

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1918/2014

ATAS/161/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mars 2015

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Genève

recourante

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sis Service juridique,
rue des Cèdres 5, 1920 Martigny

intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1945, domiciliée à Genève, était, en 2013 et en 2014, assurée pour l'assurance-maladie obligatoire des soins (ci-après : AOS) auprès de la MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après : l'assureur ou l'intimé), avec une franchise annuelle de CHF 300.-.
2. Le 11 juin 2013, elle a consulté son médecin traitant, le Docteur B_____, spécialiste FMH en gynécologie-obstétrique, qui lui a prescrit par ordonnance le médicament Kliogest N renouvelable pour deux ans.
3. L'assurée a déposé l'ordonnance susmentionnée auprès de la pharmacie Sun Store SA Genève, qui lui a fourni ce médicament, par emballages de 28 comprimés chacun, aux dates et quantité suivante : le 3 juillet 2013, 2 emballages; le 2 septembre 2013, 1 emballage; le 7 novembre 2013, 3 emballages. L'assureur a directement réglé les factures y afférentes auprès de la pharmacie.
4. Outre les prestations du médecin et des prescriptions médicales susmentionnées, l'assureur a pris en charge dans le courant de l'année 2013 diverses autres factures de médecins, de laboratoire et de pharmacie qui ont absorbé la franchise annuelle en totalité, et la quote-part, partiellement. Les décomptes de participation y relatifs ne sont pas contestés, et l'assurée a régulièrement acquitté les montants qui lui étaient réclamés au titre de sa participation aux coûts.
5. En date du 17 janvier 2014, l'assurée a retiré auprès de la pharmacie Sun Store SA 6 emballages supplémentaires de Kliogest N, pour un montant de CHF 115.50, réglés par l'assureur auprès de la pharmacie.
6. Le 10 mars 2014, l'assureur a adressé à son assurée le décompte de participation concernant cette prestation, d'un montant de CHF 115.50, à sa charge, au titre de sa franchise annuelle 2014.
7. Le 24 mars 2014, l'assurée a contesté ce décompte, par fax, au motif que cette facture était fondée sur une prescription de son médecin, du 27 juin 2013, et qu'elle n'avait donc pas à payer pour 2014, sinon que les 10 % de ce montant.
8. Le 25 mars 2014, l'assurée a encore écrit à l'assureur pour contester à nouveau cette facture, précisant qu'en décembre elle avait essayé d'avoir soldé ce compte, mais «cela» (le médicament) n'était pas disponible. Il était injuste de lui faire payer la totalité de ce médicament, alors qu'en 2013 elle avait versé toute la franchise. Elle demandait en conclusion la reconsidération de son cas, « afin de remédier à l'erreur de la pharmacie qui n'avait pas en novembre la totalité de sa prescription ».
9. Le 28 mars 2014, l'assureur a répondu au courrier du 24, rappelant à l'assurée ses obligations légales de participer d'une part à hauteur de la franchise, et d'autre part à raison de 10 % des coûts dépassant la franchise, jusqu'au maximum de CHF 700.- par année. Il confirmait sa demande de remboursement.

10. Le 31 mars 2014, l'assureur a répondu au courrier du 25, précisant d'une part que, conformément à la convention tarifaire liant les assureurs-maladie aux pharmaciens, en cas de médication prolongée, la quantité requise à chaque fois, ne doit, en règle générale, pas excéder les besoins pour une durée de 3 mois. En l'occurrence, les emballages délivrés en novembre 2013 correspondaient à trois mois de traitement. La pharmacie avait donc effectué correctement son travail. Il réclamait une nouvelle fois le règlement du décompte, au 30 avril 2014.
11. Les 1^{er} et 2 avril 2014, l'assurée a persisté dans sa position, et sollicité une décision formelle, que l'assureur lui a adressée en date du 17 avril 2014, persistant dans ses courriers antérieurs.
12. L'assurée a formé opposition à cette décision, en indiquant n'invoquer que le rappel de la franchise payée en juin pour cette ordonnance, considérant ne pas avoir à payer une seconde fois pour cette prescription.
13. Par courrier recommandé du 6 juin 2014, l'assureur a rendu sa décision sur opposition. Reprenant l'ensemble des faits, et rappelant à l'assurée le fondement de ses obligations, il a rejeté l'opposition, en précisant qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif.
14. Par courriers datés des 28 juin et 1^{er} juillet 2014, tous deux adressés par même pli à la chambre des assurances sociales (ci-après : la chambre des assurances) de la Cour de justice de Genève, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition.

Sans préciser de dates, elle s'était déplacée avant fin décembre 2013 dans toutes les pharmacies Sun Store de Genève (Chêne, Carouge et Les Cygnes) sans pouvoir obtenir le nombre d'emballages qu'elle souhaitait, et n'avait ainsi pas pu « solder son ordonnance pour une année » à fin décembre. Elle se voyait ainsi infliger une deuxième franchise. A mi-décembre la succursale de Chêne lui avait remis une « consigne pour retirer en janvier », car elle partait en vacances et revenait en début janvier. Elle se sentait victime de la collusion entre assureur et pharmacie.

15. L'intimé a répondu le 22 juillet 2014. Il conclut au rejet du recours. La date du traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part. En l'occurrence, les emballages litigieux avaient été délivrés le 17 janvier 2014 ; cette facture devait par conséquent, au vu de la franchise de CHF 300.- par année, être mise à la charge de la recourante, au titre de participation aux coûts, pour cette année-là.

L'argumentation de la recourante était d'ailleurs contradictoire : dans un premier temps, elle affirmait n'avoir pas pu solder son ordonnance en décembre, car elle n'avait pas pu obtenir des différentes pharmacies Sun Store de Genève le nombre d'emballages qu'elle souhaitait, et que dans son recours elle soutenait n'avoir pas pu le faire car elle partait en vacances en fin d'année, pour revenir en janvier.

16. La chambre de céans, après avoir requis de l'intimé la production de la convention tarifaire à laquelle elle se référait dans ses courriers, a entendu les parties en comparution personnelle, le 16 février 2015.

L'intimé a précisé que la recourante avait réglé quelques jours après avoir déposé son recours un premier montant correspondant au 10^{ème} de la somme litigieuse, et plus tard le solde du montant réclamé. La recourante a précisé qu'elle avait réglé ce montant car elle était en litige avec son assureur, mais qu'elle comptait se le voir rembourser à l'issue de son recours. Elle maintenait donc son recours.

Cela faisait longtemps qu'elle prenait du Kliogest N. L'ordonnance de son médecin de juin 2013 n'était pas la première prescription de ce médicament. Souffrant d'ostéoporose, elle ne prenait pas un comprimé par jour, pour éviter le retour de menstruations. Elle ne se souvenait pas d'avoir été chercher un emballage au mois d'octobre 2013, mais confirmait avoir retiré les emballages ressortant du dossier, aux dates mentionnées. Elle ne payait jamais le médicament directement à la pharmacie. Lorsqu'elle disait avoir voulu « solder son ordonnance », cela signifiait dans son esprit qu'elle voulait se faire livrer le solde de son traitement sur une année, ceci pour ne payer qu'une franchise annuelle. Elle confirmait avoir voulu obtenir 6 emballages en décembre ; on lui avait proposé des génériques, mais elle les avaient refusés car elle ne savait pas s'il y avait une différence par rapport au médicament original. Elle confirmait que lorsqu'elle était passée à la pharmacie, cette dernière ne disposait pas de la quantité de médicaments qu'elle souhaitait prendre, précisant que Sun Store ne disposait que rarement de ces médicaments. Il fallait téléphoner au préalable pour qu'ils en aient. Elle ne l'avait pas fait, car si elle téléphonait, on ne mettait même pas ses médicaments à son nom, et lorsqu'elle arrivait, les médicaments étaient déjà partis. Elle était partie en vacances quelques jours avant Noël et était revenue quelques jours avant d'aller chercher ses médicaments à la pharmacie. Elle confirmait avoir reçu « juste un tout petit bout de papier » qu'elle avait remis en janvier lorsqu'elle était allée chercher ses médicaments. Elle avait voulu récupérer ce papier plus tard, mais on ne lui avait rien remis. De toute manière, elle ne retournait plus chez Sun Store à Chêne-Bourg, car c'était « n'importe quoi ». Ils vous prennent votre ordonnance et la conservent...»

Elle était étonnée qu'on lui ait confirmé qu'elle pourrait avoir 6 emballages d'un coup. Si elle les avait pris en génériques, elle aurait pu les obtenir tout de suite. La pharmacie lui avait dit que l'assurance ne l'autorisait plus à délivrer pour plus de trois mois de traitement.

L'intimé a précisé qu'il n'avait pas mentionné l'emballage délivré le 2 septembre 2013 dans ses écritures de réponse, bien que celui-ci figurât dans la décision sur opposition, car il lui semblait que ce détail n'avait guère d'importance. Il a toutefois produit la copie de la facture et du décompte de prestations y relatifs. Même si l'on admettait que les médicaments reçus le 17 janvier 2014 avaient été commandés en décembre, cela ne changerait rien à sa décision. S'agissant de

médicaments remis par une pharmacie, la « date du traitement » selon l'art. 103 al.3 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102), correspond à la date de délivrance des médicaments. Le fait que la pharmacie ait remis 6 emballages en janvier 2014 n'était pas contraire à la convention tarifaire, selon laquelle la quantité requise ne doit, en règle générale, pas excéder les besoins de plus de 3 mois. Il a confirmé ne disposer d'aucune facture pour le mois d'octobre 2013. Il a enfin observé qu'en juin 2014 (recte: juillet), il avait reçu une facture de la pharmacie pour la délivrance d'un emballage de Kliogest N à fin juin 2014. Un décompte avait été adressé à l'assurée, prélevant l'intégralité du prix de cet emballage sur la franchise 2014 ; et l'assurée l'avait réglé. La recourante a répondu à ce sujet qu'elle contestait avoir reçu un quelconque médicament de la pharmacie en juin 2014. Elle avait réagi à ce décompte, même si elle en avait payé le montant : elle avait faxé à l'assurance, sur l'original du décompte, un message demandant s'ils avaient encore beaucoup de factures de ce genre en réserve. Elle a produit l'original de ce document, versé à la procédure. Sur quoi, elle a précisé maintenir son recours, et les parties ont pris note de ce que la cause était 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) 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).
2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
3. Les prescriptions légales régissant la forme et le délai du recours sont respectées (art. 56 ss LPGA), de sorte qu'il est recevable.
4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a imputé la facture litigieuse de CHF 115.50 sur la franchise 2014 de l'assurée, suite à la délivrance, le 17 janvier 2014, par la pharmacie, de 6 emballages d'un médicament prescrit en dernier lieu par ordonnance médicale du 11 juin 2013, renouvelable sur deux ans.
5. La LPGA s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont notamment celui des tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55 LAMal).
6. Selon l'art. 24 LAMal, l'AOS prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34.

Aux termes de l'art. 25 LAMal, l'AOS prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (alinéa 1). Ces prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social

ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens, ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (alinéa 2 let. a).

L'art. 42 al. 2 LAMal prévoit qu'assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant).

7. L'art. 43 LAMal définit les principes de rétribution des fournisseurs de prestations. Selon cette disposition, les factures des fournisseurs de prestations sont établies sur la base de tarifs ou de prix. L'alinéa 4 indique que les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Selon l'alinéa 6, les parties à la Convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.
8. L'art. 46 LAMal définit la nature de la convention tarifaire et définit les parties à la convention (alinéa 1), son champ d'application (alinéa 2), des règles excluant certaines dispositions (alinéa 3), l'obligation d'approbation par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral (alinéa 4), ainsi que son délai de dénonciation ou de retrait (alinéa 5).

Ainsi selon l'art. 46 al. 1 LAMal les parties à une convention tarifaire sont un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs, d'autre part.

9. Selon l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al.1).. Leur participation comprend : a) Un montant fixé par année (franchise); et b) 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (al.2). Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part (al.3).

En exécution de cette délégation, l'art. 103 OAMal stipule que la franchise prévue à l'art. 64 al. 2, let. a de la loi s'élève à CHF 300 par année civile (al.1). Le montant maximal annuel de la quote-part au sens de l'art. 64 al. 2 let.b de la loi s'élève à CHF 700.- pour les adultes et à CHF 350.- pour les enfants (al.2). La date du traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part (al.3).

10. En application des dispositions qui précèdent, la Société Suisse des Pharmaciens (pharmaSuisse) et santésuisse - les assureurs-maladie suisses (santésuisse) ont conclu, en mars 2009, la convention tarifaire (RBP IV), fondée sur le système de rémunération basée sur les prestations (RBP).

Cette convention, applicable sur l'ensemble du territoire de la Confédération helvétique, remplace la convention tarifaire du 31 octobre 2006 (RBP III), conclue entre les mêmes parties. Elle a pour but de régler la rémunération des prestations des pharmaciens par les assureurs dans le domaine de la LAMal, en

tenant compte de la qualité et de l'économicité des prestations fournies, conformément aux art. 56 al. 5 LAMal et à l'art. 58 LAMal.

Son champ d'application matériel s'étend aux médicaments de la liste des spécialités (LS) A et B, respectivement C et D, aux vaccins et médicaments immunologiques de la LS, des prescriptions magistrales qu'un pharmacien fabrique dans son officine selon la liste des médicaments avec tarifs (LMT), aux analyses que les pharmaciens conventionnés sont autorisés à effectuer, au moyen des appareils dans les limites du montant maximal qui figure sur la liste des moyens et appareils (LiMA), ainsi que sur les prestations conformément à l'annexe 1 à cette convention, qui définit la structure tarifaire.

Cette convention comporte encore 6 autres annexes, parmi lesquelles l'annexe 3 qui fixe les modalités de facturation, dont l'art. 4 fixe les modalités de la fourniture de prestations, soit d'une part les règles en matière de renouvellement, pour la dispensation renouvelée de médicaments délivrés sur ordonnance (ch. 1), et le volume de prestations et les règles d'économicité (ch. 2).

Le paragraphe 1) de cette dernière disposition mentionne qu'au début d'un traitement prolongé par un nouveau médicament, le pharmacien commence généralement par délivrer un petit emballage. Pour la suite du traitement, il convient de choisir la taille d'emballage la plus économique pour l'assureur. Même en cas de médication prolongée, la quantité requise à chaque fois ne doit, en règle générale, pas excéder les besoins pour une durée de 3 mois.

11. 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

Il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

12. Dans le cas d'espèce, il est constant que la recourante s'est vu prescrire, dans le courant du mois de juin 2013, par ordonnance de son médecin traitant, un médicament destiné, selon ses explications, à traiter l'ostéoporose, raison pour laquelle, en dépit d'une posologie habituelle quotidienne, elle dit ne pas absorber un comprimé par jour, pour éviter le retour de menstruations.

Il est établi que, pendant l'année 2013, elle a retiré en pharmacie, entre le début juillet et le début septembre 3 boîtes de comprimés, en principe destiné, selon la posologie habituelle, à assurer un traitement d'environ un mois par boîte, et en novembre 2013, elle a retiré 3 boîtes de comprimés, lui permettant d'assurer à nouveau 3 mois de traitement, soit jusqu'en janvier 2014.

Il ressort également du dossier et des pièces produites par l'intimé, non contestées par la recourante, que l'assureur-maladie a régulièrement adressé des relevés de prestations, respectivement des décomptes de participation aux coûts à l'assurée, à mesure de la réception des factures de médecins ou d'autres prestataires de soins en 2013, en imputant au fur et à mesure et à due concurrence, sur la franchise puis sur la quote-part, les montants à charge de l'assurée, montants dont cette dernière s'est régulièrement acquittée. Dans le courant du mois de septembre 2013, elle avait donc absorbé l'intégralité de sa franchise annuelle, pour l'essentiel d'ailleurs pour d'autres prestations que pour le traitement médicamenteux prescrit par le Dr B_____ et pour ses honoraires.

Il est également établi que la recourante a retiré auprès de sa pharmacie habituelle, le 17 janvier 2014, 6 emballages de Kliogest N, pour un montant total de CHF 115.50, facturé par la pharmacie Sun Store SA, Chêne-Bourg, et adressé à l'intimé le 3 février 2014. L'intimé ayant adressé à la recourante, le 10 mars 2014, le décompte de participation 2014 correspondant, que l'assurée a contesté par fax du 24 mars 2014, estimant ne pas être redevable de cette facture à charge de sa franchise, au motif qu'elle était relative à une prescription médicale de 2013.

Tant l'intimé que la pharmacie ont respecté les principes légaux et les dispositions réglementaires et tarifaires susmentionnées, les médicaments litigieux ayant bien été remis à l'assurée dans le courant du mois de janvier 2014, de sorte que le montant de la facture de CHF 115.50 a, à juste titre, été mis à la charge de la recourante, au titre de sa franchise annuelle 2014, à due concurrence.

En effet, selon le système de l'assurance-maladie sociale selon la LAMal, une partie du financement de celle-ci consiste dans la participation de chaque assuré aux coûts générés par les prestations qui lui sont fournies: cette participation se compose d'un montant annuel fixe (franchise) – du minimum de CHF 300.- dans le cas de la recourante - et de 10 % des coûts dépassant cette franchise (quote-part), mais

jusqu'à concurrence de CHF 700.- au maximum, pour tous les assurés. On entend par le terme de franchise un montant qui doit être payé une fois par année civile. Une personne assurée doit donc payer la franchise par année civile, même s'il s'agit d'un traitement qui se prolonge après la fin de l'année. Dans le pire des cas, l'assuré devra donc supporter deux participations aux coûts à la suite l'une de l'autre. Voir à ce sujet les explications de l'Office fédéral de la santé publique dans la rubrique « réponses FAQ » concernant la participation aux coûts consultable à l'adresse : <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/04114/04285/index.html?lang=fr>).

La date du traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part. Le traitement est ainsi toujours imputé sur la franchise de l'année civile durant laquelle il est intervenu, indépendamment de la date à laquelle il est décompté par la caisse.

S'agissant de la remise de médicaments par une pharmacie, on pourrait certes se poser la question de savoir ce qu'il faut entendre par date du traitement au sens de l'art. 103 al. 3 OAMal. En effet, la remise d'un médicament peut théoriquement ne pas coïncider pleinement avec la consommation de celui-ci, et donc avec la période de traitement effective, d'autant que la convention tarifaire prévoit que les pharmacies peuvent délivrer les médicaments prescrits par ordonnance, sujets à renouvellement, dans la règle pour trois mois de traitement maximum, ce qui n'exclut pas, comme dans le cas d'espèce, la remise de médicaments pour six mois de traitement environ. La chambre remarque qu'en l'occurrence cela n'avait rien d'insolite, puisque la quantité de médicaments délivrée couvrait intégralement une partie de l'année 2014, et ne dépassait pas l'année maximum de traitement depuis la délivrance de l'ordonnance du médecin en juin 2013.

Le principe rappelé par l'intimé lors de la comparution personnelle, consistant toutefois à considérer la date de la remise des médicaments, comme date du traitement apparaît logique, et de nature à éviter toute discussion. Il répond aussi à un souci légitime de simplification dans le traitement administratif de la prestation. Un système différent imposerait à l'assureur-maladie de vérifier, sur la base de la quantité livrée, et de la posologie, dans chaque cas, à quelle période de traitement correspondrait les médicaments livrés. Ce système simple a d'ailleurs profité à l'assurée, le 7 novembre 2013, puisqu'à cette date des médicaments lui ont été livrés pour une période allant au-delà du 31 décembre 2013.

13. Reste à savoir si c'est à bon droit que la recourante se plaint de ne pas avoir pu recevoir de sa pharmacie, avant la fin de l'année 2013, les 6 emballages qui lui ont été livrés en janvier 2014, et ainsi d'avoir pas pu bénéficier de sa franchise 2013 intégralement absorbée.

La chambre de céans constate tout d'abord que la recourante a successivement donné plusieurs explications, différentes, prétendant tout d'abord qu'elle considérait ne pas être redevable de la facture de janvier 2014, car ses médicaments

concernaient un traitement prescrit en 2013. Elle a ensuite mis en cause la responsabilité de sa pharmacie qui, selon elle, tantôt en novembre, tantôt en décembre 2013, n'aurait pas disposé du nombre d'emballages qu'elle souhaitait obtenir à ce moment-là. Pour prétendre finalement ne pas avoir pu retirer ses médicaments avant la fin décembre 2013, car elle était partie en vacances jusqu'au début janvier 2014.

Quoi qu'il en soit, et même si elle avait commandé ses médicaments en décembre 2013, ce qui n'est pas établi, les médicaments litigieux lui ont bien été remis le 17 janvier 2014, facturés par la pharmacie après leur délivrance à la recourante, de sorte que c'est à bon droit que l'intimé a mis la facture à charge de la recourante, au titre de sa franchise 2014.

Infondé, le recours sera rejeté.

14. 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. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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

Irène PONCET

Mario-Dominique
TORELLO

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