

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/729/2017

ATAS/354/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 avril 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A _____, domiciliée c/o Madame B _____, à GENÈVE

recourante

contre

HELSANA ASSURANCES SA, sise Zürichstrasse 130,
DUBENDORF

intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), au bénéfice d'une rente d'assurance-invalidité depuis 1998, était affiliée auprès d'HELSANA ASSURANCES SA (ci-après HELSANA ou l'assureur ou l'intimée) lorsqu'elle a souhaité changer de caisse-maladie avec effet au 1^{er} juin 2008. Son choix s'est alors porté sur AUXILIA ASSURANCE-MALADIE SA (ci-après AUXILIA).
2. Par décision du 7 avril 2009, l'Office cantonal de la population du canton de Genève (ci-après OCP) a constaté que l'assurée avait quitté le canton de Genève pour s'établir en France dès le 1^{er} janvier 2004.

Cette décision a été confirmée par arrêt du Tribunal administratif du canton de Genève du 4 août 2010 (ATA/535/2010).
3. Le 12 août 2009, l'assureur a attesté que l'assurée avait été affiliée du 1^{er} janvier 2007 au 31 mai 2008. Ses cotisations étaient totalement à jour.
4. Le 6 novembre 2009, l'assurée a résilié son contrat avec AUXILIA pour le 31 décembre 2009. Elle a demandé son affiliation auprès d'HELSANA, qui l'a acceptée à partir du 1^{er} janvier 2010.
5. Le 4 mars 2010, HELSANA a annulé cette affiliation avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010 au motif que l'assurée ne s'était pas acquittée de l'intégralité des primes ou des participations aux coûts envers AUXILIA.
6. Le 8 avril 2010, l'assureur a procédé au remboursement en faveur de l'assurée des primes de janvier à avril 2010.
7. Le 21 avril 2010, l'assurée, précisant qu'AUXILIA avait finalement accepté sa résiliation, a demandé à HELSANA d'établir une nouvelle police d'assurance.
8. Le 26 avril 2010, l'assurée a, une nouvelle fois, sollicité HELSANA pour qu'elle lui établisse une police d'assurance.
9. Le 16 juin 2010, l'assurée a demandé à HELSANA de bien vouloir lui confirmer son affiliation dès le 1^{er} mai 2010.
10. Les 16, 23 juin et 19 juillet 2010, l'assureur a refusé de prendre en charge des frais médicaux, étant donné que l'assurée n'était plus couverte depuis le 1^{er} juin 2008.
11. Le 24 juin 2010, l'assureur a accepté de réaffilier l'assurée avec effet au 1^{er} janvier 2010.
12. Le 24 août 2010, l'assureur a confirmé l'affiliation de l'assurée depuis le 1^{er} janvier 2010. De ce fait, les primes d'assurance étaient dues dès cette année et sans interruption.
13. Le 20 novembre 2010, l'assurée a demandé à l'assureur d'annuler son contrat d'assurance avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010, au motif qu'elle n'était pas domiciliée en Suisse depuis plusieurs années. L'assurée expliquait qu'à défaut de

domicile en Suisse, elle n'avait aucune obligation de s'affilier à une assurance-maladie.

14. Le 24 novembre 2010, l'assurée a annoncé à l'OCP son retour, dès le 1^{er} décembre 2010, sur le territoire genevois.

Par deux décisions des 7 et 10 juin 2011, l'OCP a annulé avec effet rétroactif au 1^{er} décembre 2010 l'annonce d'arrivée du 24 novembre 2010 de l'assurée, considérant que celle-ci résidait en France.

Ces décisions ont été confirmées par la chambre administrative de la Cour de justice (ATA/276/2012 du 8 mai 2012) et par le Tribunal fédéral (2C_581/2012 du 28 juin 2012).

15. Le 3 décembre 2010, l'assurée a indiqué à l'assureur qu'elle n'habitait plus en Suisse.

16. Les 10 janvier et 3 février 2011, l'assureur a refusé de prendre en compte la demande de résiliation de l'assurée. L'assurée avait été obligatoirement affiliée sans discontinuer. Les primes en suspens étaient donc dues.

17. Le 2 mai 2011, l'assurée a demandé à l'assureur de rendre une décision formelle concernant son affiliation. Bien que n'étant plus assurée chez HELSANA depuis en tout cas trois ans, elle recevait des factures de primes. Elle avait pu reprendre en 2011 une assurance-maladie auprès de la MUTUEL Assurance Maladie SA.

18. Par décision du 11 juillet 2011, l'assureur a indiqué que suite à ses investigations, il s'avérait que le domicile légal de l'assurée se situait en France et qu'elle percevait une rente d'invalidité suisse. En conséquence, l'assurée était soumise aux contrats bilatéraux franco-suisse et devait exercer son droit d'option pour le choix d'une assurance-maladie. Elle avait la possibilité de rester assurée auprès de l'assureur, en contrat bilatéral. Si elle choisissait une autre caisse-maladie en Suisse, elle devait adresser à l'assureur la confirmation de l'assurance bilatérale auprès du nouvel assureur et une résiliation écrite. La couverture d'assurance actuelle pouvait alors être résiliée pour la fin d'un mois à condition que tous les arriérés soient acquittés. Si elle optait pour une assurance en France, l'assurée était tenue de transmettre un certain nombre de justificatifs. L'assurée avait jusqu'au 30 septembre 2011 pour informer l'assureur de son choix, définitif et irrévocable, entre l'assurance suisse ou française. Passé ce délai et sans nouvelles de sa part, la couverture d'assurance auprès de l'assureur resterait active et l'assurée serait affiliée d'office dans un contrat bilatéral à partir du 1^{er} octobre 2011.

19. L'assurée s'est opposée à cette décision.

20. Le 12 août 2011, MUTUEL Assurance Maladie SA a annulé l'assurance obligatoire des soins de l'assurée, vu son affiliation auprès d'HELSANA.

21. Par décision sur opposition du 21 décembre 2011, l'assureur a confirmé sa décision du 11 juillet 2011. L'assurée n'avait pas fait usage du droit d'option dans le délai

imparti. Elle restait ainsi affiliée auprès d'HELSANA selon les accords bilatéraux (ALCP) dès le 1^{er} octobre 2011.

Cette décision a été confirmée par la Chambre de céans (ATAS/978/2012 du 21 août 2012) et par le Tribunal fédéral (9C_781/2012 du 8 janvier 2013).

22. Le total de la prime mensuelle BASIS avec accident pour l'année 2010 était de CHF 406.20 (police d'assurance du 27 juillet 2010).
23. Le 31 juillet 2010, l'assureur a adressé à l'assurée une facture relative aux primes de janvier à septembre 2010 pour un montant de CHF 2'843.40 (CHF 3'655.80 – 2 x CHF 406.20 déjà payés), ainsi qu'un rappel le 19 septembre 2010 et une sommation le 17 octobre 2010.
24. La prime d'octobre 2010 a été facturée (le 28 août 2010) et a fait l'objet d'un rappel (le 17 octobre 2010).
25. La prime de novembre 2010 a été facturée le 25 septembre 2010.
26. Les 29 novembre 2010, 12 janvier 2011 et 27 juin 2013, trois sommations ont été notifiées à l'assurée concernant les primes dues de janvier à novembre 2010, les intérêts de retard de 5% dès le 9 septembre 2010 et les frais administratifs, sous déduction des montants déjà payés.
27. Les 26 mai 2011, 4 février, 19 juin et 6 septembre 2013, quatre tentatives infructueuses de notifications de commandements de payer ont eu lieu, tendant au paiement des primes de janvier à novembre 2010 de CHF 3'655.80, auxquelles s'ajoutaient les intérêts de retard, les frais administratifs et les anciens frais de poursuite.

Selon l'Office des poursuites (ci-après OP), l'assurée avait quitté son domicile et aucun changement d'adresse n'avait été annoncé à l'OCP.
28. Le 20 novembre 2013, l'assurée a indiqué notamment qu'elle n'était plus cliente d'HELSANA depuis plusieurs années et qu'elle n'avait aucune dette envers cet assureur.
29. Le 28 novembre 2013, l'assureur a notamment indiqué que l'assurée était toujours restée affiliée chez HELSANA. En contrat individuel jusqu'au 30 septembre 2011 et à partir du 1^{er} octobre 2011 dans le cadre des accords bilatéraux en sa qualité de rentière suisse sur sol européen, puisque l'arrêt du Tribunal fédéral du 8 janvier 2013 était entré en force.
30. Le 13 décembre 2013, l'assureur a adressé une nouvelle sommation portant sur les primes de janvier à novembre 2010 de CHF 4'468.20 + CHF 607.85 à titre d'intérêts de retard du 9 septembre 2010 au 13 décembre 2013 + CHF 488.15 de frais administratifs, sous déduction de CHF 812.40.
31. Le 27 février 2014, un commandement de payer a été notifié à l'assurée dans la poursuite N° 1_____, tendant au paiement de CHF 3'655.80 avec intérêts à 5% dès

le 9 septembre 2010 + CHF 100.- de frais administratifs + CHF 388.15 d'anciens frais de poursuite.

32. L'assurée a fait opposition au commandement de payer.
33. Les 3 et 27 mars 2014, l'assurée s'est dite étonnée de recevoir ce commandement de payer, étant donné qu'elle n'était plus affiliée chez l'assureur en 2010, le contrat ayant pris fin au 1^{er} juin 2008. Ce dernier avait en effet annulé le contrat du 4 mars 2010 avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010 et lui avait restitué les primes en 2010. Elle sollicitait l'annulation de la poursuite.
34. Le 9 avril 2014, l'assureur a rappelé à l'assurée que par courrier du 28 novembre 2013, il l'avait informée qu'elle restait toujours bien assurée chez lui. En contrat individuel du 1^{er} janvier 2010 au 30 septembre 2011 et dans le cadre des accords bilatéraux en qualité de rentière suisse sur sol européen dès le 1^{er} octobre 2011. La couverture d'assurance était maintenue et la créance restait due. Une décision de mainlevée d'opposition formelle, concernant la poursuite N° 1_____, allait être notifiée.
35. Par décision du 14 avril 2014, l'assureur a levé l'opposition à la poursuite N° 1_____. Le montant dû s'élevait à CHF 4'910.70 (CHF 3'655.80 de primes de janvier à novembre 2010 + CHF 666.45 d'intérêts de retard dès le 9 septembre 2010 + CHF 100.- de frais administratifs + CHF 488.45 de frais de poursuite).
36. Le 21 mai 2014, l'assurée a formé opposition à cette décision de mainlevée, faisant valoir notamment l'absence d'affiliation auprès de l'assureur depuis le 1^{er} juin 2008, ce que l'assureur avait lui-même confirmé à plusieurs reprises en annulant son affiliation et en lui remboursant les primes de janvier à avril 2010. Sans motifs, l'assureur lui avait donc adressé des commandements de payer début 2013.
37. Le 19 septembre 2014, l'assureur a expliqué que l'assurée était toujours restée affiliée auprès de lui, comme il l'avait déjà indiqué par courriers des 28 novembre 2013 et 9 avril 2014. Les primes de janvier à novembre 2010 restaient toujours impayées. Un délai jusqu'au 30 octobre 2014 lui était accordé pour verser le montant de CHF 4'098.30, à la suite de quoi la poursuite n° 1_____ serait annulée sans frais.
38. Le 28 octobre 2014, l'assurée a rappelé que selon les propres décisions de l'assureur, elle n'était plus assurée chez lui depuis le 31 mai 2008. Depuis lors, elle avait choisi un autre assureur.
39. Le 5 octobre 2016, l'assurée a sollicité de la part de l'assureur la radiation notamment de la poursuite n° 1_____, estimant que celle-ci était échue. Elle n'était plus affiliée chez lui depuis le 1^{er} juin 2008.
40. Le 24 octobre 2016, l'assureur a indiqué notamment que l'assurée ne s'était pas acquittée des poursuites et qu'il n'allait pas prendre position à nouveau sur son affiliation, celle-ci ayant déjà fait l'objet d'arrêts.

-
41. Le 27 décembre 2016, l'assurée a réitéré qu'elle était déjà affiliée auprès d'une autre caisse-maladie depuis cinq ans. Elle n'était plus cliente de l'assureur depuis le 31 mai 2008.
 42. Le 25 janvier 2017, l'assureur a rendu huit décisions sur opposition, dont une concernant l'opposition à la décision de mainlevée (poursuite n° 1_____) du 14 avril 2014, que l'assureur a rejetée. Il a confirmé la mainlevée de CHF 3'655.80 de créance principale pour les primes de janvier à novembre 2010, avec intérêts à 5% dès le 9 septembre 2010, de CHF 40.- de frais de rappel, de CHF 60.- de frais de traitement et de CHF 388.15 d'anciens frais de poursuites.

L'assurée était assurée auprès de l'assureur depuis le 1^{er} janvier 2010, comme l'avaient déjà retenu la Chambre de céans et le Tribunal fédéral. L'assureur avait engagé des procédures de poursuites, qui avaient échoué, engendrant des frais de poursuite de CHF 388.15. Enfin, selon les conditions d'assurance BASIS, les frais de rappel, les frais supplémentaires et l'intérêt de 5% dès le 9 septembre 2010 (mi-échéance) étaient justifiés. Les objections formulées par l'assurée n'apportaient aucun nouvel élément, de sorte que son opposition devait être rejetée.

43. Le 3 février 2017, l'assurée a adressé à l'assureur une copie des polices d'assurance établies par ASSURA de 2012 à 2017. Elle demandait l'annulation des huit décisions et le retrait de quatre commandements de payer.
44. Le 28 février 2017, l'assureur a indiqué qu'il n'y avait pas lieu d'annuler les décisions sur opposition du 25 janvier 2017.
45. Par un acte unique daté du 1^{er} mars 2017, l'assurée a interjeté recours contre les huit décisions, concluant, préalablement, à la production par l'intimée des décisions litigieuses, principalement, à la constatation que la recourante est affiliée auprès d'ASSURA depuis le 1^{er} février 2012 et que toute demande de primes de la part de l'intimée est prescrite, à la libération de la recourante de toute dette envers l'intimée et à l'autorisation de la radiation des commandements de payer n° 2_____, n° 3_____, n° 1_____ et n° 4_____, et subsidiairement, à la constatation de l'irrégularité de la notification des huit décisions adressées par pli simple en France, à leur annulation et à l'autorisation de la radiation des commandements de payer précités.

La recourante a fait valoir notamment que l'intimée a annulé son affiliation avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010. En 2011, elle avait été affiliée auprès du Groupe MUTUEL, mais suite à l'intervention de l'intimée cette année-là, le Groupe MUTUEL avait annulé son contrat. Depuis le 1^{er} février 2012, elle était affiliée auprès d'ASSURA, conformément aux polices d'assurance qu'elle produisait.

La recourante soutient que toutes les primes d'assurance relatives à l'intimée sont prescrites puisque le délai de prescription de 5 ans à compter du 1^{er} février 2012 est échu à ce jour. La recourante devait donc être libérée de toute dette envers l'intimée.

Par ailleurs, plus d'un an s'était écoulé depuis la notification des commandements de payer et l'intimée n'avait pas demandé la mainlevée de l'opposition dans le délai imparti. La Chambre de céans devait donc autoriser la radiation des poursuites.

En outre, l'intimée avait eu un comportement contradictoire puisque depuis 2010 elle avait cherché à l'assurer à tout prix. Elle avait refusé la prise en charge des prestations et établi maintes polices d'assurance rétroactivement. L'intimée avait ainsi constamment changé d'avis. Le comportement de l'intimée l'avait contrainte à choisir une autre caisse-maladie, digne de confiance.

Enfin, l'intimée avait envoyé toutes les décisions par pli simple à son adresse en France, alors que la recourante était domiciliée à Genève. Même si la recourante avait pu prendre connaissance de ces décisions à temps, celles-ci devaient tout de même être annulées, vu l'irrégularité de leur notification. Cette manière de faire, empêchait le calcul précis du délai de réponse, étant donné que les enveloppes ne comportaient pas de timbre.

46. Les huit recours ont été enregistrés sous les causes n° A/729/2017, A/730/2017, A/733/2017, A/734/2017, A/735/2017, A/736/2017, A/737/2017, A/738/2017.
47. Par réponses datées du 24 avril 2017, l'intimée a conclu au rejet de chaque recours.

Selon l'intimée, la recourante, qui lui était affiliée depuis le 1^{er} janvier 2010, n'avait payé aucune prime depuis cette date. Par ailleurs, la recourante n'avait subi aucun préjudice suite à la notification des décisions en France.

S'agissant en particulier de la décision sur opposition concernant la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° 1_____ du 14 avril 2014 (enregistrée sous la cause A/729/2017), l'intimée a indiqué que les primes de janvier à novembre 2010 avaient été correctement facturées et avaient fait l'objet de rappels et de sommations. Suite aux problèmes pour trouver le domicile de la recourante, le commandement de payer n° 1_____ B avait finalement pu être notifié le 27 février 2017 (recte : 2014) et la recourante y avait fait opposition. Par conséquent, cette poursuite n'était pas périmée. En outre, le droit de réclamer les primes de janvier à novembre 2010 n'était pas périmé non plus, vu les factures adressées à la recourante en 2010, puis les rappels et les commandements de payer. La recourante devait en outre payer les intérêts moratoires, les frais administratifs et les frais de la poursuite.

48. Le 22 juin 2017, la Chambre de céans a ordonné la jonction de l'ensemble des causes sous la cause A/729/2017.
49. À la demande de la Chambre de céans, l'intimée a produit notamment les sommations adressées à la recourante en 2010.
50. Par pli du 10 novembre 2017, la recourante est revenue sur ses allégations, précisant qu'elle avait été assurée chez ASSURA depuis janvier 2013 et non depuis février 2012.

51. Le 16 novembre 2017, ASSURA a confirmé que la recourante était affiliée chez elle depuis le 1^{er} janvier 2013.
52. Le 24 novembre 2017, la recourante a fait valoir notamment que l'intimée avait résilié le contrat avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010 et remboursé les primes pour cette année-là. Elle avait également refusé de lui verser les prestations pour 2010. Il n'y avait donc aucun arriéré de primes à l'époque puisque les actes concrets et les courriers de l'intimée confirmaient l'absence de contrat d'assurance depuis le 31 mai 2008. Depuis le 1^{er} janvier 2013, elle était assurée chez ASSURA.
53. Le 30 novembre 2017, l'intimée a produit les conditions d'assurances (CA) BASIS, éditions des 1^{er} janvier 2006, 2014 et 2016.
54. Par pli du 21 décembre 2017, l'intimée a expliqué notamment que contrairement à ce qu'alléguait la recourante, celle-ci avait bien été affiliée de 2010 à 2012 auprès de l'intimée. Si celle-ci avait effectivement désactivé sa couverture pendant un certain temps, cela découlait du fait que la recourante avait, encore une fois, annoncé un déménagement en France et requis l'annulation de sa couverture. Par ailleurs, le montant de CHF 388.15 figurant dans la poursuite n° 1_____ correspondait aux frais engendrés par les quatre commandements de payer qui n'avaient pas pu être notifiés, étant donné que la recourante avait déménagé sans l'annoncer à l'intimée. L'intimée renonçait toutefois à percevoir ses anciens frais de poursuite. Enfin, l'intimée proposait une transaction selon laquelle la recourante reconnaissait devoir les primes de 2010 à 2012 (pour un total de CHF 17'806.95 avec intérêts moratoires à 5% dès le 1^{er} juillet 2011) et l'intimée admettait la fin de l'affiliation au 31 décembre 2012.
55. Le 16 janvier 2018, la recourante a refusé la proposition de l'intimée, car aucune prime n'était due selon elle. S'agissant des primes 2010 à 2012, le délai de prescription était écoulé. L'intimée lui avait remboursé les primes de janvier à avril 2010 et avait refusé la prise en charge des prestations. Son comportement démontrait clairement l'inexistence d'un contrat entre elle et la recourante. Ainsi, en refusant de verser les prestations dues par le contrat d'assurance-maladie, c'était bien l'intimée qui ne s'était pas soumise aux arrêts de la Chambre de céans et du Tribunal fédéral. De manière contradictoire, l'intimée prétendait maintenant que les primes seraient dues. Par ailleurs, la recourante a fait valoir que de 2010 à 2012, elle avait habité à Genève. Enfin, elle modifiait ses conclusions, dans la mesure où son affiliation auprès d'ASSURA existait depuis le 1^{er} janvier 2013, et non depuis le 1^{er} février 2012.
56. Le 23 janvier 2018, l'intimée a fait valoir que les primes n'étaient pas prescrites et les commandements de payer n'étaient pas périmés. Pour la période de 2010 à 2012, la recourante ne faisait pas valoir qu'elle aurait été valablement assurée auprès d'un autre assureur LAMal. Elle était donc forcément affiliée à l'intimée, et devait payer les primes. L'annulation de l'affiliation avait été effectuée à tort suite à la demande de la recourante annonçant son déménagement en France. Or, comme elle percevait

une rente AVS/AI, l'obligation d'affiliation LAMal était conservée. Si la recourante persistait à refuser d'admettre que l'intimée était bien son assureur de 2010 à 2012 et qu'elle continuait à contester être la débitrice des primes de 2010 à 2012, l'intimée maintenait alors que son affiliation n'avait pas cessé jusqu'à ce jour, en raison des arriérés de primes depuis 2010. L'intimée réitérait sa proposition transactionnelle du 21 décembre 2017.

57. Par écriture du 5 février 2018, la recourante a contesté les arguments de l'intimée. Celle-ci lui avait remboursé les primes de janvier à avril 2010, ce qui démontrait l'inexistence d'un contrat d'assurance-maladie et le fait que la recourante n'était débitrice d'aucune dette. Vu les refus de l'intimée de verser les prestations, la recourante avait cherché à s'affilier auprès d'autres caisses-maladie, ce que l'intimée l'avait empêchée de faire. La recourante ne disposait plus des justificatifs médicaux de 2010 à 2012 pour les adresser à nouveau à l'intimée et celle-ci ne les avait jamais réclamés.
58. Le 28 février 2017, la recourante a informé la Chambre de céans que l'intimée lui avait adressé une nouvelle poursuite pour les primes de juillet à octobre 2017.
59. Par ordonnance du 29 mars 2018, la Chambre de céans a disjoint la cause A/729/2017 des autres causes, lesquelles ont été regroupées sous la cause A/730/2017.
60. Par plis du 6 avril 2018, la recourante a fait remarquer que l'intimée estimait, dans la cause A/729/2017, que les primes pour les mois d'octobre et novembre 2010 avaient déjà été payées. Or, elle n'avait jamais payé ces deux primes. Par ailleurs, si par impossible, la Chambre de céans estimait que des primes étaient dues à l'intimée, il convenait alors de déduire du montant dû, les frais médicaux encourus en 2010.
61. Après avoir adressé une copie de ces courriers à l'intimée, la Chambre de céans a gardé la cause 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) en vigueur depuis le 1^{er} 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Déposé dans le délai et la forme requis, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
4. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° 1_____, à hauteur de CHF 3'655.80 à titre de primes de janvier à

novembre 2010, avec intérêts à 5 % dès le 9 septembre 2010 ainsi que CHF 40.- de frais de rappel, CHF 60.- de frais de traitement et CHF 388.15 d'anciens frais de poursuites.

Dans son écriture du 6 avril 2018, la recourante conclut subsidiairement à ce que les frais médicaux encourus en 2010 soient déduits des éventuelles primes dues à l'intimée.

La Chambre de céans relèvera que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimée ne s'est pas prononcée sur la question de la prise en charge des frais médicaux encourus par la recourante en 2010. Partant, la Chambre de céans ne saurait se prononcer sur ce point dans le cadre de la présente procédure.

La conclusion prise par la recourante dans son écriture du 6 avril 2018 sera, par conséquent, déclarée irrecevable.

5. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ce sont produits (ATF 130 V 445). En l'espèce, les faits déterminants se rapportent à la poursuite intentée par l'intimée pour le recouvrement des primes de janvier à novembre 2010. Sont dès lors applicables les dispositions légales en vigueur en 2010.
6. La recourante invoque tout d'abord une notification irrégulière de la décision litigieuse, au motif que celle-ci lui a été adressée par pli simple en France, alors qu'elle est domiciliée en Suisse, ce qui l'aurait empêchée de calculer le délai de recours.

Selon l'art. 49 al. 3 *in fine* LPGA, la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

En l'occurrence, la Chambre de céans peine à saisir le grief invoqué par la recourante. En effet, à l'appui de son recours, la recourante a joint la décision litigieuse notifiée par pli recommandé à son domicile à Genève, ainsi que l'attestation de la date à laquelle la recourante l'a réceptionnée.

Quoi qu'il en soit, la recourante reconnaît elle-même n'avoir subi aucun préjudice de l'envoi de la décision à son adresse en France.

Partant, ce grief doit être écarté.

7. a. Aux termes de l'art 64a al. 1 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie un rappel écrit et lui impartit un délai de 30 jours en attirant son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas ses paiements dans ce délai.

b. Selon l'art. 105b de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102; dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011), les primes et les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins échues et impayées doivent faire l'objet, dans les trois mois qui suivent leur exigibilité, d'une sommation écrite qui sera précédée d'au moins un rappel et qui sera distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, l'assureur doit impartir à l'assuré un délai de 30 jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas le paiement (al. 1). Si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai imparti, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent, de manière distincte des autres retards de paiement éventuels (al. 2). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (al. 3).

Les délais prévus dans les dispositions qui précèdent 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 (suspension de la prise en charge des traitements) 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, 9C_397/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2 et 9C_786/2008 du 31 octobre 2008 consid. 3).

c. Le financement de l'assurance-maladie sociale repose ainsi 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. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 13 al. 2 let. a LAMal), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés 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; art. 105b OAMal). 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 (voir ATF 131 V 147).

d. Selon la jurisprudence, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

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 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).
9. En l'occurrence, la recourante conteste être la débitrice des primes de janvier à novembre 2010, en faisant valoir qu'elle n'est plus liée contractuellement à l'intimée depuis le 1^{er} juin 2008 et que celle-ci aurait eu un comportement contradictoire.

On relèvera que la recourante a déjà fait valoir cet argument par-devant la Chambre de céans dans le cadre d'une procédure antérieure (cause A/250/2012). Si l'intimée a certes refusé dans un premier temps de prendre en charge des frais médicaux en 2010 - au motif que l'affiliation de la recourante avait dû être annulée en raison de ses retards de paiements envers AUXILIA - il n'en demeure pas moins qu'une fois l'intégralité des primes ou des participations aux coûts envers AUXILIA effectués,

l'intimée a réaffilié la recourante dès le 1^{er} janvier 2010, comme celle-ci le lui a expressément demandé les 21 et 26 avril 2010. L'intimée a en effet accepté son affiliation le 24 juin 2010, avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010. Ce fait a été confirmé à la recourante par courrier du 24 août 2010. La Chambre de céans relèvera en outre que la recourante, a, par courrier du 20 novembre 2010, demandé à l'intimée l'annulation du contrat d'assurance avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2010, ce qui démontre bien qu'elle savait non seulement qu'elle était affiliée à l'intimée depuis cette date, mais également qu'elle pouvait lui adresser les justificatifs médicaux pour remboursement. L'affiliation dès le 1^{er} janvier 2010 de la recourante à l'intimée a, du reste, été confirmée à plusieurs reprises, et en particulier par la Chambre de céans le 21 août 2012 (ATAS/978/2012) et par le Tribunal fédéral (9C_781/2012 du 8 janvier 2013). Au demeurant, la recourante n'allègue pas, dans son recours, qu'elle aurait été affiliée auprès d'un autre assureur pendant l'année 2010.

Partant, le grief de la recourante tombe à faux.

10. La recourante fait valoir que les primes réclamées par l'intimée sont prescrites.

Aux termes de l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée.

En adoptant cette disposition, le législateur n'a fait aucune distinction entre cotisation annuelle et cotisation mensuelle, étant rappelé que les créances de cotisations portent en général sur une année civile (FF 1991 II 181 ss ad art. 31). Une caisse maladie est donc en droit de réclamer dans le délai de péremption de cinq ans le paiement des cotisations (ATAS/762/2005 du 7 septembre 2005). Le délai de péremption ne peut être ni interrompu, ni prolongé (ATF 126 II 145). Il peut toutefois, en vertu d'un principe général du droit, être restitué si l'intéressé a été empêché sans sa faute par des circonstances insurmontables d'agir à temps (ATF 136 II 187, 193; 125 V 262, 265; 114 V 123, 124).

En l'occurrence, l'intimée a adressé à la recourante trois factures en date des 31 juillet, 28 août et 25 septembre 2010 concernant, respectivement, les primes de janvier à septembre 2010 (CHF 2'843.40, soit 9 x CHF 406.20 – 812.40 déjà payés), celle d'octobre 2010 (CHF 406.20) et celle de novembre 2010 (CHF 406.20), soit bien avant l'écoulement du délai de cinq ans. Au surplus, des rappels, des sommations et un commandement de payer portant sur ces primes ont encore été adressées à la recourante, en 2010, 2011, 2013 et 2014, soit également avant l'écoulement du délai de cinq ans.

Partant, le grief invoqué par la recourante doit être écarté.

11. La recourante fait également valoir que le droit de l'intimée à continuer la poursuite se serait périmé.

Selon l'art. 88 al. 1 et 2 LP, lorsque la poursuite n'est pas suspendue par l'opposition ou par un jugement, le créancier peut requérir la continuation de la poursuite à l'expiration d'un délai de 20 jours à compter de la notification du commandement de payer. Ce droit se périmé par un an à compter de la notification du commandement de payer. Si opposition a été formée, ce délai ne court pas entre l'introduction de la procédure judiciaire ou administrative et le jugement définitif.

Bien que le texte légal ne le précise pas expressément, l'opposition formée par l'assuré au commandement de payer entraîne l'ouverture de la procédure administrative de mainlevée. Cette procédure revêt la même double fonction que le procès civil en reconnaissance de dette pour les créances de droit civil, dans lequel le juge civil statue sur le fond et sur la levée de l'opposition (ATF 134 III 115 consid. 4.1.2; ATF 107 III 60 consid. 3). Le délai de péremption de l'art. 88 al. 2 LP est ainsi suspendu tant que le créancier à la poursuite n'a pas la faculté d'obtenir une déclaration authentique certifiant le caractère définitif et exécutoire de la décision levant l'opposition au commandement de payer, l'attestation de l'entrée en force pouvant aussi découler de la loi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_414/2015 du 16 octobre 2015 consid. 4.2.2).

En l'espèce, la recourante a formé opposition au commandement de payer, de sorte que conformément à l'art. 88 al. 2, 2^{ème} phrase LP, le délai de péremption a donc été suspendu.

Dans ces circonstances, la poursuite n° 1_____ n'est pas périmée et le grief invoqué par la recourante doit être rejeté.

Par ailleurs, la Chambre de céans relèvera que les montants figurant dans les décomptes établis par l'intimée au titre de cotisations d'assurance de janvier à novembre 2010 ne sont pas entachés d'erreur et qu'ils correspondent à la police d'assurance du 27 juillet 2010. Au demeurant, la recourante ne les conteste pas.

Compte tenu de ce qui précède, les primes de janvier à novembre 2010, d'un montant de CHF 3'655.80, sont dues par la recourante.

12. En vertu de l'art. 26 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. Le taux d'intérêt moratoire pour les primes échues est de 5% par année (art. 105a OAMal).

Selon l'art. 5.2 des conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de BASIS (CA), édition du 1^{er} janvier 2006, les primes sont échues le premier jour de chaque mois ou le premier jour de la période convenue, si tel est le cas.

Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée réclame des intérêts moratoires de 5% dès le 9 septembre 2010, sur le montant dû au titre des primes pour janvier à novembre 2010.

13. S'agissant des frais de rappel, de mise en demeure, il suffira de rappeler qu'ils sont prévus par l'art. 105b al. 3 OAMal (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011). Aux termes de cette disposition, lorsque l'assuré a causé par sa faute des

dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré.

Tel est le cas en l'espèce, puisque l'art. 5.5 des conditions d'assurance BASIS de l'assurance obligatoire des soins - édition janvier 2006 prévoit que les frais résultant du retard dans l'acquittement des primes et participations aux coûts, comme par ex. les frais de rappel et les frais d'encaissement, vont à la charge de la personne assurée.

En l'occurrence, l'intimée a notifié à la recourante six rappels. C'est par conséquent à bon droit que l'intimée réclame le paiement de CHF 40.- de frais de rappel et CHF 60.- de frais de traitement.

Enfin, s'agissant du montant de CHF 388.15 figurant sur le commandement de payer à titre d'anciens frais de poursuite, la Chambre de céans relèvera que si l'intimée a certes introduit quatre poursuites infructueuses, étant donné que la recourante avait changé d'adresse sans en informer ni l'intimée, ni l'OCP, il n'en demeure pas moins que l'intimée n'a versé à la procédure aucune pièce justificative attestant ce montant.

Quoiqu'il en soit, l'intimée, dans son écriture du 21 décembre 2017, a renoncé à réclamer ces frais. Partant, le montant de CHF 388.15 à titre d'anciens frais de poursuite ne sera pas confirmé par la Chambre de céans.

14. Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était donc en droit de poursuivre la recourante pour le montant des primes dues de janvier à novembre 2010 avec intérêts à 5% dès le 9 septembre 2010, demeurées impayées, ainsi que pour les frais de rappel et les frais de traitement causés par le retard de la recourante, à l'exclusion des anciens frais de poursuite.
15. En conséquence, le recours sera partiellement admis et la mainlevée de l'opposition au commandement de payer poursuite n° 1_____ ne peut être prononcée qu'à hauteur de CHF 3'655.80 de primes, avec intérêts à 5% dès le 9 septembre 2010, et CHF 100.- de frais administratifs.
16. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare recevable le recours interjeté le 1^{er} mars 2017 contre la décision sur opposition de l'intimée du 25 janvier 2017 relative à la décision de mainlevée d'opposition du 14 avril 2014 dans la poursuite n° 1_____.
2. Déclare irrecevable la conclusion de la recourante tendant à la prise en charge par l'intimée des frais médicaux encourus en 2010.

Au fond :

3. L'admet partiellement.
4. Réforme la décision sur opposition de l'intimée du 25 janvier 2017 dans le sens que la mainlevée de l'opposition au commandement de payer poursuite n° 1_____ est prononcée à hauteur de CHF 3'655.80 avec intérêts à 5% dès le 9 septembre 2010, plus CHF 100.- de frais administratifs.
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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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