

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/649/2014

ATAS/816/2014

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 juin 2014**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à VERSOIX

recourant

contre

ASSURA-BASIS SA, LE MONT-SUR-LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et  
Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1974, est assuré auprès d'ASSURA, assurance maladie et accidents (ci-après : l'assurance) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000.
2. Par pli du 15 janvier 2013, l'assuré a informé son assurance qu'il souhaitait se voir rembourser ses frais médicaux, d'un montant de CHF 2'500.- environ, par « chèque postal ». En effet, ses comptes bancaires avaient été bloqués à plusieurs reprises et il ne souhaitait pas ouvrir un nouveau compte.
3. Par courrier du 7 mars 2013, l'assurance a accepté d'effectuer les remboursements en sa faveur par mandats postaux, précisant toutefois que des frais administratifs de CHF 30.- seraient apportés en déduction de chaque paiement. L'assuré était invité à retourner une copie dudit courrier pour accord, dûment datée et signée. Sans réponse de la part de l'assuré, l'assurance lui a adressé deux rappels, respectivement les 6 et 28 mai 2013.
4. Par pli du 22 avril 2013, reçu par l'assurance le 11 juin 2013, l'assuré s'est opposé au prélèvement de frais administratifs en déduction des factures devant lui être remboursées et a requis qu'une décision formelle soit rendue sur ce point.
5. Lors d'un entretien téléphonique du 9 juillet 2013, l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : OFSP) a indiqué à l'assurance qu'à l'heure actuelle, on pouvait exiger des assurés qu'ils disposent d'un compte bancaire ou postal, ceux-ci devant faciliter les tâches des assurances.
6. Par décision du 29 juillet 2013, l'assurance a renoncé au prélèvement des frais administratifs de CHF 30.-. Toutefois, les frais effectifs facturés par la poste pour les mandats postaux seraient déduits des montants devant lui être versés.
7. Le 29 août 2013, l'assuré a formé opposition à cette décision. Selon lui, les frais déduits ne correspondaient pas uniquement aux frais facturés par la poste. Afin de limiter ces frais, il a sollicité de l'assurance qu'elle procède au remboursement en une seule fois.
8. Le 26 septembre 2013, l'assurance a confirmé à l'assuré que tous les ordres de paiement en sa faveur et en suspens, faute de coordonnées bancaires, avaient été donnés entre le 6 et le 21 août 2013 au moyen de mandats postaux. Par ailleurs, seuls les frais facturés par la poste avaient été déduits des montants lui ayant été remboursés, ce qui ressortait du tableau suivant :

Références	Montants dus	Frais mandat postal	Montants remboursés
Décompte du 06 juin 2011	CHF 842,55	CHF 9.-	CHF 833,55

Décompte du 30 juin 2011	CHF 170,35	CHF 8,50	CHF 161,85
Décompte du 4 mai 2012	CHF 87,30	CHF 8.-	CHF 79,30
Décompte du 25 mai 2012	CHF 715,30	CHF 9.-	CHF 706,30
Décompte du 17 octobre 2012	CHF 981,15	CHF 9.-	CHF 972,15
Décompte du 4 mars 2013	CHF 95,15	CHF 8.-	CHF 87,15
Décompte du 13 juin 2013	CHF 17,70	CHF 8.-	CHF 9,70
Décompte du 28 juin 2013	CHF 206,75	CHF 8,50	CHF 198,25
Décompte du 5 juillet 2013	CHF 406,35	CHF 8,50	CHF 397,85
Décompte du 12 juillet 2013	CHF 679,90	CHF 9.-	CHF 670,90

A l'avenir, si l'assuré souhaitait être remboursé au moyen d'un seul et unique mandat postal annuel, il était invité à lui faire parvenir ses factures médicales en un unique envoi, afin qu'un seul décompte de prestations soit établi.

9. Sans nouvelles de l'assuré, l'assurance a rejeté l'opposition par décision du 30 janvier 2014 et indiqué que les frais effectifs de la poste seraient déduits de chaque remboursement effectué par mandat postal, maintenant les termes de sa décision du 29 juillet 2013 et de son courrier du 26 septembre 2013. Elle a en outre précisé que le remboursement par mandat postal engendrait des coûts supplémentaires par rapport à un remboursement par virement bancaire. Cette décision a été retirée au guichet postal par l'assuré le 7 février 2014.
10. Par acte du 3 mars 2014, l'assuré a recouru devant la chambre de céans, concluant à l'annulation de la décision sur opposition du 30 janvier 2014. Il s'opposait à ce que l'intimée lui facture les frais postaux pour chaque décompte. Il acceptait pour le futur de regrouper en un seul envoi ses factures médicales, mais n'avait pas pu le faire pour celles dont l'intimée avait procédé au remboursement durant le mois d'août 2013. En effet, à cette époque, il avait été contraint de changer de banque en raison du blocage durant plusieurs semaines de son compte bancaire. Ce blocage

---

était le fait de l'intimée qui le poursuivait pour une facture déjà acquittée. Payer des frais postaux pour chaque remboursement était beaucoup trop pénalisant, ce d'autant plus que l'intimée était responsable de cette situation.

11. Dans sa réponse du 2 avril 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours, à la confirmation de la décision querellée et à la constatation que les frais effectifs facturés par la poste pour chaque remboursement par mandat postal soient mis à la charge du recourant. Elle n'était en aucun cas intervenue dans les problèmes rencontrés par ce dernier avec son compte bancaire. Pour le surplus, elle a rappelé son argumentation, précisant qu'à teneur de son recours, le recourant ne s'opposait pas à la perception de frais postaux lors de remboursement par mandat postal. Il souhaitait toutefois recevoir un seul et unique remboursement par année. Or, il appartenait à ce dernier de gérer ses factures médicales, afin de les regrouper en un seul envoi.

A l'appui de sa réponse, l'intimée a produit un chargé de pièces contenant notamment les preuves de remboursement par mandat postal des frais médicaux tels qu'ils ressortaient du courrier du 26 septembre 2013, ainsi que les décomptes de prestations y relatifs. Selon ces documents, les traitements médicaux remboursés par l'intimée avaient eu lieu entre le 22 décembre 2010 et le 10 mai 2013. De plus, le recourant avait été régulièrement interpellé par la recourante afin qu'il lui fournisse ses coordonnées bancaires ou postales permettant les remboursements.

12. A la suite de quoi 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 ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10).

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

2. Il convient de relever à titre liminaire que la recourante était liée à ASSURA, assurance maladie et accident, soit une fondation inscrite sous le n° CHE-105.885.571 au registre du commerce (ci-après : RC). C'est toutefois ASSURA-BASIS SA, inscrite au RC sous le n° CHE-203.697.177, soit la société à qui ASSURA assurance maladie et accident a transféré ses actifs et passifs selon publication au registre du commerce en mai 2013, qui a répondu au recours, de sorte que, conformément au droit fédéral qui prévoit qu'une substitution des parties a lieu de plein droit notamment en cas de reprise des actifs et passifs d'une entreprise au sens de l'art. 181 du code des obligations du 30 mars 1911 (CO – RS 220) (ATF 106 II 346 consid. 1), la substitution de partie sera prononcée en ce sens que l'intimée devient ASSURA-BASIS SA.

---

Le RC indique que selon contrat du 20 mars 2013 et selon décision de l'autorité de surveillance du 12 avril 2013, la fondation a transféré des actifs de 1'390'429'345 et des passifs envers les tiers de 656'188'606 à ASSURA-BASIS SA.

3. Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, sont applicables à l'assurance-maladie, à l'exception de certains domaines (art. 1 al. 2 LAMal). Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée ; l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues (art. 52 al. 1 LPGA) et les décisions sur opposition peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal cantonal des assurances compétent (art. 56 al. 1 en relation avec les art. 57 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). Les décisions sur opposition doivent être motivées et indiquer les voies de recours (art. 52. al 2 LPGA).
4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA par analogie).
5. Le litige porte sur la question de savoir si le prélèvement des frais engendrés par le remboursement des factures médicales du recourant par la voie du mandat postal est conforme au droit.
6. a) En vertu de l'art. 12 al. 1 LAMal, les caisses-maladie sont des personnes juridiques de droit privé ou public sans but lucratif qui gèrent principalement l'assurance-maladie sociale et qui sont reconnues par le Département fédéral de l'intérieur (département).

Dans ce cadre, les caisses-maladie apparaissent comme des délégataires chargés par la loi directement d'exécuter une tâche publique administrative en son nom mais pour le compte de la Confédération (ATF 130 V 196 consid. 3 ; Blaise KNAPP, L'exécution de tâches publiques fédérales par des tiers, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Organisationsrecht, ch. 92 et 93).

b) Aux termes de l'art. 5 al. 3 Cst., les organes de l'État et les particuliers doivent agir conformément aux règles de la bonne foi. Cela implique notamment qu'ils s'abstiennent d'adopter un comportement contradictoire ou abusif. De ce principe découle notamment, en vertu de l'art. 9 Cst., le droit de toute personne à la protection de sa bonne foi dans ses relations avec l'État (cf. ATF 137 I 69 consid. 5.2 p. 72 s.; 136 I 254 consid. 5.2 p. 261).

c) A teneur de l'art. 42 al. 1 LAMal, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22 al. 1 LPGA, ce droit peut être cédé au fournisseur de prestations.

---

d) Selon l'art. 74 CO, le lieu où l'obligation doit être exécutée est déterminée par la volonté expresse ou présumée des parties (al. 1 ). A défaut de stipulation contraire, les dispositions suivantes sont applicables : lorsqu'il s'agit d'une somme d'argent, le paiement s'opère dans le lieu où le créancier est domicilié à l'époque du paiement (al. 2 ch. 1).

7. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par la maxime inquisitoire, selon laquelle les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; ATF 130 I 177 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 177 consid. 3.2 ; ATF 128 III 411 consid. 3.2).

Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3).

8. 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 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).
9. En l'espèce, il est établi que l'intimée est une caisse-maladie accomplissant une tâche de droit public déléguée par la Confédération, soit la gestion de l'assurance-maladie sociale.

Il ressort des décomptes fournis par l'intimée qu'elle pratique le système du tiers garant (cf. Remboursement des frais médicaux et tiers garant, disponible sur <http://fr.assura.ch/assurance-maladie/remboursement-des-frais-medicaux-et-tiers-garant>, consulté le 2 juin 2014). En d'autres termes, il appartient à ses assurés, dont fait partie le recourant, de s'acquitter de leurs frais médicaux directement, puis de lui en demander le remboursement.

Dans le cadre de la procédure, il est apparu que le recourant et l'intimée sont parvenues à un accord en ce qui concerne le principe du remboursement des frais médicaux par le biais de mandats postaux.

Le litige entre les parties concerne les frais prélevés par l'intimée sur les montants remboursés au recourant pour l'exécution de ces mandats postaux.

Après avoir initialement informé le recourant qu'elle prélèverait des frais administratifs forfaitaires de CHF 30.- par mandat postal, l'intimée est revenue sur cette décision, à juste titre, choisissant de ne prélever que les frais effectifs facturés par la poste. Le recourant a d'abord contesté la quotité de ces frais effectifs, avant de les admettre dans le cadre de son recours.

Le fait que la poste prélève des frais lorsqu'elle exécute un mandat postal est acquis. Le montant de ces frais est accessible au public, notamment sur internet (<https://www.postfinance.ch/fr/priv/prod/pay/national/outpay.html>, consulté le 3 juin 2014) :

Montant	e-finance
Jusqu'à CHF 100.-	CHF 8.-
Jusqu'à CHF 500.-	CHF 8,50
Jusqu'à CHF 1'000.-	CHF 9.-
Par CHF 1'000.- ou fraction de CHF 1'000.- en plus	CHF 1.-

Compte tenu de ces éléments, il apparaît que les parties ne s'opposent plus devant la chambre de céans que sur le nombre de remboursement de frais médicaux devant intervenir par année. Le recourant souhaite être remboursé annuellement au moyen d'un seul mandat postal, afin de limiter les frais qui lui sont facturés. S'il accepte de regrouper à l'avenir les factures adressées à l'intimée en un seul envoi, conformément à la demande de celle-ci, il s'oppose au remboursement fractionné des dix décomptes intervenu entre le 6 et le 21 août 2013.

En ce qui concerne les futurs frais médicaux du recourant, il convient de suivre l'intimée dans son raisonnement. Le fait que le recourant souhaite se voir rembourser annuellement ses frais médicaux au moyen d'un seul et unique mandat postal implique de la part de ce dernier qu'il lui adresse ses factures en un seul envoi. En effet, il n'appartient pas à l'intimée de stocker les factures que ses assurés lui envoient et de s'assurer qu'aucune autre facture ne lui sera adressée avant de procéder à leur remboursement. Ce point n'est d'ailleurs pas contesté par le recourant.

En ce qui concerne les frais médicaux remboursés durant le mois d'août 2013, il apparaît que l'intimée était en possession des factures du recourant depuis plusieurs

semaines, voire plusieurs mois, à teneur les dix décomptes de prestations figurant au dossier. Rappelons également que ces décomptes n'avaient pas pu être soldés, le recourant n'ayant pas communiqué de références bancaires ou postales. En procédant à dix remboursements distincts, l'intimée a manqué de diligence et occasionné des frais inutiles à la charge de l'assuré, violant ainsi les règles de la bonne foi applicable dans le rapport entre l'Etat, dont elle est délégataire, et les particuliers. En effet, dans la mesure où elle était déjà en possession des factures à rembourser et qu'elle avait établi les décomptes y relatifs, rien ne permet de justifier ce remboursement fractionné.

En procédant de cette manière, l'intimée a conduit la poste à facturer CHF 85,50 de frais. Si elle s'était acquittée de la totalité de sa dette d'un montant de CHF 4'202,50, au moyen d'un seul mandat postal, ces frais se seraient montés à CHF 13.-. Dès lors, il appartient à l'intimée de restituer au recourant la différence, soit une somme de CHF 72,50.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est admis.
11. Il ne sera pas alloué de dépens au recourant, compte tenu de la simplicité de la procédure et du fait qu'il a agi en personne, sans l'assistance d'un conseil (art. 6 du Règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFP A E 5 10.03).

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

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision sur opposition du 30 janvier 2014.
3. Condamne ASSURA-BASIS SA à rembourser à Monsieur A\_\_\_\_\_ le montant de CHF 72,50.
4. Dit qu'il n'est pas alloué de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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