médicales devant être signalées à PREMEDI-24.

7. Le 21 juin 2010, l'assuré s'est opposé à cette décision. Préalablement, il a demandé la restitution de l'effet suspensif. Quant au fond, il a repris les arguments déjà invoqués précédemment et répété que les soins reçus l'avaient été en urgence.

8. Le 21 juillet 2010, l'assurance a rendu une décision sur opposition aux termes de laquelle elle a confirmé sa décision du 19 mai 2010.

L'assurance s'est référée à ses conditions générales et à TARMED. Elle a relevé que les médecins consultés par l'assuré n'avaient pas facturé de supplément pour consultation urgente et en a tiré la conclusion que les traitements n'avaient donc pas été effectués dans l'urgence.

Elle a souligné que la consultation du 4 août 2009, en particulier, ne s'était pas limitée à l'établissement d'une ordonnance pour antidépresseurs, comme l'alléguait l'assuré, puisque des séances de physiothérapie avaient également été prescrites, pour lesquelles aucune urgence n'avait non plus été démontrée. Qui plus est, l'assuré ne s'était rendu à la pharmacie que quatorze jours après la consultation du mois d'août 2009, respectivement trois jours après celle du mois mars 2009. L'assurance a par ailleurs fait remarquer qu'auparavant, l'assuré avait pu obtenir des ordonnances du Dr N\_\_\_\_\_ sans aucune consultation - ce qui constituait du reste également une violation des conditions d'assurance.

Quant à la violation du droit d'être entendu invoquée par l'assuré, l'assurance a rappelé qu'elle n'était pas tenue d'entendre l'intéressé avant une décision sujette à opposition, d'autant qu'elle avait procédé à une appréciation anticipée des preuves. Or, en l'occurrence, les faits relevés lui paraissaient suffisants pour renoncer à de plus amples mesures d'instruction.

L'assurance s'est également défendue d'avoir violé le principe de la proportionnalité, soulignant que la solution adoptée - à savoir l'exclusion - n'était pas très lourde puisqu'elle n'avait pour conséquence que d'augmenter la prime de l'assuré d'environ 10 % (soit 25 fr. 70 par mois).

Enfin, l'assurance a expressément retiré tout effet suspensif à un éventuel recours.

9. Par écritures du 14 septembre 2010, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - en concluant, à titre provisionnel urgent, à ce que ses primes continuent d'être fixées selon le tarif PREMEDI-24 et, quant au fond, à l'annulation de la décision sur opposition du 21 juillet 2010 et à sa réintégration dans le contrat PREMEDI-24.

Le recourant reproche en substance à l'assurance de ne jamais l'avoir rendu attentif au fait qu'il avait omis d'annoncer certaines prestations à l'antenne PREMEDI-24 et en particulier, de ne jamais lui avoir adressé d'avertissement à ce sujet. Selon lui, l'assurance aurait ainsi violé son devoir de le renseigner.

Le recourant ajoute que ses médecins ignoraient qu'ils avaient l'obligation de signaler le caractère urgent de leur intervention sur leur facture.

Enfin, le recourant fait grief à l'assurance d'avoir violé son droit d'être entendu et le principe de la proportionnalité.

10. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 11 octobre 2010, a conclu au rejet du recours et à celui de la demande de mesures provisionnelles.

L'intimée allègue en substance que l'obligation faite aux assurés au bénéfice de la couverture PREMEDI-24 de recourir, avant toute visite médicale sauf exception, au service téléphonique de son conseil-santé est mentionnée à plusieurs reprises dans les informations destinées à ses assurés.

Elle ajoute qu'il est totalement invraisemblable que les médecins intéressés aient pu oublier de facturer le supplément pour traitement d'urgence et fait remarquer que le recourant n'a pas démontré le caractère urgent du traitement dont il est question.

Quant à son devoir de renseigner, l'intimée souligne qu'il s'applique lorsqu'il s'agit de renseigner les assurés sur leur droit aux prestations et soutient qu'en l'occurrence, le droit aux prestations de l'assuré n'a pas été mis en danger par son comportement puisque les prestations ont malgré tout été prises en charge.

Enfin, l'intimée fait valoir que les informations ont été largement diffusées, que ses conditions générales sont particulièrement claires et que l'on ne saurait dès lors attendre d'elle des informations dont on peut admettre qu'elles sont connues de manière générale, sans quoi l'administration risquerait, à titre préventif, de submerger l'assuré d'informations qui ne lui sont pas nécessaires ou qu'il ne souhaite pas.

Pour le surplus, l'intimée a persisté dans l'argumentation développée dans sa décision sur opposition.

11. Par arrêt incident du 29 octobre 2010 (ATAS/1108/2010), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté la demande de mesures provisionnelles.
12. Saisi d'un recours de l'assuré contre cet arrêt, le Tribunal fédéral, dans un arrêt du 28 décembre 2010 (9C\_1028/2010), l'a déclaré irrecevable.
13. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'assurance d'exclure le recourant de la formule "PREMED-24" et de le transférer dans l'assurance obligatoire des soins ordinaire avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2010.
4. a) Le recourant invoque tout d'abord une violation de son droit d'être entendu. Il se plaint de n'avoir pu s'expliquer avant son exclusion et du fait que ses médecins n'ont pas non plus été interrogés sur le caractère urgent des consultations dont il est question.

Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (cf. ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 124 V 90 consid. 2 notamment).

b) La jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst., qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 127 I 54 consid. 2b, 127 III 576 consid. 2c), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa, 124 V 180 consid. 1a). L'art. 29 al. 2 Cst. ne confère cependant pas le droit d'être entendu oralement (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148 et les références), pas plus du reste que l'art. 42 LPGA, qui s'applique à la procédure administrative en matière d'assurances sociales (arrêt C 128/04 du 20 septembre 2005, in SVR 2006 ALV n° 5 p. 15).

La violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 126 I 70, 126 V 130 consid. 2b et les références).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 133 III 675 consid. 5.2 non publié, 129 III 289 consid. 2.6, 127 III 519 consid. 2a, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c et les arrêts cités). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

d) En l'espèce, la Cour de céans relève que le recourant a eu la possibilité de faire valoir ses arguments tant dans son courrier du 26 avril 2010 que dans son opposition du 21 juin 2010.

Il est vrai que l'intimée, procédant à une appréciation anticipée des preuves, a renoncé à interroger les médecins du recourant quant au caractère urgent des traitements incriminés.

Toutefois, dans la mesure où le recourant a eu la possibilité d'invoquer tous ses griefs par devant la Cour de céans, laquelle possède plein pouvoir de cognition, la violation du droit d'être entendu - si tant est qu'il y en ait eu une - peut être considérée comme réparée.

5. a) D'après l'art. 41 al. 4 LAMal, l'assuré peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses (art. 62 al. 1 et 3 LAMal). L'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs. L'assureur peut ainsi réduire les primes des assurances impliquant un choix limité du fournisseur de prestations d'après l'art. 41 al. 4 (art. 62 al. 1 LAMal).

Le Conseil fédéral règle en détail les formes particulières d'assurance. Il fixe, notamment en se fondant sur les besoins de l'assurance, les limites maximales des réductions de primes et les limites minimales des suppléments de primes. La compensation des risques selon l'art. 105 reste dans tous les cas réservée (al. 3).

Les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, des assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (art. 99 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance maladie, du 27 juin 1995 ; OAMal - 832.102).

b) En application des dispositions qui précèdent, l'intimée propose une assurance particulière, intitulée "PREMED-24", dont les conditions d'assurance (édition du 1<sup>er</sup> janvier 2007) prévoient en particulier ce qui suit :

Pour toute question médicale, et en particulier avant une première visite chez le médecin, les personnes assurées ou des tiers agissant pour leur compte sont tenus de prendre contact avec le service de conseil-santé par téléphone. Celui-ci ne fournit aucune prestation diagnostique ou thérapeutique, mais se contente de prodiguer des conseils médicaux et des recommandations sur les étapes suivantes du traitement, selon la gravité de la maladie et l'urgence du problème (art. 2).

Les personnes assurées s'engagent à téléphoner au service de conseil-santé avant de recourir à des prestations médicales, en particulier avant une première visite chez le médecin (art. 7).

Toutefois, lorsque la situation exige manifestement une consultation en urgence, la personne assurée n'est pas tenue de téléphoner au préalable. Il y a urgence lorsque l'état d'une personne est jugée, par elle-même ou par un tiers, comme pouvant mettre sa vie en danger ou comme devant faire l'objet d'un traitement immédiat. Un problème de santé nouveau ou récurrent survenant en dehors des heures de consultation médicale ne peut être considéré systématiquement comme une urgence (art. 9).

Si la personne assurée manque par deux fois à ses obligations, l'assureur est en droit de l'exclure de l'assurance PREMEDI-24 pour la fin d'un mois, moyennant un préavis de trente jours, l'exclusion étant signifiée par écrit, avec mention des deux infractions aux conditions générales. La personne assurée est alors automatiquement transférée dans l'assurance obligatoire des soins de l'assureur (art. 10).

c) Le chapitre 00.08 de TARMED prévoit un supplément pour consultation pressante et cas d'urgence. Il précise que les critères tarifaires du cas d'urgence ou d'une consultation pressante étaient valables tant pour les cabinets médicaux que pour les institutions ambulatoires. Le traitement des patients qui ne se sont pas annoncés n'est pas considéré systématiquement comme un cas d'urgence ou de consultation pressante et ne justifie donc pas dans chaque cas la facturation de prestations selon le chapitre 00.08. Pour la facturation des prestations du chapitre 00.08, ce sont les critères d'interprétation qui s'appliquent.

En outre, il ressort également du chapitre 00.08, en particulier de la position 00.2505 de TARMED concernant l'indemnité forfaitaire de dérangement en cas de consultation ou de visite pressante (visite en dehors des heures régulières de consultation [lundi-vendredi 19h-22h, samedi 12h-19h et dimanche 7h-19h]), qu'il y a consultation ou visite pressante, du point de vue tarifaire, si l'intervention du médecin est médicalement nécessaire et/ou jugée manifestement nécessaire par le patient, ses proches ou des tiers, et en particulier le spécialiste doit s'occuper du patient ou lui rendre visite au plus tard dans les deux heures. En revanche, la

consultation pressante ne peut pas être facturée dans le cadre d'une consultation régulière. En règle générale, le traitement de patients sans rendez-vous ne vaut pas comme consultation pressante et ne donne pas droit à facturer des indemnités forfaitaires de dérangement en cas de consultation pressante.

d) En l'espèce, il sied tout d'abord de rappeler que le recourant a adhéré le 1<sup>er</sup> janvier 2006 à l'assurance PREMEDI-24 et que les conditions d'assurance citées supra le lient, ainsi que l'intimée.

Or, l'intimée reproche au recourant d'avoir violé ses obligations en omettant de contacter son service de conseil téléphonique avant de se rendre chez ses médecins durant l'année 2009, alors même qu'il ne s'agissait pas d'un cas d'urgence.

Il ressort du dossier que le recourant a consulté son médecin traitant, le Dr M\_\_\_\_\_, à deux reprises durant l'année 2009, la première fois en date 25 mars 2009 et la seconde en date du 4 août 2009, sans avoir contacté au préalable le service-conseil de l'intimée, ce qui n'est au demeurant pas contesté par le recourant.

Comme le relève l'intimée, le recourant ne s'est rendu à la pharmacie, suite auxdites consultations, que le 28 mars 2009, respectivement le 18 août 2009 (pièces 15, 17, 23 et 24 intimée). C'est à juste titre que l'intimée en a tiré la conclusion que le traitement en question ne revêtait pas le caractère urgent que veut bien lui prêter le recourant, auquel cas ce dernier se serait rendu directement à la pharmacie au sortir de la consultation, voire le lendemain.

Cette conclusion s'impose d'autant plus qu'il était loisible au recourant de prendre rendez-vous chez son médecin traitant avant que son stock d'antidépresseurs ne vienne à échéance. Un manque d'organisation de sa part ne saurait manifestement être considéré, au sens de TARMEDI ou des conditions d'assurance PREMEDI-24, comme un cas d'urgence.

En outre, lors de la consultation du 4 août 2009, le Dr M\_\_\_\_\_ a également prescrit au recourant des séances de physiothérapie (pièce 33 intimée), dont on ne voit pas en quoi elles revêtiraient un caractère d'urgence, d'autant qu'elles n'ont débuté que trois semaines après la consultation du Dr M\_\_\_\_\_, soit le 24 août 2009.

Partant, au vu de ce qui précède, force est de constater que le recourant, en omettant de contacter le service-santé de l'intimée avant de se rendre chez le Dr M\_\_\_\_\_, en date des 25 mars et 4 août 2009, a manqué par deux fois aux obligations qui lui incombent en vertu des art. 2 et 7 des conditions d'assurance PREMEDI-24.

La question de savoir si les consultations des 15 février et 12 mars 2009 auprès du Dr L\_\_\_\_\_ revêtaient un caractère d'urgence peut dès lors rester ouverte, puisqu'il suffit de deux manquements aux obligations découlant des conditions d'assurance pour exclure toute personne assurée de l'assurance PREMEDI-24 et la transférer dans l'assurance obligatoire des soins ordinaires (art. 10).

Pour le surplus, au vu des éléments qui précèdent, nul n'est besoin d'interroger les Drs M\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ quant au caractère urgent de leurs consultations. C'est ainsi à juste titre que l'assurance a pris sa décision en procédant à une appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 133 III 675 consid. 5.2 non publié).

6. Reste à examiner si l'intimée a violé son devoir de renseigner envers le recourant.

a) L'art. 27 LPGA prévoit que, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1<sup>er</sup>). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2).

Cette disposition correspond à l'art. 35 du projet de LPGA. Ainsi que cela ressort du rapport de la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé, du 26 mars 1999 (FF 1999 V 4229), l'al. 1 pose une obligation générale et permanente de renseigner indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées. Cette obligation de renseigner sera satisfaite par le biais de brochures, fiches, instructions, etc. La formulation « personnes intéressées » ne veut pas dire que ceux qui désirent obtenir des renseignements doivent d'abord faire preuve de leur intérêt. L'al. 2 prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents. Tout assuré a droit à des conseils relatifs à ses droits et à ses obligations, gratuitement de la part de son assureur. Cette obligation de conseil ne s'étend qu'au domaine de compétences de l'assureur interpellé et elle constitue une forme de codification de la pratique précédente. Les renseignements peuvent également être communiqués par des non-juristes. Au contraire de l'obligation générale de renseigner, les conseils doivent porter sur un cas précis.

Le Tribunal fédéral des assurances a largement repris les travaux législatifs et doctrinaux relatifs à l'art. 27 LPGA et a retenu que le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3 p. 480). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur (cf. GEBHARD

EUGSTER, ATSG und Krankenversicherung: Streifzug durch Art. 1-55 ATSG, RSAS 2003 p. 226). Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de faits déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (arrêt K 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 3.3, in SVR 2007 KV no 14 p. 53 et la référence). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (ULRICH MEYER, Grundlagen, Begriff und Grenzen der Beratungspflicht der Sozialversicherungsträger nach Art. 27 Abs. 2 ATSG, in : Sozialversicherungsrechtstagung 2006, St-Gall 2006, p. 27 no 35).

Des auteurs de doctrine ont également indiqué que les organes d'exécution doivent renseigner les intéressés sur le comportement qu'ils devraient adopter et aux démarches à effectuer (formalités) pour bénéficier des prestations les plus avantageuses possible, compte tenu de leur situation personnelle. Les intéressés ont donc droit à obtenir des renseignements non seulement généraux, mais personnalisés (Boris RUBIN, Assurance-chômage, Traité du droit fédéral, survol des mesures cantonales, procédure, 2ème éd. mise à jour et complétée, Schulthess 2006, p. 930 ss ; Jacques-André SCHNEIDER, Informations et conseils à l'assuré dans les assurances sociales : le tournant de la LPGA, in La partie générale des assurances sociales, IRAL, 2003, p. 39 ss).

Le Tribunal fédéral a enfin précisé qu'aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2).

b) En l'espèce, il sera tout d'abord relevé qu'en concluant l'assurance PREMEDI-24, le recourant a expressément admis avoir pris connaissance des conditions d'assurance et partant des obligations qui lui incombait, avant de consulter un médecin (pièce 2 intimée).

Par ailleurs, eu égard au contenu du site internet de l'intimée et aux documents produits dans le cadre la présente procédure, et notamment aux trois extraits du magazine Senso de l'année 2007 destinés à la clientèle de l'intimée, il est vrai que celle-ci a fourni à de nombreuses reprises des informations concernant son modèle d'assurance alternatif PREMEDI-24, en mettant en exergue d'une part, une économie de 8% sur les primes d'assurance et d'autre part, une obligation pour les personnes assurées de contacter son service-conseil téléphonique avant toute consultation médicale (pièces 39ss). Partant, il y a lieu de considérer qu'elle a rempli les exigences d'informations générales découlant de l'art. 27 al. 1 LPGA.

c) Quant au grief du recourant qui reproche à l'intimée de ne lui avoir adressé aucun avertissement suite à sa première violation des conditions d'assurance PREMEDI-24, il tombe à faux.

La Cour de céans constate que l'intimée a malgré tout pris en charge les consultations tant auprès des Drs M\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ que les médicaments et les séances de physiothérapie prescrits par ces médecins, sous déduction de la quote-part due par le recourant, et qu'aucune demande de restitution n'a été envisagée par l'intimée.

Certes, l'exclusion de l'assuré de l'assurance PREMEDI-24 et son transfert dans l'assurance obligatoire des soins ordinaire avec effet au 1<sup>er</sup> mai 2010 a eu pour conséquence une augmentation de ses primes d'assurance mensuelles de 25 fr. 70.

Cependant, tant la jurisprudence que les auteurs de doctrine admettent qu'il n'existe un devoir de renseigner au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA que dans l'hypothèse où le droit aux prestations des personnes assurées est touché.

Il convient de relever que les primes payées par le recourant font partie de la source de financement de l'assurance-maladie sociale. Il ne s'agit nullement de prestations, telles que prévues par les art. 25ss LAMal, lesquelles fixent de manière exhaustive le catalogue des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (art. 34 al. 1 LAMal). Le fait que les primes du recourant aient été augmentées ne saurait dès lors être considéré comme une diminution de prestations, étant précisé qu'il bénéficiait d'un rabais de primes grâce à sa conclusion de l'assurance PREMEDI-24, laquelle est une forme particulière d'assurance impliquant une obligation pour les personnes assurées de contacter le service-conseil de l'assurance avant de se rendre chez le médecin, obligation que le recourant a violée en tous les cas à deux reprises.

Dans la mesure où le recourant n'a pas perdu, en l'espèce, son droit aux prestations découlant de la LAMal, il doit être admis que l'intimée n'avait pas d'obligation légale de le mettre en garde avant de procéder à son exclusion, ce d'autant moins qu'une telle obligation de renseigner n'est pas non plus prévue par les conditions d'assurance de l'intimée.

7. Pour le surplus, le recourant soutient que l'exclusion de l'assurance PREMEDI-24 est une mesure disproportionnée.

Outre le fait que le recourant ne précise pas en quoi cette mesure serait disproportionnée, on ne voit pas bien quelle autre mesure aurait pu être prise à son encontre, attendu que l'intimée ne pouvait prendre de mesure touchant aux prestations, lesquelles sont garanties par la LAMal.

8. Eu égard aux considérations qui précèdent, la Cour de céans constate que c'est à juste titre que l'intimée a fait application de l'art. 10 de ses conditions d'assurance et transféré le recourant de PREMED-24 à l'assurance obligatoire des soins ordinaire. Le recours sera dès lors rejeté.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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