RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4620/2019 **ATAS/126/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 février 2021

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____et Madame B_____, domiciliés C_____, à LE GRAND-SACONNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN	recourants

contre

HELSANA ASSURANCES SA, sise Zürichstrasse 130, DÜBENDORF	intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Par signature du 28 octobre 2011, Monsieur A_____(ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1964, s'est affilié lui-même et son épouse (« personne à assurer »), Madame B_____ (ci-après : l'assurée, l'intéressée ou la recourante), née en 1980, indiquant qu'ils étaient tous deux domiciliés à la route D_____, 1213 Petit-Lancy, auprès de Helsana Assurances SA (ci-après : la caisse-maladie ou l'intimée) à l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), dans le modèle d'assurance BeneFIT Plus, avec effet au 1er janvier 2012.

2. À teneur de l'art. 10 – intitulé « primes » – des conditions d'assurance BeneFit Plus, « forme particulière d'assurance de l'assurance obligatoire des soins » (ci-après : CA) – édition au 1er juillet 2016 –, si le rapport d'assurance débute ou se termine au cours du mois civil, les primes sont dues au jour près (ch. 1). Les primes sont en règle générale perçues chaque mois. Elles doivent être payées d'avance et sont échues le premier jour de chaque mois. Si d'autres périodes de paiement ont été convenues, les primes sont échues le premier jour de la période correspondante (ch. 2). Lorsque la prime n'a pas été réglée, un rappel est envoyé à la personne assurée pour l'avertir des conséquences du retard. Un délai supplémentaire lui est alors octroyé pour qu'elle puisse s'acquitter des primes en retard. Si aucun paiement n'est intervenu à l'issue de ce délai, les primes sont encaissées par voie de poursuite (ch. 3).

3. Par écrit du 2 mars 2012, faisant suite à une question de la caisse-maladie, le service de l'assurance-maladie (ci-après : SAM) a informé celle-ci que la dernière adresse connue de l'assurée fournie par l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après : OCPM) était à la rue E_____, 1218 Grand-Saconnex.

4. Dès lors, la caisse-maladie a adressé à l'intéressé, aussi pour son épouse, et à ladite adresse, ses courriers destinés aux époux assurés, ce toujours par plis simples.

   Il est incontesté et incontestable que l'époux a, durant toute la période litigieuse, représenté son épouse.

5. Par lettre du 15 mai 2014, reçue le 19 mai suivant par la caisse-maladie, l'assurée, indiquant comme adresse la rue E_____, a rappelé qu'elle avait résilié son assurance accidents par courrier du 19 novembre 2013 et, se plaignant de ce qu'elle continuait sa police et les factures avec l'assurance accidents, a réitéré cette résiliation.

6. À tout le moins au second semestre 2014, les primes des époux intéressés se montaient à CHF 774.20, soit CHF 401.25 pour le mari et CHF 372.95 pour l'épouse.

   Par ailleurs, et comme pour les années suivantes, les factures de prime requéraient le paiement au premier jour du mois pour lequel la prime était due.

7. Par facture du 7 juin 2014 (décompte 1_____), la caisse-maladie a, pour les primes corrigées du couple pour janvier à juin 2014 (CHF 2'237.70, concernant l'épouse) et compte tenu d'une « ristourne sur primes » (CHF 2'407.50), ainsi que pour juillet 2014 (CHF 774.20), réclamé aux époux assurés le solde de CHF 604.40, à payer d'ici au 1er juillet 2014, ce qui a été suivi d'un « rappel de paiement » du 17 août 2014 et d'un « rappel » du 21 septembre 2014, ce dernier ajoutant à charge des frais administratifs (CHF 40.-).

   Il est précisé que ledit « rappel » du 21 septembre 2014, à l'instar des autres « rappels », contenait, avant le calcul du montant réclamé, le texte suivant : « Notre facture du 17 août 2014 vous a peut-être échappé. Nous vous invitons toutefois à consacrer quelques minutes à notre facture. [À la ligne] N'hésitez pas à nous contacter par téléphone pour toute question ou renseignement supplémentaire. Nous vous invitons à effectuer le paiement intégral du montant dû d'ici au 9 octobre 2014 au plus tard. [À la ligne] Dans le cas où vous auriez entretemps réglé le montant, nous vous remercions de ne pas tenir compte du présent courrier ». Après le calcul du montant réclamé : « Remarque important. [À la ligne] Assurance obligatoire des soins selon la LAMal. [À la ligne] Après l'écoulement du délai imparti, les primes ou les participations aux frais devront être recherchées, y compris les intérêts et les frais de poursuite, dans le cadre d'une procédure d'exécution forcée. Une poursuite sera par conséquent introduite. [À la ligne] En cas de non-paiement à l'échéance du rappel des frais de traitement vous seront facturés en sus ».

8. Par courrier du 5 juillet 2014 (décompte 2_____), la caisse-maladie a facturé les primes des époux intéressés pour août 2014.

   Par écrit du 2 août 2014 (décompte 3_____), elle en a fait de même pour septembre 2014.

   Ces deux factures ont été suivies d'un « rappel de paiement » du 21 septembre 2014 requérant le versement de la somme de CHF 1'548.40, correspondant à l'additions des primes d'août et septembre 2014 de chaque conjoint, dans un délai au 9 octobre 2014, avec pour texte, de manière similaire autres « rappels », avant l'énoncé des montants : « Nous vous avons envoyé une facture le 5 juillet 2014. La transmission du courrier prend parfois plus de temps que prévu ou, dans l'agitation quotidienne, l'enveloppe reste cachetée et non envoyée plusieurs jours. [À la ligne] Nous vous prions de bien vouloir vous acquitter du montant dû d'ici au 9 octobre 2014. [À la ligne] Dans le cas où vous auriez entretemps réglé le montant, nous vous remercions de ne pas tenir compte du présent courrier » ; après l'énoncé des montants : « Nous vous remercions d'avance pour votre versement dans les délais. Des frais de traitement seront facturés pour tout rappel ultérieur ».

   Il ne ressort ni du dossier ni des allégations des parties qu'ensuite, il y aurait eu un « rappel » concernant les primes de septembre 2014, ni que les primes d'août 2014 auraient fait l'objet d'un « rappel » et/ou d'un « dernier rappel ».

Aucun « rappel » ne figure au dossier concernant les primes d'août et de septembre 2014.

9. Le 30 août 2014, la caisse-maladie a adressé aux époux assurés une facture de primes pour octobre 2014 de CHF 774.20, puis, le 19 octobre 2014, un « rappel de paiement », avec délai au 6 novembre 2014, et, le 16 novembre 2014, faute de paiement, un « rappel » à verser ledit montant plus des frais administratifs (CHF 40.-) dans un délai au 4 décembre 2014.

10. Le 4 octobre 2014 (décompte 4_____), elle a facturé aux intéressés la somme de CHF 774.20 au titre des primes de novembre 2014, facture suivie d'un « rappel de paiement » du 16 novembre 2014, avec délai au 4 décembre 2014, puis d'un « rappel » du 21 décembre 2014, comprenant aussi des frais administratifs (CHF 40.-), avec délai de paiement au 8 janvier 2015.

11. Par « dernier rappel » du 27 octobre 2014, la caisse-maladie a exigé le versement de la somme de CHF 1'514.-, comprenant les « primes Jan. 14 au Jul. 14, Sep. 14 LAMal » (CHF 1'378.60), ainsi que les intérêts de retard (CHF 15.70), les frais de rappel (CHF 40.-) et de contentieux (CHF 80.-).

    Avant l'indication des montants, qui faisaient l'objet d'un bulletin de versement en page 2, était écrit : « Malgré plusieurs rappels, nous constatons que vous n'avez toujours pas payé le solde de notre facture. [À la ligne] Si dans un délai de 30 jours vous ne vous êtes toujours pas acquitté(s) de cette somme, nous serons tenus de réclamer notre dû par voies légales. Une poursuite implique des frais supplémentaires à votre charge. Nous vous invitons à éviter cette mesure désagréable et vous remercions d'effectuer votre paiement dans les plus brefs délais ». Après l'indication des montants : « En cas de question relative à cette sommation, nous vous prions de nous contacter au plus vite ».

12. Par facture du 1er novembre 2014 (décompte 5_____), la caisse-maladie a requis le versement des primes de décembre 2014 du couple à concurrence de CHF 774.20 dans un délai au 1er décembre 2014, suivie d'un « rappel de paiement » du 21 décembre 2014 avec délai de versement au 8 janvier 2015.

    Il ne ressort ni du dossier ni des allégations des parties que les primes de décembre 2014 auraient fait ensuite l'objet d'un « rappel » et/ou d'un « dernier rappel ».

13. Par lettres recommandées du 25 novembre 2014, reçues le 28 novembre suivant par la caisse-maladie, les époux assurés, indiquant l'adresse de la rue C_____ au Grand-Saconnex, ont, chacun séparément, communiqué à celle-ci la résiliation au 31 décembre 2014 de leur assurance obligatoire des soins selon la LAMal, avec la précision que leur nouvel assureur prendrait contact avec elle dans les meilleurs délais, afin qu'il n'y ait pas d'interruption dans la couverture d'assurance-maladie.

14. Par courriers envoyés sous plis simples le 3 décembre 2014 à l'assuré, l'un concernant lui-même et l'autre son épouse comme « personnes assurées », la

caisse-maladie a indiqué avoir pris connaissance de ces résiliations et avoir procédé aux changements souhaités.

Référence était faite au document annexé « Détails concernant votre résiliation », qui, sous « Assurance obligatoire des soins », indiquait ce qui suit :

« Nous attirons votre attention sur le fait que nous ne pourrons résilier votre assurance obligatoire des soins BASIS selon la LAMal, à partir du 31.12.2014, que si nous sommes en possession d'une attestation d'assurance de votre nouvel assureur-maladie (la police d'assurance ne tient pas lieu d'assurance).

Conformément à la [LAMal] (LAMal art. 64a al. 6) et [l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102)] (OAMal art. 105), nous vous informons que la résiliation de l'assurance obligatoire des soins BASIS selon la LAMal ne devient effective que s'il ne subsiste aucun arriéré de paiement au moment où le contrat prend fin ».

15. Le 10 décembre 2014, Assura-Basis SA (ci-après : Assura) a transmis à la caisse-maladie les noms et coordonnées de ses nouveaux assurés selon la LAMal, dont ceux de l'intéressé et de l'intéressée.

16. Par pli du 5 janvier 2015, avec notamment la précision « paiement pris en compte au 5 janvier 2015 », la caisse-maladie a adressé aux époux assurés une facture corrective (« nouveau bulletin de versement ») indiquant un montant à leur charge de CHF 694.20, à régler d'ici au 4 février 2015.

    Cette somme résultait de l'addition des primes des époux assurés de novembre 2014 de CHF 372.95 et CHF 401.25 au 4 octobre 2014 (décompte 4_____), moins les « primes » de janvier à décembre 2014 à hauteur de CHF 480.- pour chacun des époux au 6 décembre 2014, plus les montants de CHF 115.60, CHF 604.40, CHF 80.- et CHF 80.- pour les « primes » de janvier à décembre 2014 au 5 janvier 2015 (décompte 6_____).

17. Le 6 janvier 2015, la caisse-maladie a adressé aux époux assurés un « dernier rappel » pour la « prime Sep. 14 LAMal », créance réclamée à hauteur de CHF 1'378.60, plus l'intérêt de retard à 5 % du 5 août 2014 au 6 janvier 2015 (CHF 28.80), les frais de rappel (CHF 40.-) et de contentieux (CHF 40.-), « après déduction du, des paiement(s) / compensation(s) » de CHF 800.-, d'où un bulletin de versement pour CHF 727.40. Le « dernier paiement/compensation du 05.01.2015 » était « pris en considération pour ce dossier ».

    Pour le reste, les indications étaient similaires à celles contenues dans le « dernier rappel » du 27 octobre 2014, citées plus haut.

18. Par lettres du 9 janvier 2015, la caisse-maladie a informé les époux assurés et Assura que la résiliation par ceux-là n'était pas valable en l'absence de l'acquittement de toutes les factures, précisant aux intéressés que s'ils désiraient changer d'assureur, ils devaient lui adresser une nouvelle lettre de résiliation pour la prochaine échéance, la condition restant qu'il n'y ait plus de factures ouvertes.

19. Par courriers rédigés en allemand du 3 février 2015 concernant séparément chacun des époux assurés avec copie pour information aux concernés, Assura a fait part à la caisse-maladie, d'une part, de ce qu'elle avait pris note de ce que celle-ci était tenue de maintenir les intéressés assurés auprès d'elle conformément à l'art. 64a al. 6 LAMal et, d'autre part, de ce qu'elle-même leur avait signifié l'annulation de leur contrat conclu avec elle.

20. Le 23 février 2015, la caisse-maladie a adressé aux époux intéressés un « dernier rappel » pour les « primes Jan. au Déc. 14 LAMal », créance réclamée à hauteur de CHF 2'927.-, plus l'intérêt de retard à 5 % du 10 novembre 2014 au 23 février 2015 (CHF 41.95), les frais de rappel (CHF 40.-) et de contentieux (CHF 40.-), « après déduction du, des paiement(s) / compensation(s) » de CHF 960.-, d'où un bulletin de versement pour CHF 2'185.95. Le « dernier paiement/compensation du 05.01.2015 » était « pris en considération pour ce dossier ».

    Pour le reste, les indications étaient similaires à celles contenues dans le « dernier rappel » du 27 octobre 2014, citées plus haut.

21. Par lettre du 30 mars 2015 de leur mandataire Association suisse des assurés (ci-après : ASSUAS), les époux assurés ont demandé à la caisse-maladie de revoir sa position et d'annuler leur assurance obligatoire auprès d'elle au 1er janvier 2015.

    Selon leurs allégations, après leur résiliation adressée le 25 novembre 2014 à la caisse-maladie, Assura leur avait confirmé qu'elle avait contacté à fin 2014 celle-ci, laquelle lui avait répondu qu'ils étaient autorisés à changer d'assurance au 31 décembre 2014.

    Après son courrier du 3 décembre 2014, la caisse-maladie leur avait écrit le 6 décembre 2014 qu'à la suite d'une correction de leurs primes de 2014, ils bénéficiaient d'un solde de CHF 960.- en leur faveur, qui devait être compensé avec les futures primes de 2015. Or les intéressés ne pouvaient pas bénéficier du remboursement du solde en leur faveur par la compensation de leurs primes 2015 puisqu'ils devaient quitter la caisse-maladie au 31 décembre 2014. Il leur fallait donc un décompte corrigé avant cette date, tenant compte du solde de CHF 960.- en leur faveur, afin qu'ils puissent s'acquitter de leurs arriérés de paiement dans le délai. Cependant, la caisse-maladie ne leur avait adressé aucun décompte corrigé pour les arriérés de paiement 2014.

    Par courrier du 12 décembre 2014, les époux assurés avaient alors demandé à la caisse-maladie un nouveau décompte pour le solde des factures de 2014 encore ouvertes. Celle-ci ne leur avait toutefois communiqué un tel décompte que par son pli du 5 janvier 2015.

    Par ailleurs, sous l'angle de l'obligation des assureurs-maladie de renseigner et conseiller les assurés en vertu de l'art. 27 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), les intéressés avaient été empêchés d'exercer leur droit au libre choix pour l'assurance obligatoire des soins en 2015 et se retrouvaient en outre assurés à double.

22. Par courriel du 21 mai 2015 faisant suite à une demande du même jour formulée par téléphone de la caisse-maladie, l'ASSUAS a transmis à cette dernière une copie du courrier du 12 décembre 2014 susmentionné, par lequel l'intéressé, au nom de lui-même et de son épouse, demandait à la caisse-maladie de leur envoyer le décompte détaillé de leur solde d'assurance-maladie à lui verser au 31 décembre 2014, afin d'effectuer le paiement de ce solde en un unique versement.

    Par courriel du 22 mai 2015, la caisse-maladie a sollicité de l'ASSUAS la transmission de son propre courrier du 5 janvier 2015 (mentionné dans la lettre de celle-ci du 30 mars 2015), dont elle n'avait malheureusement aucune trace.

    Par courriel du 26 mai 2015, l'ASSUAS a répondu à cette demande en communiquant à la caisse-maladie une copie de la lettre que cette dernière avait adressée le 5 janvier 2015 aux intéressés.

23. Par courrier du 2 juin 2015 mentionnant l'intéressé comme débiteur et avec pour « motif de la créance » les « primes Jan. 14 au Déc. 14 LAMal », la caisse-maladie a répondu à la lettre de l'ASSUAS du 30 mars 2015 qu'elle avait malheureusement dû constater que le courrier des assurés du 12 décembre 2014 n'avait jamais été enregistré auprès d'elle. Par conséquent, elle n'avait pas pu lui fournir le décompte détaillé désiré. Sa lettre du 5 janvier 2015 n'était donc pas une réponse audit courrier du 12 décembre 2014, mais plutôt la correction de la prime de novembre 2014 à la suite de l'enregistrement du subside.

    De ce fait, la caisse-maladie accordait à l'intéressé le bénéfice du doute concernant l'envoi de son courrier du 12 décembre 2014, ce dernier s'étant « peut-être égaré dans les méandres de la poste ». Pour ce motif, elle était disposée à accepter la résiliation rétroactive de son contrat LAMal et de celui de son épouse au 31 décembre 2014 moyennant le paiement des arriérés de primes 2014 d'ici au 30 juin 2015, pour le montant de CHF 2'232.90 figurant dans l'extrait de compte et le bulletin de versement annexés. Devaient de plus être fournies les attestations du nouvel assureur valable dès le 1er janvier 2015 pour chacun des époux assurés. Faute d'entrée dudit paiement et de la remise desdites attestations dans le délai précité, la caisse-maladie ne pourrait pas procéder à la résiliation.

    Les intéressés étaient rendus attentifs au fait qu'une procédure de poursuite était en cours concernant le présent dossier contentieux. À ce jour, l'office des poursuites (ci-après : OP) ne lui avait pas encore communiqué le montant des frais de poursuites.

    À teneur de l'extrait de compte annexé, qui a été produit par les époux intéressés, établi le 2 juin 2015 et concernant les deux assurés, les primes de janvier à décembre 2014 se montaient à douze fois CHF 694.20, soit au total CHF 8'330.40. Étaient ensuite mentionnés, comme encore dus, les « prestations » (CHF 27.30 au total) et les « frais administratifs et intérêts » (CHF 238.60). Sous « paiements enregistrés » figuraient les primes de janvier, février, mars, avril, mai et juin 2014 à concurrence de CHF 802.50 chacune (paiements enregistrés les 13 février, 11 juin,

11 juin, 16 juin, 31 juillet, respectivement 12 août 2014), ainsi que les primes d'août et octobre 2014 à hauteur de CHF 774.20 chacune (paiements enregistrés les 25 septembre, respectivement 16 décembre 2014), ces deux dernières ayant été payées les 25 septembre et 16 décembre 2014, soit une somme totale payée de CHF 6'363.40. Étaient « impayées en détail » en particulier la « prime » de septembre 2014 pour CHF 578.60 (« solde »), la « prime » de décembre 2014 pour CHF 694.20 et la « prime » de novembre 2014 pour ce même montant.

24. Le versement requis du montant de CHF 2'232.90 précité, payé le 29 juin 215 au guichet postal, est parvenu à la caisse-maladie le 1er juillet 2015, mais aucune attestation du nouvel assureur n'a été fournie.

25. Par communication du 9 mars 2016 en réponse à la demande de la caisse-maladie, le SAM a indiqué à celle-ci que le domicile de l'intéressée était à la rue C_____, 1218 Grand-Saconnex.

26. Depuis lors, la caisse-maladie a adressé ses courriers concernant les époux assurés à la rue C_____.

27. À teneur d'une note établie en allemand le 13 mai 2016 par un collaborateur de la caisse-maladie et relative à un récent entretien téléphonique avec un conseiller de l'ASSUAS, ledit collaborateur comprenait l'incompréhension du conseiller que les époux intéressés étaient encore assurés auprès d'elle, supposait que l'attestation d'assurance manquait encore et estimait que le conseiller devait la lui transmettre, après quoi le contrat serait résilié rétroactivement comme convenu. Suivaient ces termes (traduction libre) : « OK, il va me la transmettre par courriel. Veuillez prendre note que, sur la base de notre communication, Assura a annulé définitivement le contrat. [À la ligne] Oui, je comprends cela. Nous allons tout faire à nouveau rétroactivement et informer Assura. [À la ligne] Parfait. C'est vraiment très important pour lui ».

    Par courriel envoyé à la caisse-maladie le même 13 mai 2016, quelques minutes après ledit entretien téléphonique et en référence à ce dernier ainsi qu'au courrier de celle-ci du 2 juin 2015, le conseiller de l'ASSUAS a joint « copie des polices d'assurances obligatoires des soins Assura de [l'intéressé] et [son épouse] dès le 1er janvier 2015, comme convenu ».

    Par courriel du 17 mai 2016, un « spécialiste contentieux spécialisé » de la caisse-maladie a répondu avoir transmis ce courriel du 13 mai précédent « à notre service des résiliations pour le traitement » puis « Vous recevrez une confirmation directement de leur part ».

28. Une telle résiliation, avec changement d'assureur, n'est toutefois pas intervenue.

29. Les primes de novembre 2016 des époux assurés, de CHF 923.- (CHF 478.40 pour l'époux et CHF 444.60 pour l'épouse), ont fait l'objet d'une facture du 24 septembre 2016, puis d'un « rappel de paiement » du 19 novembre 2018, d'un « rappel » du 17 décembre 2016, plus frais de rappel de CHF 40.-, enfin d'un

« dernier rappel » du 9 janvier 2017, avec frais de rappel (CHF 80.-) et intérêts moratoires de 5 % (CHF 8.85) (pour le 8 février 2017), sous peine de démarches judiciaires. Il en est allé de même pour les primes de décembre 2016 : facture du 30 octobre 2016, « rappel de paiement » du 17 décembre 2016 et « rappel » du 9 janvier 2017, enfin « dernier rappel » du 4 février 2017 (pour le 6 mars 2017), avec les mêmes conséquences indiquées et les mêmes frais de rappel et intérêts moratoires que pour les primes de novembre 2016.

Pour les primes de janvier, février et mars 2017, de CHF 968.- (CHF 501.75 pour le mari et CHF 466.25 pour l'épouse) ont été adressés aux époux intéressés des factures les 4 décembre 2016, 8 janvier 2017, respectivement 28 janvier 2017, puis des « rappels de paiement » les 21 janvier 2017, 18 février 2017, respectivement 18 mars 2017, des « rappels » les 18 février 2017, 18 mars 2017, respectivement 15 avril 2017, enfin des « derniers rappels » les 18 mars 2017 (avec délai au 17 avril 2017), 15 avril 2017 (avec délai au 15 mai 2017), respectivement 13 mai 2017 (avec délai au 12 juin 2017), avec des intérêts moratoires (CHF 10.50) et des frais de rappel (CHF 80.-) pour chacun des mois de janvier, février et mars 2017.

Par « sommation » du 19 juin 2017, « malgré plusieurs rappels », la caisse-maladie a exigé des époux assurés le paiement, dans un délai de sept jours, d'une somme totale de CHF 5'260.30 pour les primes de novembre 2016 à mars 2017, soit CHF 2'462.054 concernant le mari et CHF 2'287.95 concernant l'épouse, plus les frais de rappel de CHF 400.- et les intérêts moratoires de CHF 110.30.

Cette sommation a, pour ces mêmes primes, été suivie d'une réquisition de poursuite le 17 juillet 2017, puis d'une décision rendue le 20 septembre 2017 de mainlevée d'opposition du commandement de payer, dans le cadre de la poursuite n° 7_____, concernant laquelle un service de la caisse-maladie a, par écrit du 20 novembre 2017, fait part à un autre service de ce qu'il n'y avait pas eu d'opposition contre cette décision de mainlevée.

S'en est suivie une réquisition de continuer la poursuite adressée le 4 janvier 2018 à l'OP.

30. Parallèlement, entre le 28 février et le 9 novembre 2017, les poursuites pour les primes selon la LAMal de janvier 2015 à octobre 2016 ont fait l'objet de procès-verbaux de saisie par l'OP, servant à la caisse-maladie d'actes de défaut de biens.

31. Entretemps, par pli du 13 mars 2017 d'un avocat constitué par procuration du 8 mars précédent, l'assuré a fait part à la caisse-maladie de ce que, comme requis par la lettre de cette dernière du 2 juin 2015, il avait payé la somme de CHF 2'233.90 le 29 juin 2015 selon récépissé postal produit, mais que néanmoins, depuis cette date, elle le poursuivait pour le recouvrement des primes, avec des poursuites qui avaient abouti à la délivrance d'actes de défaut de biens.

32. Par courrier du 15 mars 2017 rédigé en allemand, la caisse-maladie a indiqué à Assura devoir accepter la résiliation de la police des époux assurés rétroactivement au 31 décembre 2014 en raison des plaintes de ceux-ci, son courrier concernant

l'art. 64a al. 6 LAMal n'étant pas correct, et a demandé à cet assureur-maladie de réactiver les contrats des époux rétroactivement au 1er janvier 2015.

33. Le 18 avril 2017, Assura a répondu à la caisse-maladie ne pas pouvoir revenir sur l'annulation du contrat de l'assuré auprès d'elle au 1er janvier 2015 à la suite du courrier de la caisse-maladie du 9 janvier 2015 l'informant du maintien de son affiliation en application de l'art. 64a LAMal, et donc ne pas entrer en matière pour une affiliation rétroactive, tout en étant à disposition de l'intéressé pour lui adresser une offre afin qu'il puisse la rejoindre au 1er janvier 2018. Il incombait à la caisse-maladie de réactiver le contrat de l'assuré au 1er janvier 2015.

34. Par lettre en français du 15 mai 2017, la caisse-maladie a fait part au conseil des époux assurés de ce qu'en réponse à leur demande de résiliation rétroactive au 31 décembre 2014, elle maintenait leur affiliation auprès d'elle.

    En effet, l'intéressé n'avait pas respecté les conditions qu'elle avait stipulées dans son courrier du 2 juin 2015, à savoir, en plus de l'acquittement du montant de CHF 2'232.90 dans le délai imparti, la fourniture de nouvelles attestations d'Assura valables dès le 1er janvier 2015 pour lui-même et son épouse, l'attestation fournie le 10 décembre 2014 par Assura étant devenue nulle par l'envoi du courrier d'annulation d'affiliation de cette dernière du 3 février 2015.

    Une copie de la « décision » d'Assura était communiquée aux intéressés.

35. Le 22 mai 2017, l'assuré a fait l'objet de soins aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), dont la facture a été réglée par la caisse-maladie.

36. Par « sommation » du 19 juin 2017, « malgré plusieurs rappels », la caisse-maladie a exigé des époux assurés le paiement, dans un délai de sept jours, d'une somme totale de CHF 5'260.30 pour les primes de novembre 2016 à mars 2017, soit CHF 2'462.05 concernant le mari et CHF 2'287.95 concernant l'épouse, plus les frais de rappel de CHF 400.- et les intérêts moratoires de CHF 110.30.

37. a. Les primes des époux assurés de décembre 2017, moins CHF 70.- de « réduction cantonale des primes », ont fait l'objet d'une facture le 4 novembre 2017, d'un « rappel de paiement » le 16 décembre 2017, d'un « rappel » le 13 janvier 2018, d'un « dernier rappel » (incluant les frais de rappel de CHF 80.- et les intérêts moratoires de CHF 8.75) le 10 février 2018 (avec un délai au 12 mars 2018)

    Pour les primes d'une part de janvier (corrigée) et février 2018 et d'autre part de mars 2018, de CHF 517.90 moins la « réduction cantonale des primes » de CHF 30.- pour le mari et CHF 481.20 pour l'épouse, ont été adressés aux époux intéressés des factures les 6 janvier et 3 février 2018, des « rappels de paiement » les 10 février et 17 mars 2018, des « rappels » les 17 mars et 14 avril 2018, des « derniers rappels » les 14 avril et 12 mai 2018 (avec délais aux 14 et 11 juin 2018).

    b. S'agissant de l'intéressé seul, pour les primes d'avril (corrigée) et mai, respectivement juin 2018, ont été adressés des factures les 4 avril et 5 mai 2018, des « rappels de paiement » les 12 mai et 16 juin 2018, des « rappels » les 9 juin et

14 juillet 2018, des « derniers rappels » les 7 juillet et 11 août 2018 (avec délais aux 6 août et 10 septembre 2018).

Les primes de juillet, août, septembre, octobre, novembre et décembre 2018, respectivement janvier 2019 ont, pour le mari seul, fait l'objet de factures le 2 juin, 4 juillet, 4 août, 5 septembre, 7 octobre, 3 novembre et 9 décembre 2018, de « rappels de paiement » les 21 juillet, 18 août, 24 septembre, 21 octobre, 17 novembre 2018, 12 et 19 janvier 2019, de « rappels » les 18 août, 24 septembre, 21 octobre, 17 novembre, 14 décembre 2018, 9 et 16 février 2019, de « derniers rappels » les 24 septembre, 21 octobre, 17 novembre, 14 décembre 2018, 12 janvier, 9 et 17 mars 2019.

c. Concernant l'assurée seule, pour les primes d'avril et mai, respectivement juin 2018, ont été adressés des factures les 4 avril et 4 mai 2018, des « rappels de paiement » les 19 mai et 16 juin 2018, des « rappels » les 16 juin et 14 juillet 2018, des « derniers rappels » les 14 juillet et 11 août 2018 (avec délais aux 6 août et 10 septembre 2018). Pour les primes d'avril à mai 2018, au montant encore impayé, a encore été adressé à l'intéressée un « rappel » le 20 août 2018, avec délai de paiement dans les vingt jours.

La prime de juillet 2018 a, pour l'épouse seule, fait l'objet d'une facture le 2 juin 2018, d'un « rappel de paiement » le 21 juillet 2018, d'un « rappel » le 18 août 2018 et d'un « dernier rappel » le 24 septembre 2018.

38. Par courrier du 8 juin 2018 rédigé par un nouveau conseil constitué par procuration signée la veille par l'époux – avocat dont émane l'ensemble des courriers postérieurs des intéressés –, les époux intéressés ont exigé de la caisse-maladie que, conformément à l'art. 7 al. 6 LAMal, le montant des primes dues pour les années 2015 à 2018 soit ramené à la hauteur de celles qu'ils auraient payées à Assura si le changement d'assureur avait pu se faire normalement au 31 décembre 2014.

L'intéressé alléguait avoir refusé jusqu'ici de régler les primes que la caisse-maladie lui facturait depuis janvier 2015, considérant qu'elle était responsable de la situation litigieuse.

Au plan juridique, il n'était pas établi qu'il était en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 LAMal au 31 décembre 2014, la caisse-maladie étant ainsi priée de lui communiquer tous les éléments propres à le démontrer.

Par ailleurs, bien que la caisse-maladie avait informé l'assuré à réception de la résiliation de 2014 que cette dernière ne deviendrait effective que s'il ne subsistait aucun arriéré de paiement au 31 décembre 2014, aucun décompte ni facture ne lui avaient été adressés pour l'informer de son état de compte. Inquiet de la situation, l'intéressé avait adressé à la caisse-maladie un courrier du 12 décembre 2014 lui réclamant ce décompte, mais celle-ci n'avait réagi que le 5 janvier 2015, soit bien tardivement, et encore en lui faisant parvenir un correctif de primes. Partant, la caisse-maladie avait manqué à son devoir de l'informer complètement, alors qu'elle ne pouvait pas ignorer l'importance des enjeux, et avait engagé sa responsabilité du

fait de ne pas l'avoir mis en mesure de régler l'arriéré, par la remise d'un décompte et d'un bulletin de versement, et ainsi d'avoir rendu impossible le changement d'assureur.

Les actes de défaut de biens délivrés dans cette affaire à l'encontre de l'assuré, l'un pour les primes de janvier 2015 à janvier 2016 et l'autre pour les primes de janvier à juillet 2015, recouvraient deux fois la même période, ce qui n'était pas autorisé.

39. Par pli du 14 juin 2018, la caisse-maladie a répondu que dans la lettre informant l'assuré des conditions pour qu'il puisse sortir de son affiliation, elle n'était pas obligée d'annexer les factures impayées, la question de savoir s'il y avait encore des arriérés étant de la responsabilité du client.

    Selon les actes de défaut de biens, l'intéressé n'avait pas reçu une poursuite pour les mêmes factures.

    L'assuré ayant demandé une séparation du contrat avec effet au 1er avril 2018, une procuration pour son épouse était sollicitée si des informations relatives au contrat de cette dernière étaient utilisées.

40. Par écrit du 26 juin 2018, l'avocat des époux assurés a transmis à la caisse-maladie une procuration en sa faveur signée le 21 juin 2018 par l'épouse et a contesté les arguments énoncés le 14 juin 2018 par la caisse-maladie, y compris l'allégation selon laquelle l'assuré lui aurait demandé « de faire une séparation du contrat avec effet au 1er avril 2018 », qui ne reposait pas sur une preuve documentaire.

41. Par lettre du 11 juillet 2018, la caisse-maladie a répondu que l'assuré avait utilisé sa carte d'assurance pendant la période durant laquelle il estimait ne pas lui avoir été affilié, ce qui était contradictoire et impliquait implicitement qu'il avait conscience d'être bien assuré auprès d'elle et de vouloir bénéficier de son droit aux prestations.

    Elle a par ailleurs précisé, en correction de son information précédente, que la séparation du contrat au 1er avril 2018, avec un contrat individuel pour chacun des époux assurés, avait été effectuée en réalité en raison des arriérés de paiement et du principe d'individualité de l'assurance.

    Était joint un relevé actuel de ses créances en souffrance à l'égard des époux intéressés.

42. Par courrier du 31 août 2018, les époux assurés ont requis de la caisse-maladie, sur la base de l'art. 49 al. 1 LPGA, le prononcé d'une décision formelle relative au maintien de leur affiliation auprès d'elle au 1er juin 2015 jusqu'à ce jour.

43. Par « sommation » du 19 septembre 2018, « malgré plusieurs rappels », la caisse-maladie a réclamé à l'assurée le paiement, dans un délai de sept jours, d'une somme totale de CHF 1'061.10, soit CHF 962.40 pour ses primes d'avril à mai 2018, plus les frais de rappel de CHF 80.- et les intérêts moratoires de CHF 18.70.

44. Par « sommation » du 20 septembre 2018, « malgré plusieurs rappels », la caisse-maladie a exigé des époux assurés le paiement, dans un délai de sept jours, d'une

somme totale de CHF 5'225.05, soit CHF 2'871.25 pour les primes de l'époux de décembre 2017 à mai 2018 et CHF 1'909.85 pour les primes de l'épouse de décembre 2017 à mars 2018, plus les frais de rappel de CHF 300.- et les intérêts moratoires de CHF 143.95.

45. Par lettres du 26 septembre 2018 concernant séparément chacun des époux assurés, la caisse-maladie a répondu à leurs courriers que la décision formelle pourrait être rendue s'ils formaient opposition dans des poursuites.

    Concernant l'assuré, elle a récapitulé les statuts des différentes poursuites engagées contre lui.

46. Le 8 octobre 2018, la caisse-maladie a adressé à l'OP une réquisition de poursuite pour les primes des intéressés de novembre 2016 à mars 2017 et de décembre 2017 à juin 2018 à hauteur de CHF 8'609.- (avec échéance le 9 octobre 2018) plus intérêts moratoires de CHF 474.25 et frais de poursuite et de rappel de CHF 892.60,

    Le 25 octobre 2018 elle a rendu une décision de mainlevée d'opposition du commandement de payer à concurrence de CHF 4'411.20 pour les primes du mari de janvier 2017 à juin 2018 et CHF 4'197.80 pour les primes de l'épouse de novembre 2016 à mars 2018, plus les intérêts moratoires de CHF 476.55, les frais de rappel de CHF 760.- et les frais de contentieux de CHF 205.90, dans le cadre de la poursuite n° 8_____.

    Par acte du 3 décembre 2018, l'assuré a formé opposition contre cette décision de mainlevée, considérant cette poursuite comme injustifiée, pour les motifs déjà exposés dans ses courriers des 8 et 26 juin 2018.

47. Parallèlement, une réquisition de poursuite adressée le 26 novembre 2018 par la caisse-maladie à l'intéressée pour ses primes d'avril à juillet 2018 a donné lieu à un commandement de payer notifié le 12 décembre 2018 qui a fait l'objet d'une décision de mainlevée d'opposition rendue le 28 janvier 2019, à concurrence de CHF 1'924.80 pour lesdites primes, plus CHF 65.90 au titre des intérêts moratoires et CHF 200.- et CH 73.30 s'agissant des frais de rappel et de contentieux.

48. À la demande des époux assurés formulée les 8 octobre, 16 novembre et 3 décembre 2018, la caisse-maladie leur a, par pli du 18 décembre 2018, transmis une copie intégrale de leur dossier.

49. Par courrier du 20 décembre 2018 concernant la poursuite n° 8_____, l'intéressé a confirmé en tous points l'argumentation développée dans ses écrits des 8 et 26 juin 2018 et a ajouté que, faute de sommation comme prévu par l'art. 105l al. 1 OAMal, il n'était pas en retard de paiement au moment de sa résiliation à fin 2014. Étaient donc injustifiées toutes les poursuites et décisions de mainlevée passées. A enfin été rappelée la demande de prononcé d'une décision formelle.

50. Par lettre du 9 janvier 2019, la caisse-maladie a rétorqué persister dans sa position, indiquant en outre les décomptes impayés au 31 décembre 2014 (primes de janvier à juillet 2014 ainsi que de septembre, novembre et décembre 2014).

51. Par courrier du 23 janvier 2019 à la caisse-maladie, l'assuré a relevé que le dossier transmis par celle-ci par pli du 18 décembre 2018 ne contenait aucune de ses annexes. Son adresse indiquée dans ces annexes était erronée, étant donné qu'il était domicilié à la rue C_____, et non E_____, de sorte qu'il était possible qu'il n'ait pas reçu l'intégralité de la correspondance de la caisse-maladie. La preuve n'avait pas été fournie que les rappels et prétendues sommations lui avaient bien été envoyées, ni qu'il les avait bien reçus.

    Outre une réitération de la demande de prononcé d'une décision formelle « reconnaissant l'erreur commise » et statuant sur les conséquences financières de cette dernière, il a indiqué par ailleurs n'avoir pas fait usage de sa carte d'assurance depuis 2015, son épouse non plus. À deux reprises seulement en mai 2017 et avril 2018, des prestations avaient été facturées directement à la caisse-maladie par les HUG – en réalité des factures des 16 juin et 8 juillet 2017 concernant l'époux pour CHF 329.75 au total – et la pharmacie du Pommier (ci-après : la pharmacie) – pour des médicaments pris en charge par la LAMal obtenus le 17 avril 2018 à la pharmacie par l'épouse. Toutefois, ni son épouse ni lui-même n'étaient à l'origine de ces démarches. À ce sujet, l'intéressé, considérant être libéré de son affiliation à l'égard de la caisse-maladie depuis le 1er janvier 2015, avait toujours pris à sa charge ses frais médicaux et ceux de son épouse, sans jamais en demander le remboursement à ladite assurance.

    Par conséquent, les termes de l'opposition – contre la décision de mainlevée d'opposition rendue le 25 octobre 2018 – étaient maintenus.

52. Par décision du 28 janvier 2019, la caisse-maladie a prononcé la mainlevée de l'opposition formée par l'assurée au commandement de payer dans la poursuite n° 9_____faisant suite à la réquisition de poursuite adressée le 26 novembre 2018 à l'OP pour les primes de celle-ci d'avril à juillet 2018 pour le montant de CHF 1'924.80, plus les frais de rappel de CHF 200.-, les frais de contentieux de CHF 73.30 et les intérêts moratoires de CHF 152.765.905.

53. Le 14 février 2019, l'intéressée a formé opposition contre cette décision de mainlevée, pour les mêmes motifs que dans ses précédents courriers et actes.

54. À une demande de la caisse-maladie, le SAM a répondu le 13 février 2019 à cette dernière que l'adresse des époux assurés était à la C_____.

    Selon des notes manuscrites sur un courriel adressé la veille au SAM, les intéressés auraient été domiciliés à la rue E_____ du 1er octobre 2005 au 30 septembre 2014.

55. Le 14 février 2019, les époux assurés ont réitéré leur demande de prononcé d'une décision formelle, ce à quoi la caisse-maladie a répondu le 5 juin 2019 que des décisions leur parviendraient dès que possible.

56. Par « sommation » du 29 avril 2019, « malgré plusieurs rappels », la caisse-maladie a exigé des époux assurés le paiement, dans un délai de sept jours, d'une somme

totale de CHF 3'453.90 pour les primes de l'époux de juillet 2018 à janvier 2019, plus les frais de rappel de CHF 420.- et les intérêts moratoires de CHF 99.25.

57. Par décisions du 21 juin 2019 « selon l'art. 49 [LPGA] » concernant chacun des époux séparément, la caisse-maladie a décidé qu'en raison d'arriérés de paiement au moment où le contrat aurait dû prendre fin, soit au 31 décembre 2014, et en l'absence d'attestations d'un nouvel assureur – au 30 juin 2015 –, elle avait maintenu son refus de résilier les assurances obligatoires des soins pour le 31 décembre 2014, et que leurs contrats se poursuivaient ainsi sans changement au 1er janvier 2015.

    Notamment, les intéressés avaient, à fin 2014, reçu toutes les factures et tous les décomptes de prestations, ainsi que la confirmation de résiliation, et il était invraisemblable qu'ils n'aient pas reçu les courriers « litigieux », étant précisé qu'elle leur avait adressé ses plis à la rue E_____ comme communiqué par le SAM en février 2012 et que les époux intéressés ne lui avaient pas annoncé leur nouvelle adresse.

    Dans le cadre du « geste commercial » qu'elle leur avait exceptionnellement accordé le 2 juin 2015 et qui impliquait que les époux reconnaissaient être en retard de paiement, la condition de la fourniture des attestations du nouvel assureur valable dès le 1er janvier 2015 n'avait pas été réalisée par les époux assurés.

58. Par acte unique du 19 juillet 2019, les époux intéressés ont formé opposition contre ces décisions.

    S'agissant de la preuve de la notification des rappels et sommations qui auraient été envoyés par la caisse-maladie, ils affirmaient avoir dûment payé toutes les factures qu'ils avaient reçues. À cet égard, il n'était pas invraisemblable que des plis de ladite assurance, jamais notifiés en recommandé, se soient perdus. Il était rappelé qu'ils n'habitaient plus à la rue E_____ mais au 9 durant la période litigieuse, ce qui rendait d'autant plus vraisemblable la possibilité d'erreurs dans la distribution du courrier. Ainsi, ce qui apparaissait invraisemblable en l'occurrence était d'une part qu'ils n'aient pas accusé de retard de paiement avant 2014 et d'autre part qu'ils se soient acquittés des primes d'août et octobre 2014 mais pas de celles de juillet et septembre 2014, et qu'ils n'aient pas réagi aux rappels prétendument adressés par la caisse-maladie. Il s'ensuivait que la preuve de la vraisemblance prépondérante de la notification n'était pas rapportée.

    Les décisions objet de l'opposition ne s'étaient pas prononcées sur la violation du devoir d'information de la caisse-maladie dûment évoquée dans leurs courriers, celle-ci les empêchant fautivement de changer d'assureur-maladie.

    Le « geste commercial », faisant suite à l'intervention de l'ASSUAS en mars 2015, avait été plus qu'équivoque. La caisse-maladie n'avait jamais indiqué à cette époque qu'elle exigeait une nouvelle preuve d'affiliation d'Assura. À cet égard, il fallait prendre en compte le fait que c'était bien la caisse-maladie qui avait bloqué le transfert d'assurance en informant Assura que les conditions n'étaient pas

remplies, ce qui avait engendré l'annulation des polices d'assurance auprès de cette dernière ; or les époux intéressés n'en avaient jamais été informés. Ils pensaient alors de bonne foi qu'en payant le montant de l'arriéré et dûment munis des polices d'assurance d'Assura, le transfert serait enfin effectif. Ainsi, les démarches entreprises par la caisse-maladie auprès d'Assura en mars 2017 étaient bien trop tardives ; elles auraient dû être effectuées au printemps 2015 déjà, et il était incompréhensible que la caisse-maladie ne les ait pas faites à ce moment-là. Du reste, en acceptant d'affilier rétroactivement les époux assurés auprès d'Assura avec effet rétroactif en janvier 2015, celle-ci avait implicitement reconnu qu'elle avait commis une erreur dans cette affaire.

59. Par décision du 20 août 2019, la caisse-maladie a prononcé la mainlevée de l'opposition formée par l'assuré au commandement de payer dans la poursuite n° 10_____faisant suite à la réquisition de poursuite adressée le 17 mai 2019 à l'OP pour les primes de celui-ci de juillet 2018 à janvier 2019 pour le montant de CHF 3'453.90, plus les frais de rappel de CHF 420.-, les frais de contentieux de CHF 73.30 et les intérêts moratoires de CHF 152.75.

60. Le 18 septembre 2019, l'intéressé a formé opposition contre cette décision de mainlevée, pour les mêmes motifs que dans ses précédents courriers et actes.

61. a. Par décision sur opposition du 13 novembre 2019, la caisse-maladie a admis partiellement l'opposition formée le 3 décembre 2018 par l'assuré contre la décision de mainlevée rendue le 25 octobre 2018 dans la procédure de poursuite n° 8_____, dans le cadre de laquelle aucun paiement n'avait été effectué. En raison de de l'autorité de chose jugée pour les primes de novembre 2016 à mars 2017 qui avaient fait l'objet d'une décision de mainlevée d'opposition rendue le 20 septembre 2017 dans le cadre de la poursuite n° 7_____, dont l'entrée en force ne permettait pas à la caisse-maladie de lever elle-même une opposition à un commandement de payer dans une nouvelle poursuite, une telle décision étant de la compétence du juge de la mainlevée, il n'était pas entré en matière sur les créances correspondant à ces primes, soit CHF 3'340.- (créance principale) plus les frais de rappel de CHF 400.- et les intérêts moratoires de CHF 302.40. Ainsi, la mainlevée était réformée et l'opposition écartée à concurrence de CHF 5'269.- (créance principale) avec intérêts à 5 % dès le 9 octobre 2018, plus les frais de rappel de CHF 360.- et les intérêts de 5 %, de CHF 302.40, jusqu'au 8 octobre 2018.

Par décision sur opposition du 13 novembre 2019 également, la caisse-maladie a admis partiellement l'opposition formée le 18 septembre 2019 par l'intéressé contre la décision de mainlevée rendue le 20 août 2019 dans la procédure de poursuite n° 10_____, dans le cadre de laquelle aucun paiement n'avait été effectué, en ce sens que ladite décision ne devait pas comprendre les frais de poursuite étant donné que ces derniers étaient à la charge du débiteur de par la loi, et, pour le surplus, a rejeté l'opposition. La mainlevée était réformée et l'opposition écartée à concurrence de CHF 3'453.90 (créance principale) avec intérêts à 5 % dès le 18 mai 2019, plus les

frais de rappel de CHF 420.- et les intérêts de 5 %, de CHF 107.80, jusqu'au 17 mai 2019.

Par décision sur opposition aussi du 13 novembre 2019, la caisse-maladie a admis partiellement l'opposition formée le 14 février 2019 par l'assurée contre la décision de mainlevée rendue le 28 janvier 2019 dans la procédure de poursuite n° 9_____, dans le cadre de laquelle aucun paiement n'avait été effectué, en ce sens que ladite décision ne devait pas comprendre les frais de poursuite étant donné que ces derniers étaient à la charge du débiteur de par la loi, et, pour le surplus, a rejeté l'opposition. La mainlevée était réformée et l'opposition écartée à concurrence de CHF 1'924.80 (créance principale) avec intérêts à 5 % dès le 27 novembre 2018, plus les frais de rappel de CHF 200.- et les intérêts de 5 %, de CHF 65.90, jusqu'au 26 novembre 2018.

b. Selon la motivation formulée par la caisse-maladie dans ces trois décisions sur opposition (notifiées le 15 novembre 2019), un assuré devenait en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 LAMal dès la distribution de la sommation prévue par l'art. 105b al. 1 OAMal. Le « dernier rappel » du 27 octobre 2014, comprenant uniquement les créances impayées découlant de la LAMal, impartissait un délai de trente jours à l'intéressé et indiquait les conséquences du retard. Celui-ci s'était donc bien vu sommer de payer les factures de primes corrigées de janvier à juin 2014, juillet et septembre 2014.

La distribution, au second semestre 2014, des factures et rappels envoyés aux époux intéressés n'était pas une hypothèse, mais paraissait plus que probable. En effet, les factures originales, les premiers et deuxièmes rappels avaient été envoyés par elle à l'adresse de domicile des époux assurés, alors la rue E_____. Le « dernier rappel » avait certes été envoyé à la rue E_____ le 27 octobre 2014, soit vingt-sept jours après que les intéressés avaient déménagé, mais n'avait pas été retourné par la Poste faute de distribution, ce qui était tout à fait vraisemblable si les époux assurés avaient annoncé leur changement à la Poste qui redistribuait son courrier à leur nouvelle adresse. Les assurés devaient s'attendre à recevoir chaque mois des factures de la part de la caisse-maladie s'il n'en avait pas été convenu autrement ; or ils n'avaient à aucun moment contacté celle-ci pour lui indiquer qu'ils ne recevaient pas de courrier de sa part. Au contraire, on pouvait déduire des divers courriers échangés qu'ils continuaient bien, même après leur déménagement, à recevoir le courrier adressé par la caisse-maladie à leur ancienne adresse. En effet, si les époux intéressés avaient bien reçu la confirmation de réception de leur résiliation établie le 3 décembre 2014, la facture de correction de prime émise le 5 janvier 2015 et le courrier du 9 janvier 2015 les informant que la résiliation n'avait pas été possible, alors même que l'adresse indiquée était la rue E_____, selon une vraisemblance confinant à la certitude, la Poste leur distribuait bien son courrier malgré le changement d'adresse. Il convenait d'en conclure que les époux assurés recevaient bien les factures de la caisse-maladie. Même si la distribution n'avait pas été effectuée, la responsabilité de l'absence de notification incombait

aux assurés, dans la mesure où ils n'avaient pas informé la caisse-maladie de leur changement de domicile. Tout changement d'adresse devait en effet être annoncé sans délai à l'assureur.

Au 31 décembre 2014 demeuraient impayés les décomptes 1_____ pour les primes corrigées de janvier à juin et juillet 2014, 3_____ pour la prime de septembre 2014, 4_____ pour la prime de novembre 2014 et 5_____ pour la prime de décembre 2014. Le refus de résiliation avait été engendré par le non-paiement des décomptes 1_____ et 3_____ pour lesquels des factures, « rappels de paiement », « rappels » – pas pour septembre 2014 – et « derniers rappels » avaient été envoyés à l'assuré.

Les sommations concernant les décomptes 1_____ et 3_____ ayant bien été envoyées, l'intéressé et son épouse étaient donc bien, le 31 décembre 2014, en retard de paiement.

En application des art. 163 al. 1 et 166 al. 1 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), l'envoi des factures ou des rappels à un des époux suffisait puisque les deux « [répondaient] solidairement à l'entretien de la famille ».

Vu l'annulation par Assura le 3 février 2015 de l'affiliation des époux assurés auprès d'elle, il n'aurait pas été possible à la caisse-maladie d'accepter un changement d'assureur-maladie rétroactivement au 1er janvier 2015 ni de procéder à la résiliation de leurs couvertures d'assurance, car cela aurait indéniablement engendré une interruption de la protection d'assurance en violation de l'art. 7 al. 5 LAMal.

C'était donc à juste titre que les époux intéressés étaient restés assurés auprès d'elle.

La caisse-maladie avait prévu au ch. 13 CA la perception des frais administratifs, ou de rappel, mentionnés par l'art. 105b OAMal.

62. Par acte unique déposé le 16 décembre 2019, les époux assurés ont formé recours contre ces trois décisions sur opposition du 13 novembre 2019, concluant, avec suite de frais et dépens, à ce que la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans) annule lesdites décisions sur oppositions, dise que les poursuites n° 8_____, 10_____et 9_____n'iraient pas leur voie et renvoie le dossier à la caisse-maladie pour décision sur les conséquences financières de l'impossibilité pour eux d'avoir pu changer d'assureur-maladie au 1er janvier 2015, subsidiairement statue sur ces conséquences financières en invitant préalablement les parties à fournir tous les éléments nécessaires à cette fin concernant, notamment, la différence de primes avec Assura, les prestations à rembourser, « les poursuites ayant déjà fait l'objet de saisies et qui auraient été payées totalement ou partiellement, etc. ».

Au titre de grief, premièrement, sous l'angle des art. 64a al. 6 LAMal et 105l OAMal, l'intimée n'avait pas prouvé que les recourants étaient en retard de

paiement à fin 2014, faute d'avoir démontré qu'elle avait bien envoyé ses factures et rappels, respectivement que ces documents avaient été bien reçus par eux. De ce fait, en informant le nouvel assureur (Assura) qu'il subsistait des arriérés de paiement au 31 décembre 2014, elle avait empêché fautivement les époux intéressés de changer d'assureur-maladie au 1er janvier 2015. Elle devait en conséquence réparer le dommage en résultant conformément à l'art. 7 al. 6 LAMal.

Deuxièmement, la caisse-maladie avait violé son obligation de renseigner, prescrite par l'art. 27 LPGA. En effet, elle n'avait joint à sa lettre du 3 décembre 2014 aucun décompte, ni aucune facture mentionnant les montant de l'arriéré dû, ni aucun bulletin de versement pour s'en acquitter, la simple mention standardisée dans un accusé de réception que la résiliation ne serait effective que s'il ne subsistait aucun arriéré de paiement au moment de la fin du contrat, comme en l'espèce, ne remplissant pas les conditions du devoir d'information de l'assureur-maladie et étant clairement insuffisante. En outre, l'intimée n'avait pas réagi au courrier des époux assurés du 12 décembre 2014. Elle devait dès lors réparer le dommage résultant de ce manquement, en particulièrement la différence de prime, conformément à l'art. 7 al. 6 LAMal.

Troisièmement, l'intimée n'avait pas respecté le principe de la bonne foi. En effet, elle n'avait pas correctement renseigné les recourants concernant les attestations d'Assura pour chaque époux valables dès le 1er janvier 2015 à lui fournir, les époux intéressés pensant que, puisque la caisse-maladie avait fait marche arrière, les attestations du nouvel assureur et les polices d'assurance qu'ils avaient reçues dès le 1er janvier 2015 restaient valables. Puis, par l'entretien téléphonique du 17 mai 2016 et par le courriel du même jour, elle avait promis aux époux assurés qu'elle allait revenir en arrière et en informer Assura. Or, en maintenant par la suite leurs couvertures d'assurance à ses propres conditions d'assurance bien qu'elle considérait devoir revenir sur sa décision communiquée le 9 janvier 2015, elle avait procédé de manière contradictoire. Elle n'avait pas cherché à arranger la situation, qu'elle avait au contraire « laissé pourrir ». Les cinq conditions de la protection de la bonne foi des recourants étaient réalisées. La caisse-maladie devait en conséquence se laisser imputer la responsabilité de cet état de fait et souffrir de renoncer à la perception de primes supérieures à celles qui auraient été facturées par Assura.

Corollairement, les procédures de recouvrement et les poursuites étaient infondées.

63. Cet unique acte de recours a été enregistré et traité par la chambre de céans en trois causes séparées pour chacune des décisions sur opposition attaquées, A/4620/2019 pour la poursuite n° 8_____, A/4621/2019 pour la poursuite n° 10_____et A/4623/2019 pour la poursuite n° 9_____.

64. Par réponses séparées du 20 février 2020, l'intimée a conclu au rejet de ce recours et au déboutement des recourants de toutes autres ou plus amples conclusions,

persistant pour l'essentiel dans les motifs contenus dans ses décisions sur opposition du 13 novembre 2019.

Un arrêt du Tribunal cantonal du canton de Neuchâtel (CDP.2017.153 du 7 décembre 2017 consid. 3) montrait qu'elle avait respecté son obligation d'information au sens de l'art. 105l al. 2 et 3 OAMal à fin 2014.

Même si l'intimée avait souhaité, dans le cadre d'un « geste commercial », accéder à la demande des époux assurés de changer d'assurance, un tel changement n'était pas possible en raison des arriérés, vu l'art. 64a al. 6 LAMal et l'absence d'exception prévue. De plus, même si elle avait accepté un changement d'assureur rétroactivement au 1er janvier 2015, à la suite de l'annulation de la couverture d'assurance des époux intéressés auprès d'Assura, il ne lui aurait pas été possible de procéder à la résiliation desdites couvertures, car cela aurait indéniablement engendré une interruption de la protection d'assurance, en violation de l'art. 7 al. 5 LAMal.

65. Par réplique unique du 13 mars 2020, les recourants ont persisté dans les conclusions de leur recours.

D'après eux, le « cafouillage administratif » de la caisse-maladie relatif à l'égarement de leur courrier des 12 décembre 2014 comme de son pli du 5 janvier 2015 rendait manifestement vraisemblable leur thèse afférente à l'absence d'envoi des factures et rappels de l'intimée à fin 2014, si bien qu'on ne saurait considérer que la caisse-maladie avait rapporté la preuve hautement vraisemblable que les factures et rappels concernant les primes de juillet et septembre 2014 avaient bien été d'une part envoyés et d'autres part reçus par les époux intéressés.

L'intimée avait également « cafouillé » dans les renseignements fournis aux époux assurés à l'appui de sa lettre du 2 juin 2015, puisqu'elle reconnaissait que, même s'ils lui avaient présenté l'attestation d'Assura attendue et payé l'arriéré, elle n'aurait pas été en mesure de procéder à la résiliation de leurs couvertures d'assurance.

À teneur d'un courriel du 9 mars 2020 du SAM au recourant, les subsides de 2014, de CHF 40.- par mois et par conjoint, avaient été confirmés le 4 décembre 2014 par la caisse-maladie. La facture corrective (« nouveau bulletin de versement ») de celle-ci du 5 janvier 2015 indiquait la comptabilisation le 6 décembre 2014 d'un montant de CHF 960.-, soit CHF 480.- par époux, correspondant aux subsides de 2014 perçus. Cependant, ce n'était que le 5 janvier 2015 qu'elle les avait informés de la réception des subsides de 2014, mais, à cette date, il était trop tard pour qu'ils puissent s'acquitter de l'arriéré dû. Cela étant, l'intimée était tenue d'informer dès le 4 décembre 2014 de leur perception des subsides de 2014 et n'avait aucune raison d'attendre le 5 janvier 2015. Ce faisant, elle avait failli à son devoir de renseignement, en empêchant les époux assurés de pouvoir satisfaire aux conditions légales du changement d'assureur.

66. Par duplique unique du 14 avril 2020, la caisse-maladie a contesté tous les éléments relevés par les recourants qui s'opposaient à sa position.

67. Par écritures du 12 mai 2020, les époux intéressés ont relevé que l'intimée ne prenait pas position sur leurs observations du 13 mars 2020 relatives notamment à son devoir de renseigner et son obligation d'établir un nouveau décompte après l'encaissement des subsides de 2014 et de les informer du solde restant dû au 31 décembre 2014.

68. Entretemps, par décisions sur opposition rendue le 28 février 2020 concernant chacun des époux assurés séparément, la caisse-maladie a confirmé ses décisions du 21 juin 2019 et a rejeté leur opposition du 19 juillet 2019.

    Étaient repris les motifs des décisions sur opposition du 13 novembre 2019 précitées.

    Par ailleurs, pour ce qui était des deux prestations directement facturées à la caisse-maladie par les prestataires de soins, la prestation du 22 mai 2017 des HUG était effectivement une prestation décomptée selon le mode tiers payant et directement facturée à la caisse-maladie. Il était toutefois erroné de prétendre que l'assuré et son épouse n'étaient pas à l'origine de ces démarches. En effet, les prestataires de soins n'étaient pas en mesure de savoir auprès de quel assureur-maladie un patient était assuré. C'était donc bien les époux intéressés qui avaient fourni aux prestataires les indications relatives à leur assureur-maladie et qui étaient dès lors à l'origine, en tiers payant, des prestations précitées. Ceux-ci se savaient en conséquence bien assurés auprès de la caisse-maladie.

    La caisse-maladie n'avait aucunement violé son devoir d'information et elle avait agi conformément à la bonne foi. Elle avait envoyé les différents rappels à l'adresse connue (et transmise par l'assuré) et avait communiqué par courrier du 3 décembre 2014 que la résiliation ne deviendrait effective que s'il ne subsistait aucun arriéré. Les intéressés avaient confirmé avoir reçu cette lettre. Même s'ils n'avaient pas reçu les courriers de rappels et de primes, ce qui était « absolument invraisemblable et utopique », il était étonnant qu'ils ne se soient pas inquiétés de l'absence desdits rappels et factures. Il n'y avait aucune trace au dossier d'une lettre des assurés du 12 décembre 2014, que ceux-ci mentionnaient. Même s'ils avaient effectivement envoyé ce courrier, il était étonnant qu'ils n'aient pas tenté de joindre ou d'envoyer un autre courrier à la caisse-maladie pour le solde de leurs primes.

    La caisse-maladie ayant correctement sommé les époux intéressés par son pli du 3 décembre 2014, aucun dommage de ceux-ci ne pouvait lui être reproché.

69. Par acte unique déposé le 13 mars 2020, les époux assurés ont formé recours à ces deux décisions sur opposition, concluant, avec suite de frais et dépens, à leur annulation et au renvoi du dossier à la caisse-maladie pour décision sur les conséquences financières de l'impossibilité pour eux d'avoir pu changer d'assureur-maladie au 1er janvier 2015, subsidiairement à ce que la chambre des assurances sociales statue sur ces conséquences financières en invitant

préalablement les parties à fournir tous les éléments nécessaires à cette fin concernant, notamment, la différence de primes avec Assura, les prestations à rembourser, « les poursuites ayant déjà fait l'objet de saisies et qui auraient été payées totalement ou partiellement, etc. ».

Les griefs formulés dans les recours du 16 décembre 2019, dans les causes A/4620/2019, A/4621/2019 et A/4623/2019, étaient repris, et les recourants sollicitaient la jonction entre ces causes et les causes constituées par leur nouveau recours.

70. Cet unique acte de recours a été enregistré et traité par la chambre de céans en deux causes séparées pour chacune des décisions sur opposition attaquées, A/930/2020 concernant l'épouse et A/931/2020 concernant le mari.

71. Par réponses séparées du 20 avril 2020, l'intimée a conclu au rejet de ce recours et au déboutement des recourants de toutes autres ou plus amples conclusions, persistant pour l'essentiel dans les motifs contenus dans ses décisions sur opposition du 28 février 2020.

Selon elle, notamment, la facture envoyée au recourants le 5 janvier 2015 pour le montant de CHF 694.20 n'incluait pas l'entier de la créance due.

72. Par réplique unique du 26 juin 2020, les recourants ont persisté dans leur requête de jonction des cinq causes susmentionnées.

73. 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 - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la LAMal.

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

2. Interjetés dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours contre les trois décisions sur opposition du 13 novembre 2019 – causes A/4620/2019, A/4621/2019 et A/4623/2019 – et le recours contre les trois décisions sur opposition du 28 février 2020 – causes A/930/2020 et A/931/2020 – sont recevables concernant ces points (art. 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

3. Aux termes de l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créan-ces ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations

est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (al. 4).

b. 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 (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts et ils doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1). Par conséquent, 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 (cf. ATF 131 V 147 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1).

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 de mainlevée entré 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. Il en va de même des tribunaux en cas de recours (ATF 119 V 329 consid. 2b ; RKUV 2004 Nr. KV 274 S. 129 E. 4.2.1, K 107/02 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1).

4. En l'occurrence, la question litigieuse première et principale, dont découlent les solutions aux autres questions, est, pour les cinq causes, celle de savoir si l'intimée a à juste titre ou non refusé ou empêché la résiliation par les recourants de leurs assurances obligatoires de soins auprès d'elle et leur affiliation simultanée à Assura au 1er janvier 2015.

Si le droit des époux assurés de changer d'assureur-maladie au 1er janvier 2015 était retenu, se poseraient ensuite des questions relatives aux conséquences financières de l'impossibilité à le faire, qui découleraient, conformément à l'art. 7 al. 6 LAMal,

d'une éventuelle différence du montant des primes par rapport à celles qui auraient été perçues par Assura, d'une part d'une manière générale – causes A/930/2020 et A/931/2020 –, d'autre part s'agissant des poursuites pour les créances de primes à l'égard du mari de novembre 2016 à mars 2017 et de décembre 2017 à juin 2018 (poursuite n° 8_____) – A/4620/2019 – ainsi que de juillet 2018 à janvier 2019 (poursuite n° 10_____) – A/4621/2019 –, de même qu'à l'égard de l'épouse d'avril à juillet 2018 (poursuite n° 9_____) – A74623/2019.

Il est à cet égard rappelé que par ses décisions du 21 juin 2019 se référant notamment à l'art. 49 LPGA, confirmées par ses décisions sur opposition du 28 février 2020, et répondant aux demandes réitérées de prononcé de décisions de la part des recourants depuis le 31 août 2018, l'intimée a, en raison d'arriérés de paiement au moment où les contrats auraient dû prendre fin et en l'absence d'attestations d'un nouvel assureur, maintenu son refus de résilier les assurances obligatoires des soins pour le 31 décembre 2014, leurs contrats se poursuivant ainsi selon la caisse-maladie sans changement au 1er janvier 2015. Or, font l'objet des conclusions du recours contre ces décisions sur opposition, non le maintien ou non de l'affiliation des époux intéressés à la caisse-maladie selon la LAMal depuis 1er janvier 2015, mais les conséquences financières de l'impossibilité pour eux d'avoir pu changer d'assureur-maladie (art. 7 al. 6 LAMal) à ladite date.

Cela étant, il est incontesté, et incontestable vu les conséquence concrètes que pourraient induire sur les primes passées les conclusions des recours contre les décisions sur opposition du 28 février 2020, quelle que soit la nature desdites conclusions (al. 1 ou 2 de l'art. 49 LPGA, ou autres), que celles-ci sont recevables, également sous cet angle.

5. a. A titre liminaire, il convient d'examiner si les cinq causes précitées doivent être jointes sous un unique numéro de cause, comme le sollicitent les recourants.

b. En vertu de l'art. 70 LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune (al. 1). La jonction n'est toutefois pas ordonnée si la première procédure est en état d'être jugée alors que la ou les autres viennent d'être introduites (al. 2).

Selon la doctrine et la jurisprudence, l'art. 70 LPA est une norme potestative. La décision de joindre ou non des causes en droit administratif procède ainsi avant tout de l'exercice du pouvoir d'appréciation du juge, qui est large en la matière. Elle peut également reposer sur des considérations d'économie de procédure, ce que l'art. 70 al. 2 LPA rappelle du reste expressément. Une jonction des causes ne présente d'utilité que si elle permet de simplifier la procédure ; elle se justifie en présence de situations identiques (Stéphane GRODECKI/Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, ad art. 70 LPA, n. 894 et références jurisprudentielles citées).

c. En l'occurrence, comme vu plus haut, la question litigieuse première et principale est la même dans les cinq causes, dont l'essentiel de l'état de fait est identique et dont l'issue est censée dépendre de la réponse qui serait donnée à cette question.

Partant, la jonction desdites causes, sous le n° A/4620/2019, se justifie.

6. a. Selon l'art. 4 LAMal – ayant pour titre « choix de l'assureur » –, les personnes tenues de s'assurer choisissent librement parmi les assureurs autorisés à pratiquer l'assurance-maladie sociale en vertu de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale du 26 septembre 2014 (loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, LSAMal - RS 832.12).

Aux termes de l'art. 7 LAMal – intitulé « changement d'assureur » –, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique (office) au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (al. 2). Si l'assuré doit changer d'assureur parce qu'il change de résidence ou d'emploi, l'affiliation prend fin au moment du changement de résidence ou de la prise d'emploi auprès d'un nouvel employeur (al. 3). L'affiliation prend fin avec le retrait de l'autorisation de pratiquer conformément à l'art. 43 LSAMal lorsque l'assureur cesse, volontairement ou par décision administrative, de pratiquer l'assurance-maladie sociale (al. 4). 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 (al. 5). Lorsque le changement d'assureur est impossible du fait de l'ancien assureur, celui-ci doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime (al. 6).

b. À teneur de l'art. 64a LAMal – seule disposition légale figurant dans la section 3a « non-paiement des primes et des participations aux coûts » –, 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 trente jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (selon l'al. 2 ; al. 1). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti les primes – dont le principe est réglé par l'art. 61 LAMal et qui doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 OAMal) –, les participations aux coûts – objet de l'art. 64 LAMal – et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites. Le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites (al. 2). L'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs concernés et, pour chacun, le montant

total des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins (primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré durant la période considérée. Il demande à l'organe de contrôle désigné par le canton d'attester l'exactitude des données communiquées et transmet cette attestation au canton (al. 3). Le canton prend en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3 (al. 4). L'assureur conserve les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Dès que l'assuré a payé tout ou partie de sa dette à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50 % du montant versé par l'assuré (al. 5). En dérogation à l'art. 7 LAMal, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. L'art. 7 al. 3 et 4 LAMal est réservé (al. 6).

L'art. 105a OAMal – qui se trouve dans la section 3a « non-paiement des primes et des participations aux coûts » comme les art. 105b à 105m – prescrit que le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5 % par année.

Conformément à l'art. 105b OAMal, l'assureur envoie la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels (al. 1). Lorsque l'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 les obligations de l'assuré (al. 2).

En vertu de l'art. 105l – intitulé « changement d'assureur en cas de retard de paiement » –, l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 LAMal dès la notification de la sommation visée à l'art. 105b al. 1 OAMal (al. 1). Si l'assuré en retard de paiement demande à changer d'assureur, l'assureur doit l'informer après réception de la demande que celle-ci ne déploiera aucun effet si les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'au mois précédant l'expiration du délai de changement ou si les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment ne sont pas intégralement payés avant l'expiration de ce délai (al. 2). Si le paiement n'est pas parvenu à temps à l'assureur conformément à l'al. 2, celui-ci doit informer l'assuré qu'il continue à être assuré auprès de lui et qu'il ne pourra changer d'assureur qu'au prochain terme prévu à l'art. 7 al. 1 et 2 LAMal. L'assureur doit également informer le nouvel assureur, dans les soixante jours suivants, que l'assuré continue à être assuré auprès de lui (al. 3).

c. En application de l'art. 7 al. 1 et 5 1ère phr. LAMal, en cas de changement d'assureur dans l'assurance obligatoire des soins, une double assurance est exclue.

Le rapport d'assurance auprès du nouvel assureur peut seulement débuter lorsque l'ancien prend fin (ATF 130 V 448 consid. 4).

Les délais de l'art. 105b OAMal sont des prescriptions d'ordre, dont l'inobservation n'entraîne pas la péremption du droit aux arriérés ou de la procédure de poursuite. L'assureur n'est pas tenu non plus de procéder à une nouvelle sommation s'il entend faire valoir ses droits par la voie de la poursuite. La seule conséquence que la loi attache à l'inobservation de ces délais est que la sanction prévue à l'art. 64a al. 2 LAMal ne prend pas effet (à l'inverse de celle prévue à l'art. 64a al. 4 LAMal). L'art. 105b al. 1 et 2 OAMal vise en effet à empêcher que les assureurs ne tardent trop avant d'entreprendre les démarches nécessaires au recouvrement des primes dues (arrêts du Tribunal fédéral 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.2 et 9C_786/2008 du 31 octobre 2008 consid. 3).

D'après la jurisprudence, qui se réfère au droit des obligations, la sommation au sens des art. 64a LAMal et 105b et 105l OAMal ne requiert pas de forme particulière autre que celle de l'écrit si elle est suffisamment déterminée et claire ; une signature n'est pas nécessaire et la sommation peut, si le contrat d'assurance le prévoit, être adressée par courriel, dans un format qui, comme le format PDF, permet la preuve par texte et résiste au temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_597/2014 du 10 décembre 2014 consid. 4 ; Ivo BÜHLER/Cliff EGLE, in Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz [KVG]/Krankenversicherungsaufsichts-gesetz [KVAG], 2020, n. 43 ad art. 64a LAMal). Un libellé précis n'est pas exigé par la loi pour les rappel écrit et sommation au sens de l'art. 64a al. 1 LAMal, mais ces deux documents, qui correspondent à deux étapes procédurales distinctes, doivent répondre à des exigences différentes, de sorte à permettre un contrôle juridictionnel. Il doit en outre y avoir au moins un rappel écrit avant la sommation (Ivo BÜHLER/Cliff EGLE, op. cit., n. 45 ad art. 64a LAMal).

Selon l'art. 64a al. 6 LAMal, seuls les assurés « en retard de paiement » ne peuvent pas changer d'assureur. Or ce retard de paiement ne se produit qu'au moment de la notification de la sommation visée à l'art. 105b al. 1 OAMal (art. 105l al. 1 OAMal) qui doit être précédée d'un rappel écrit au moins (art. 64a al. 1 LAMal ; à propos des deux mesures que doit adopter l'assureur en cas de non-paiement de primes et de participations aux coûts, cf. Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 28 août 2009 concernant l'Initiative parlementaire Article 64a LAMal et primes non payées, FF 2009 5973, p. 5976 ch. 3 ad art. 64a al. 1). Selon la jurisprudence, en présence de sommations prématurées - en l'occurrence, à défaut de sommation - l'assuré ne peut pas être considéré comme « en retard de paiement » au sens de l'art. 64a al. 6 LAMal en relation avec l'art. 105l OAMal. Cela étant, il découle de l'art. 64a al. 1 LAMal en relation avec l'art. 105l al. 2 OAMal que la sommation doit avoir été notifiée à l'assuré un mois avant l'échéance du délai de résiliation, pour que la conséquence prévue par la loi - l'impossibilité de changer d'assureur - puisse intervenir ; une sommation postérieure ne peut pas empêcher le changement d'assureur. L'assuré doit alors s'acquitter de la

prime impayée, mais n'est pas tenu à d'autres obligations contractuelles à l'égard de l'assureur (arrêts du Tribunal fédéral 9C_51/2016 du 2 novembre 2016 consid. 4 et 9C_653/2015 du 7 juillet 2016 consid. 4.2).

L'assuré est « en retard de paiement » à l'échéance de délai de paiement fixé par la sommation s'il ne règle pas les arriérés (art. 105b al. 1 OAMal en relation avec l'art. 105l al. 1 OAMal). Pour qu'une résiliation du rapport d'assurance et un changement d'assureur puissent être effectifs, il faut que les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'au mois précédant l'expiration du délai de changement (donc en règle générale jusqu'au 30 novembre) ou les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment soient intégralement payés avant l'expiration dudit délai de changement – 31 décembre –, comme prescrit par l'art. 105l al. 2 OAMal. L'interdiction de changer d'assureur ne cesse qu'au moment du règlement des arriérés selon l'art. 105l al. 2 OAMal (Ivo BÜHLER/Cliff EGLE, op. cit., n. 45 ad art. 64a LAMal).

Par ailleurs, le Tribunal fédéral considère que le devoir d'information de l'assureur au sens de l'art. 105l OAMal implique non seulement l'indication à l'assuré des conditions pour un changement d'assureur que sont le règlement des arriérés de paiement à la date de fin du contrat et la confirmation d'affiliation par le nouvel assureur, mais aussi des informations si des arriérés existent concrètement encore et, si oui, pour quel montant. À défaut, il peut, suivant l'ensemble des circonstances, être retenu que l'assuré n'a, faute de connaître le montant exact du solde des arriérés dus, pas été en mesure de s'en acquitter et que l'assureur a ainsi rendu impossible le changement d'assureur, cette violation du droit ouvrant une obligation de réparer le dommage en application de l'art. 7 al. 6 LAMal (arrêt du Tribunal fédéral 9C_367/2017 du 10 novembre 2017 consid. 5.4 ; Ivo BÜHLER/Cliff EGLE, op. cit., n. 89 ad art. 64a LAMal).

Enfin, l'assureur est responsable, selon l'art. 7 al. 6 LAMal (qui constitue une règle spéciale de responsabilité de l'assureur-maladie dont l'application a la priorité sur celle de la loi fédérale sur la responsabilité de la Confédération, des membres de ses autorités et de ses fonctionnaires du 14 mars 1958 [Loi sur la responsabilité, LRCF - RS 170.32] et de l'art. 78 LPGA), des dommages résultant de la faute de ses employés, d'une organisation commerciale inappropriée ou de toute autre carence dont il est responsable dans l'exécution de l'assurance-maladie obligatoire. Tout dommage effectif et suffisamment causal – causalité naturelle et adéquate – est décisif pour l'évaluation de l'obligation d'indemnisation. En particulier, l'assureur fautif doit rembourser la différence à une prime inférieure du nouvel assureur (art. 7 al. 6 in fine LAMal ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_367/2017 du 10 novembre 2017 consid. 5.2.2 et les arrêts cités ; ATAS/548/2020 du 29 juin 2020 consid. 4d ; Gebhard EUGSTER, in Basler Kommentar, Krankenversicherungsgesetz [KVG]/Krankenversicherungsaufsichts-gesetz [KVAG], 2020, n. 34 ad art. 7 LAMal).

7. La notification d'un acte soumis à réception, comme un jugement, une décision ou une communication de procédure, est réputée faite au moment où l'envoi entre dans la sphère de pouvoir de son destinataire (Pierre MOOR/Étienne POLTIER, Droit administratif, vol. II, 3ème éd., 2011, n. 2.2.8.3 p. 353 s). Il suffit que celui-ci puisse en prendre connaissance (ATF 137 III 308 consid. 3.1.2 ; ATF 118 II 42 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 2P.259/2006 du 18 avril 2007 consid. 3.1).

   Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité – en l'occurrence une caisse-maladie au sens de l'art. 2 LSAM – qui entend en tirer une conséquence juridique. En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire – ou simple –, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; ATF 124 V 400 consid. 2a et 2b ; ATF 121 V 5 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_621/2007 du 5 mai 2008 consid. 4.2). L'autorité supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 142 IV 125 consid. 4.3 ; ATF 129 I 8 consid. 2.2 ; ATF 124 V 400 consid. 2a et 2b ; arrêts du Tribunal fédéral 6B_30/2020 du 6 avril 2020 consid. 1.1.1 et 8C_621/2007 précité consid. 4.2). Si une autorité veut s'assurer qu'un envoi parvienne effectivement à la connaissance de son destinataire, elle doit le notifier par lettre recommandée, voire par lettre avec avis de réception. La seule présence au dossier de la copie d'une lettre n'autorise pas à conclure avec un degré de vraisemblance prépondérante que cette lettre a été effectivement envoyée par son expéditeur et qu'elle a été reçue par le destinataire (ATF 101 Ia 7 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 6/02 du 21 janvier 2003 consid. 3.2). La preuve de la notification d'un acte peut néanmoins résulter d'autres indices ou de l'ensemble des circonstances, en particulier de la correspondance échangée ou du comportement du destinataire, par exemple de l'absence de protestation de la part d'une personne qui reçoit des rappels (142 IV 125 consid. 4.3 ; ATF 105 III 43 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 6B_30/2020 précité consid. 1.1.1 et C 6/02 précité consid. 3.2). Le destinataire ne peut invoquer l'absence de notification s'il a connaissance, d'une autre manière, de l'existence de la communication. En effet, les règles de la bonne foi imposent une limite au droit de se prévaloir d'un tel motif (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_621/2007 précité consid. 4.3).

8. a. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9. a. En l'espèce, par leur lettre de résiliation du 25 novembre 2014, les époux intéressés ont clairement manifesté leur volonté de changer d'assureur au 1er janvier 2015.

Il est incontesté et incontestable que cette manifestation de volonté réalisait les conditions requises par l'art. 7 al. 2 et 5 LAMal pour un changement d'assureur, en matière de délai et d'attestations d'admission du nouvel assureur (du 10 décembre 2014), seule étant litigieuse la question de savoir si les recourants étaient ou non en retard de paiement au sens des art. 64a al. 6 LAMal et 105l OAMal et si la caisse-maladie était en droit de leur refuser ou d'empêcher le changement d'assureur pour ce motif.

Par ailleurs, il ne ressort pas du dossier que les époux intéressés auraient fait en 2014 l'objet de poursuites (dont les éventuelles conséquences sont notamment traitées par les al. 3, 4 et 5 de l'art. 64a LAMal et l'ATF 144 V 380).

b. Le « dernier rappel » du 27 octobre 2014 remplit toutes les conditions d'une sommation au sens des art. 64a al. 1 LAMal et 105b al. 1 OAMal, en particulier le délai de versement de trente jours, l'indication des conséquences d'une absence de paiement dans ce délai conformément à l'art 64a al. 1 2ème phr. LAMal et même l'énoncé du terme « sommation » à la fin. En outre, cette sommation a été adressée

aux recourants avant le 30 novembre 2014, fin du mois précédant l'expiration du délai de changement, comme exigé part. 105l al. 2 OAMal.

Pour les primes de janvier à juillet 2014 avait été préalablement adressé aux époux assurés un rappel écrit au sens de l'art. 64a al. 1 LAMal, à savoir le « rappel » du 21 septembre 2014.

En 2014, les primes de septembre 2014 avaient fait l'objet du « rappel de paiement » du 21 septembre 2014, mais pas d'un « rappel » selon la pratique adoptée par la caisse-maladie en 2014. Cela étant, on ne voit pas pour quels motifs les « rappels de paiement » ne pourraient pas constituer eux aussi des rappels écrits au sens de l'art. 64a al. 1 LAMal, l'ajout des « rappels » par l'intimée apparaissant comme une chance supplémentaire accordée aux assurés pour payer leurs primes avant sommation.

Dans le même sens, il y a lieu de considérer les « rappels de paiement » pour les primes d'août, novembre et décembre 2014 comme des rappels au sens de l'art. 105l al. 2 OAMal, indépendamment de la question, dans le cadre du même alinéa, du moment auxquels ces plis ont été adressés aux époux intéressés.

c. La somme de CHF 1'378.60 réclamée dans le « dernier rappel » (sommation) du 27 octobre 2014 et à nouveau dans le « dernier rappel » du 6 janvier 2015, pour les primes de janvier à juillet 2014 ainsi que septembre 2014, correspondait au solde de CHF 604.40 pour les primes de janvier à juin 2014 corrigées compte tenu d'une « ristourne sur primes » ainsi que juillet 2014, selon la facture du 7 juin 2014, plus les primes des deux époux intéressés de septembre 2014 à concurrence de CHF774.20. Ces montants ne sont en tant que tels pas contestés par les recourants.

Il découle de la facture corrective (« nouveau bulletin de versement ») du 5 janvier 2015, au contenu non contesté par les époux assurés, qu'à cette dernière date la caisse-maladie réclamait à ceux-ci, au titre des arriérés de primes pour l'année 2014, CHF 372.95 et CHF 401.25, CHF 774.20 au total, pour les primes de novembre 2014, CHF 604.40, correspondant manifestement au solde à payer selon la sommation du 27 octobre 2014 et donc aux arriérés des primes de janvier à juillet 2014 ainsi que septembre 2014, de même que CHF 115.60. Ce dernier montant portait sur les primes de janvier à décembre 2014, mais on ignore à quelles primes il correspondait précisément. Quant aux deux montants de CHF 80.-, ils correspondaient manifestement à des frais de rappel et/ou de contentieux, sans qu'il soit utile d'en déterminer la source.

Pour le reste, rien ne permet de supposer que des versements auraient été effectués par les intéressés entre le 1er janvier 2015 et l'établissement de la facture corrective du 5 janvier 2015.

Enfin, les intéressés ont payé leurs primes d'août et octobre 2014 avant le 31 décembre 2014.

d. Cela étant, il convient de retenir que les recourants étaient, d'un point de vue objectif, dans l'obligation, pour changer d'assureur au 1er janvier 2015, de régler au 31 décembre 2014 non seulement les primes de janvier à juillet 2014 et de septembre 2014, soit au total CHF 1'378.60.

La question peut se poser de savoir si les primes des autres mois qui avaient fait l'objet de rappels jusqu'au 30 novembre 2014 conformément à l'art. 105l al. 2 OAMal mais pas d'une sommation au sens des art. 64a al. 1 LAMal et 105b al. 1 et 105l al. 1 OAMal, en l'occurrence les primes novembre 2014 (à la suite du « rappel de paiement » du 16 novembre 2014), pouvaient ou non, en cas de non-paiement jusqu'au 31 décembre 2014, être inclues dans le retard de paiement au sens des art. 64a al. 1 LAMal et 105l OAMal. Sur ce point, l'intimée, suivie par les recourants, considère que c'est le non-paiement au 31 décembre 2014 des seules primes de janvier à juillet 2014 et de septembre 2014 qui a engendré le refus de résiliation et de changement d'assureur.

Quoi qu'il en soit, ledit changement d'assureur n'était pas subordonné au paiement au 31 décembre 2014 des primes de décembre 2014, ces dernières n'ayant pas fait l'objet d'un rappel au sens de l'art. 105l al. 2 OAMal jusqu'au 30 novembre 2014, mais seulement le 21 décembre 2014.

e. En résumé, il ressort d'une comparaison entre les documents figurant au dossier, notamment la facture corrective du 5 janvier 2015, le « dernier rappel » du 6 janvier 2015, les factures et rappels de 2014, y compris la sommation du 27 octobre 2014, ainsi que l'extrait de compte établi le 2 juin 2015, que les recourants étaient, au 31 décembre 2014, en retard de paiement selon les art. 64a al. 1 LAMal et 105l OAMal pour le solde de CHF 604.40 relatif aux primes de janvier à juillet 2014, de même que pour le montant des primes de septembre de CHF 774.20, soit au total CHF 1'378.60. Comme vu plus haut, la question peut demeurer indécise s'ils l'étaient ou non aussi pour les primes de novembre 2014 de CHF 774.20, ce qui donnerait dans une telle hypothèse une somme totale de CHF 2'152.80 au titre de retard de paiement.

f. Cependant, s'il n'est pas vraisemblable que les époux assurés n'aient reçu aucun des courriers de la caisse-maladie à fin 2014 puisqu'ils apparaissent notamment avoir pris connaissance de la lettre de celle-ci du 3 décembre 2014 et payé les primes d'août et octobre 2014 les 25 septembre et 16 décembre 2014 à la suite du « rappel de paiement » du 21 septembre 2014 et du « rappel » du 16 novembre 2014, il existe un doute important au sujet de la réception par les intéressés du « dernier rappel » du 27 octobre 2014, envoyé sous pli simple comme l'entier de la correspondance de l'intimée. En effet, si ceux-ci avaient réellement reçu cette sommation, on ne voit pas pour quels motifs ils auraient réglé à sa place les primes d'octobre 2014, moins prioritaires, le 16 décembre 2014. En outre, dans les mois qui ont suivi ledit « dernier rappel » du 27 octobre 2014, les recourants n'ont montré aucun signe qu'ils auraient pu prendre connaissance du contenu de celui-ci ; les contenus de leur courrier du 12 décembre 2014 et celui de l'ASSUAS du

30 mars 2015 laissent supposer le contraire. De son côté, la caisse-maladie n'a, après l'envoi de ce « dernier rappel », pas fait référence à ce dernier dans ses courriers aux recourants.

Apparaît sans incidence dans le présent cas le fait que les époux assurés n'ont pas informé la caisse-maladie de leur changement d'adresse au 1er octobre 2014, en violation de leurs obligations (à ce sujet, notamment arrêt du Tribunal fédéral K 11/07 du 3 décembre 2007 consid. 5.2). Au demeurant, le fait qu'ils ont pris connaissance d'autres lettres de la caisse-maladie montre, selon tout vraisemblance, qu'ils ont fait suivre, dès leur changement de domicile, l'ensemble de la correspondance à leur nouvelle adresse.

Dans ces circonstances et conformément à la jurisprudence rappelée plus haut, l'intimée supporte les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) de la notification aux époux intéressés de son « dernier rappel » du 27 octobre 2014, en ce sens que, vu le doute effectif à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations des destinataires de cette sommation, selon lesquels ils ne l'ont pas reçue.

Partant, faute d'existence établie d'une sommation au sens des art. 64a al. 1 LAMal ainsi que 105b et 105l OAMal, un retard de paiement au 31 décembre 2014 ne peut pas être retenu.

g. Par surabondance, à fin 2014, l'intimée n'a pas respecté son devoir d'information à l'égard des recourants au sens de l'art. 105l al. 2 OAMal dans la mesure précisée par la jurisprudence précitée.

En effet, à la suite de la réception de la lettre de résiliation du 25 novembre 2014 des époux assurés, la caisse-maladie ne leur a, avant la date prévue pour le changement d'assureur le 1er janvier 2015, pas indiqué s'ils étaient concrètement encore débiteurs d'arriérés et, si oui, pour quel montant, violant ainsi son obligation d'information telle que précisée par la jurisprudence citée plus haut, qu'elle ait ou non reçu le courrier qu'ils lui avaient écrit le 12 décembre 2014.

Certes, les époux assurés étaient conscients en décembre 2014 qu'ils pourraient être débiteurs de primes échues en faveur de la caisse-maladie, comme cela découle du reste de leur demande de décompte adressée à celle-ci le 12 décembre 2014, mais, faute d'en connaître l'éventuel montant exact, il ne pouvait en tout état de cause pas être exigé d'eux qu'ils s'acquittent du montant devant être intégralement réglé au 31 décembre 2014 comme condition au changement d'assureur en application de l'art. 105l al. 2 OAMal (dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 9C_367/2017 précité consid. 5.4.1).

De surcroît, il n'existait aucun motif valable pour l'intimée de ne pas comptabiliser au 6 décembre 2014 et déduire des primes réclamées pour 2014, déjà à cette dernière date, les subsides reçus du SAM pour 2014, à hauteur de CHF 960.- (CHF 40.- par mois, soit CHF 480.- par an, et par conjoint), comme cela résulte notamment de la mention du 6 décembre 2014 dans la facture corrective du

5 janvier 2015 ainsi que du contenu du courriel du SAM envoyé le 9 mars 2020 au recourant. La prise en compte de ces subsides aurait fortement réduit la somme totale des arriérés de primes pouvant le cas échéant constituer un retard de paiement selon les art. 64a al. 1 LAMal et 105l OAMal, la ramenant à CHF 418.60 (CHF 1'378.80 – CHF 960.-), éventuellement à CHF 1'192.80 (CHF 2'152.80 – CHF 960.-) si le retard de paiement incluait les primes de novembre 2014. Or les recourants ignoraient, jusqu'au 5 janvier 2014, l'existence du créditement le 6 décembre 2014 en leur faveur des subsides de 2014. La lettre qui leur aurait été adressée le 6 décembre 2014 par l'intimée selon le pli de l'ASSUAS du 30 mars 2015 ne figure pas au dossier et, quoi qu'il en soit, elle n'assimilerait pas le « solde de CHF 960.- » aux subsides de 2014, ni n'indiquerait une réduction des arriérés des primes de 2014 grâce à ce solde.

Il était donc impossible aux époux intéressés de connaître le montant des arriérés de primes de 2014 pouvant constituer un retard de paiement au sens des art. 64a al. 1 LAMal et 105l OAMal, susceptible d'empêcher leur changement d'assureur au 1er janvier 2015, et de payer la somme de nature à remédier à ce retard, ce même s'ils avaient effectivement reçu la sommation du 27 octobre 2014.

Au demeurant, la gestion par la caisse-maladie des arriérés de primes des intéressés à fin 2014 et début 2015 présentait une certaine confusion aux plans comptable et administratif. Le montre notamment le fait que le « dernier rappel » du 6 janvier 2015 avait pour base une créance de CHF 1'378.60, contenant donc le solde de CHF 604.40 pour les primes de janvier à juillet 2014, alors que ce dernier montant est également inclus dans les créances faisant l'objet de la facture corrective du 5 janvier 2015. En outre, on ignore la nature et l'origine du montant de CHF 115.60 mentionné comme créance dans cette facture corrective, laquelle a du reste été égarée par l'intimée elle-même qui a dû en demander une copie aux recourants.

Par ces violations à fin 2014 de son obligation d'information, la caisse-maladie a rendu impossible le changement d'assureur voulu par les époux assurés dans leur courrier de résiliation du 25 novembre 2014 (dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 9C_367/2017 précité consid. 5.4.2).

h. Il s'ensuit que l'intimée, qui avait en outre été informée par le nouvel assureur (Assura) en temps utile (le 10 décembre 2014) de l'affiliation auprès d'elle des époux assurés conformément à l'art. 7 al. 5 LAMal, n'était, contrairement à ce qu'elle a indiqué aux recourants par sa lettre du 9 janvier 2015, pas en droit de s'opposer, comme elle l'a fait, à leur changement d'assureur et leur affiliation à Assura au 1er janvier 2015.

Sa responsabilité pour réparer le dommage qui pourrait le cas échéant concrètement en résulter était, partant, engagée conformément à l'art. 7 al. 6 LAMal.

10. Par la suite, par la lettre de l'ASSUAS du 30 mars 2015, les époux assurés ont maintenu leur volonté de résiliation et de changement d'assureur au 1er janvier 2015. À la suite du courrier de la caisse-maladie du 2 juin 2015, ils ont réglé dans le

délai au 30 juin - 1er juillet 2015 le solde de leurs arriérés de primes de 2014, sans qu'il importe qu'ils aient omis de lui transmettre de nouvelles attestations d'affiliation au 1er janvier 2015 du nouvel assureur. Durant le mois de mai 2016, l'intimée a, sur rappel de l'ASSUAS, semblé avoir manifesté son intention d'accepter la résiliation des contrats au 1er janvier 2015, ce toutefois sans suite. À nouveau, après avoir reçu le courrier du 13 mars 2017 de l'avocat des recourants, elle a, par pli du 15 mars 2017, admis qu'il n'y avait pas eu de retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 LAMal et demandé à Assura de réactiver les contrats de ceux-ci rétroactivement au 1er juin 2015, ce sur quoi celle-ci n'est, par lettre du 18 avril 2017, pas entrée en matière vu l'annulation des contrats ayant fait suite au courrier de l'intimée du 9 janvier 2015. Enfin, un peu plus d'une année plus tard, par lettre de leur nouveau conseil du 8 juin 2018, suivie de plusieurs courriels puis des recours objets du présent arrêt, les époux intéressés ont exigé de la caisse-maladie que, conformément à l'art. 7 al. 6 LAMal, le montant des primes dues pour les années 2015 à 2018 soit ramené à la hauteur de celles qu'ils auraient payées à Assura si le changement d'assureur avait pu se faire normalement au 31 décembre 2014.

À cela s'ajoute que les époux intéressés ont, depuis le 1er janvier 2015, délibérément refusé de s'acquitter des primes réclamées par la caisse-maladie à compter de 2015, ce qui a occasionné plusieurs poursuites, et qu'ils n'ont bénéficié de prestations de celle-ci que de manière isolée dans le temps et pour de petits montants, facturés directement à l'intimée par les prestataires

Ainsi, les recourants n'ont, après le 31 décembre 2014, jamais renoncé à faire valoir la résiliation de leur assurance obligatoire de soins auprès de l'intimée, ni, lorsqu'il est apparu de manière définitive qu'un changement d'assureur au 1er janvier 2015 n'était en tout état de cause plus possible, la différence de primes entre celles dues à la caisse-maladie depuis le 1er janvier 2015 et celles qui auraient été payées à Assura. L'intimée ne le prétend du reste pas.

11. Vu ce qui précède, la caisse-maladie doit, conformément à l'art. 7 al. 6 LAMal, réparer le dommage qui a résulté pour les époux assurés de l'impossibilité dans laquelle elle les a illicitement placés de changer d'assureur depuis le 1er janvier 2015, en particulier une éventuelle différence de primes en leur faveur.

    Il est cependant, en l'état, notamment en l'absence de quelque élément que ce soit ressortant du dossier ou instruit concernant ce point, impossible de déterminer les montants exacts constituant ce dommage.

    Il convient dès lors, comme les recourants y concluent dans leurs recours, d'annuler les décision sur opposition querellées et de renvoyer la présente cause à l'intimée afin qu'elle instruise, d'une manière globale et approfondie, les conséquences financières (dommage) pour eux, en particulier la différence des primes qu'elle leur a réclamées par rapport aux primes qui auraient été mises à leur charge par Assura, à compter du 1er janvier 2015, puis rende une ou des nouvelles décisions, pouvant

consister par exemple en la renonciation à réclamer des primes arriérées et/ou en le remboursement d'éventuelles primes payées en trop.

Dans ce cadre et pour les mêmes motifs, doivent être annulées les décisions sur opposition du 13 novembre 2019, ce qui inclut l'annulation des mainlevées – définitives – des oppositions aux commandements de payer prononcées dans les poursuites n° 8_____, 10_____et 9_____.

12. Les recourants obtenant gain de cause, une indemnité leur sera accordée, solidairement entre eux, à titre de participation à leurs frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 LPA). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). Ainsi, l'indemnité allouée sera, compte tenu notamment de l'existence initiale de cinq procédures, fixée à CHF 5'000.-.

13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme et préalablement :

1. Déclare les recours contre les décisions sur opposition des 13 novembre 2019 et 28 février 2020 recevables.
2. Prononce la jonction des causes A/4620/2019, A/4621/2019, A/ 4623/2019, A/930/2020 et A/931/2020 sous le numéro de cause A/4620/2019.

Au fond :

3. Admet les recours.
4. Annule les décisions sur opposition des 13 novembre 2019 et 28 février 2020.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction puis nouvelle(s) décision(s), au sens des considérants.
6. Condamne l'intimée à verser aux recourants, solidairement entre eux, une indemnité de CHF 5'000.- à titre de dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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	Le président
Sylvie CARDINAUX	Blaise PAGAN

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