REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3703/2007 **ATAS/23/2008**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 15 janvier 2008

En la cause

Monsieur B_____, domicilié au PETIT-LANCY recourant

contre

PHILOS CAISSE MALADIE-ACCIDENTS SECTION AMBB, sise avenue du Casino 13, 1820 MONTREUX intimée

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine BULLIARD, Juges assesseurs

Attendu en fait que Monsieur B_____ est affilié auprès de PHILOS CAISSE MALADIE ET ACCIDENTS (ci-après la caisse-maladie) ;

Que le 20 novembre 2006, l'assuré a informé la caisse-maladie qu'il entendait résilier son contrat vu l'augmentation de la nouvelle prime 2007 ;

Que la caisse-maladie a dirigé des réquisitions de poursuite contre l'assuré pour la somme totale de 2'974 fr. 80, représentant les primes d'assurance restées impayées du 1er janvier au 31 décembre 2006 ;

Que par courrier du 24 septembre 2007, l'assuré a sollicité l'intervention du Tribunal de céans auprès de la caisse-maladie ; qu'il ne comprend pas pour quelle raison, alors qu'il a résilié son contrat, la caisse-maladie persiste à lui réclamer le paiement de primes ;

Qu'invitée à se déterminer, la caisse-maladie a relevé qu'elle n'avait rendu aucune décision sur opposition en 2007 s'agissant du recouvrement des primes 2006 ; qu'elle conclut dès lors à la radiation de la cause du rôle ;

Que le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties le 13 novembre 2007 ; que l'assuré a affirmé être bénéficiaire de l'Office cantonal des personnes âgées (ci-après OCPA) ; que cet office prend en charge l'intégralité de ses primes LAMal ;

Qu'il a du reste produit une attestation de fin de droit établie par l'OCPA le 24 octobre 2006, aux termes de laquelle son droit aux subsides est échu dès le 31 octobre 2006, qu'il a également communiqué au Tribunal de céans copie d'un courrier adressé par l'OCPA au Service de l'assurance-maladie le 14 août 2002, attestant de son droit aux subsides depuis le 1er septembre 2001, ainsi qu'une décision sur opposition rendue par l'OCPA le 26 janvier 2006 reconnaissant le droit de sa fille et de lui-même aux prestations complémentaires ;

Que renseignements pris auprès de l'OCPA le 14 novembre 2007, il s'avère que l'OCPA a bel et bien pris en charge les primes d'assurance-maladie de l'assuré du 1er janvier au 31 octobre 2006 ;

Que par courrier du 14 décembre 2007, la caisse-maladie a confirmé qu'elle avait procédé aux rectifications nécessaires du décompte de primes dues par l'assuré ; qu'elle a par ailleurs requis l'annulation des poursuites y relatives ;

Que ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger :

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

générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) ;

Que sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie ;

Qu'aux termes de l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours ; que le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition :

Qu'en l'espèce, aucune décision sur opposition n'a été rendue par la caisse-maladie :

Que le courrier de l'assuré ne peut cependant pas être considéré comme un recours pour déni de justice ; qu'en effet, celui-ci ne sollicite pas de la caisse-maladie qu'elle lui notifie une décision formelle ; qu'il se borne à dire qu'il ne comprend pas pourquoi la caisse-maladie n'a pas pris note de la résiliation de son contrat et a persisté à lui réclamer le paiement des primes 2006 ;

Qu'en l'occurrence, il s'avère que les primes dues à la caisse-maladie de janvier à octobre 2006 sont prises en charge par l'OCPA ;

Que la caisse-maladie en a pris bonne note ;

Que la cause doit quoi qu'il en soit être rayée du rôle, faute de décision ;

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

1. Constate que l'action de l'assuré est sans objet.

2. Raye la cause du rôle.

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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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