

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/96/2011

ATAS/560/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 mai 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur V _____, domicilié à Genève

recourant

contre

SANAGATE SA, Service juridique, sise Tribschenstrasse 21, 6000
Luzern

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et
Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

Attendu en fait que Madame W _____ et Monsieur V _____ sont assurés auprès de SANAGATE SA (ci-après la caisse-maladie) pour l'assurance-maladie obligatoire des soins (LAMal) ;

Que le 13 janvier 2011, Monsieur V _____ a saisi le Tribunal de céans, déclarant que "depuis plusieurs mois, vous devez de l'argent à moi et à Madame W _____. Merci de s'occuper de ça." ; qu'invité par le greffe du Tribunal à préciser sa demande, Monsieur V _____ a indiqué qu'

"en lisant la lettre envoyée par CSS le 22 novembre 2010 à l'ombudsman de l'assurance-maladie sociale, vous constatez qu'ils prétendent avoir payé 1'541 fr. 20 le 9 juin 2010 à moi, et 1'825 fr. 80 et 1'205 fr. 40 le 6 octobre 2010 à W _____. Ni moi, ni W _____ n'avons reçu cet argent. J'ai réclamé cet argent par lettre à CSS Assurance, Service à la clientèle, à Ecublens VD, le 26 décembre 2010 et W _____ l'a fait le 29 décembre 2010."

Que le 6 avril 2011, la caisse-maladie a expliqué que suite à l'enregistrement des subsides en 2010, Monsieur V _____ avait reçu un décompte du 6 mars 2010 faisant état d'un solde de 1'191 fr. 80 ; que ce montant avait fait l'objet d'un remboursement global de 1'205 fr. 40 le 9 juin 2010 sur le compte de A _____ et V _____-A _____, conformément à la demande de l'assuré, qu'un second décompte du 7 août 2010 mettait en évidence un avoir de 1'825 fr. 80 en faveur de Madame W _____ ; que suite à une compensation, c'est un remboursement de 1'541 fr. 20 qui a été opéré le 6 octobre 2010 sur le compte de cette dernière ; que la caisse-maladie a produit pour preuve de ses deux versements les extraits informatiques y relatifs ; que, relevant enfin qu'aucune décision ni décision sur opposition n'avaient été rendues en l'état, elle conclut à l'irrecevabilité de la demande ;

Que le 18 avril 2011, l'intéressé a communiqué la copie des courriels échangés par la caisse-maladie et lui-même entre le 9 mars et le 6 avril 2010 ; qu'il en ressort que l'assuré a sollicité de la caisse-maladie l'annulation de la police concernant Monsieur A _____, précisant que celui-ci ne s'étant pas acquitté entièrement de ses primes 2009 auprès d'HELSANA, était de ce fait tenu de rester affilié à cette caisse-maladie ; que dans le dernier courriel daté du 6 avril 2010, la caisse-maladie a confirmé que la police concernant Monsieur A _____ était annulée et que les primes déjà payées seraient remboursées dans les prochaines semaines ;

Que l'intéressé a par ailleurs relevé que "les 1'541 fr. 20 ont été payés à Madame W _____ (et non pas à moi) et les 1'205 fr. 40 à Monsieur A _____ (et non pas à Madame W _____) ;

Que dans sa duplique du 16 mai 2011, la caisse-maladie a constaté que l'intéressé ne se déterminait pas sur la question litigieuse de la bonne réception des deux versements ;

qu'elle a rappelé quoi qu'il en soit que le recours était irrecevable à défaut de décision ou de décision sur opposition ;

Considérant en droit que conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique tant 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) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1) ;

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

Que selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, sont applicables à l'assurance-maladie, à l'exception de certains domaines (art. 1 al. 2 LAMal) ;

Qu'en l'espèce, l'assuré a saisi la Cour de céans d'une demande dirigée contre la caisse-maladie et visant à obtenir le paiement des sommes de 1'205 fr. 40 et de 1'541 fr. 20 ;

Que la caisse-maladie a conclu à l'irrecevabilité de la demande, rappelant qu'elle n'avait rendu ni décision ni décision sur opposition ; qu'elle a au demeurant confirmé avoir déjà versé lesdites sommes ;

Qu'est ainsi litigieuse la question de la recevabilité de l'action intentée par l'assuré ;

Qu'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 ; que si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (art. 49 al. 2 LPGA) ; que les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée ; que l'intéressé peut cependant exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA) ; que 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) ; qu'à noter que les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié, doivent être motivées et indiquer les voies de recours (art. 52. al 2 LPGA) ;

Que la Cour de céans ne peut ainsi être saisie que dans le cadre d'un recours interjeté contre une décision sur opposition ;

Qu'en l'occurrence, la caisse-maladie n'a en l'état rendu ni décision, ni décision sur opposition ;

Que dès lors, la demande déposée par l'assuré le 13 janvier 2011 est irrecevable ;

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

1. Déclare le recours irrecevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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-
WANGELER

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