

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2338/2024

ATAS/479/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 juin 2025

Chambre 2

En la cause

A_____

recourante

contre

HELSANA ASSURANCES SA

intimé

Siégeant : Blaise PAGAN, président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1988, vivait à Genève et y était employée au B_____ (ci-après : l'employeur) depuis le 22 août 2016.
- b.** Selon la base de données Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après : OCPM), l'assurée a déménagé le 12 octobre 2018 à Chens-sur-Léman, en France, puis s'est à nouveau établie le 19 février 2024 en Suisse, à Bernex.
- c.** L'assurée a été affiliée auprès d'HELSANA ASSURANCES SA (ci-après : HELSANA) au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), à tout le moins depuis le 1^{er} janvier 2021, dans le modèle d'assurance Progrès BASIS à l'étranger et, depuis le 1^{er} janvier 2022, dans le modèle Helsana BASIS à l'étranger, après fusion de Progrès Assurances SA et HELSANA.
- d.** Le 21 janvier 2021, l'assurée a présenté une incapacité de travail.
- e.** Elle a bénéficié d'indemnités journalières par l'assurance perte de gain maladie de son employeur (la BÂLOISE ASSURANCE SA [ci-après : BÂLOISE]) du 25 au 31 janvier 2021 puis du 12 février 2021 au 4 février 2023.
- f.** Le 8 mars 2022, l'employeur a résilié les rapports de travail avec effet au 31 juillet 2022.
- g.** Le 21 septembre 2022, par téléphone, l'assurée a demandé à HELSANA des renseignements sur les modalités d'activation de la couverture accident.
- h.** Le même jour, l'assurée a adressé un courriel à HELSANA, en indiquant faire suite à un appel de la part de celle-ci et en transmettant un décompte intermédiaire d'indemnités journalières de la BÂLOISE du mois d'août 2022. Elle a également mentionné qu'elle enverrait l'attestation des indemnités reçues par l'assurance-invalidité (ci-après : AI) dès réception de celle-ci, dans la mesure où elle souhaiterait « garder [son] contrat chez [HELSANA] ».
- i.** Par courriel du 22 septembre 2022, HELSANA a accusé réception de la demande de l'assurée et sollicité une attestation de fin d'emploi et une attestation de l'AI afin de finaliser le traitement de sa demande.
- j.** Étant sans nouvelles de la part de l'assurée, HELSANA a adressé deux courriels de rappel les 1^{er} et 8 décembre 2022.
- k.** Le 8 décembre 2022, l'assurée a indiqué ne plus avoir besoin d'ajouter la couverture accidents dans le cadre de l'assurance-maladie de base dès lors qu'elle avait commencé un entraînement progressif dans le cadre d'une mesure de réinsertion de l'AI.
- Était annexée une décision du 24 novembre 2022 de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) indiquant prendre en charge les

coûts en faveur de l'assurée d'un entraînement progressif de travail du 15 novembre 2022 au 15 février 2023.

l. Le 23 février 2023, HELSANA a contacté l'assurée par courriel, indiquant être toujours sans nouvelles de sa part et sollicitant son attestation d'indemnité journalière de la BÂLOISE ainsi qu'une confirmation de fin d'emploi au 15 février 2023.

m. Le 28 février 2023, répondant au courriel précité, l'assurée a transmis une décision du 3 février 2023 de l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE), lui octroyant le droit à une indemnité journalière de CHF 152.80 durant l'entraînement progressif, soit pour la période du 15 novembre 2022 au 15 février 2023.

n. Par courriel du 10 mars 2023, HELSANA a indiqué à l'assurée que, dans le but de mettre à jour sa couverture d'assurance, elle devait transmettre une attestation de la BÂLOISE mentionnant les dates de perception des indemnités journalières et préciser si celles-ci étaient délivrées sous le régime de la LAMal ou de la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA - RS 221.229.1).

o. Contactée par HELSANA, la BÂLOISE a mentionné, par courriel du 10 mai 2023, que l'assurée avait perçu des indemnités journalières soumises à la LCA du 25 au 31 janvier 2021 et du 12 février 2021 au 4 février 2023.

B. a. Par courrier du 7 juillet 2023, HELSANA a informé l'assurée que durant la période du 1^{er} août au 14 novembre 2022, celle-ci avait été assurée simultanément chez HELSANA et chez un autre assureur pour l'assurance de base de sorte qu'HELSANA avait annulé son contrat pour l'assurance de base. Dans la mesure où, durant cette double affiliation, HELSANA avait remboursé divers frais médicaux, l'assurée devrait en rembourser le montant au moyen d'un bulletin de versement qu'elle recevrait prochainement.

Étaient annexées au courrier précité des copies de factures médicales adressées à HELSANA couvrant la période entre les 3 août et 23 novembre 2022 et s'élevant à un montant total de CHF 4'820.48.

b. Le 8 juillet 2023, HELSANA a adressé à l'assurée une demande de restitution des prestations du montant de CHF 4'505.85.

Étaient joints un décompte détaillé de la demande de remboursement n° 1 _____ ainsi qu'un bulletin de versement avec le montant précité.

c. Le 17 juillet 2023, l'assurée a transmis à HELSANA une décision du 3 mars 2023 de l'OAIE lui octroyant le droit à une indemnité journalière de CHF 152.80 pour la période du 16 février au 27 août 2023 durant l'entraînement au travail.

d. Par courriel du 6 septembre 2023, HELSANA a informé l'assurée que son obligation d'assurance-maladie en Suisse cessait du 1^{er} août au 14 novembre 2022, correspondant à la fin de son contrat de travail en Suisse et à la période de perception de ses indemnités journalières selon la LCA. Dans la mesure où les indemnités journalières perçues entre la période du 1^{er} août au 14 novembre 2022 étaient régies par la LCA et que la compétence de la Suisse en matière de droit des assurances prenait fin à la fin de la relation de travail, à savoir au 31 juillet 2022, l'obligation d'assurance-maladie en Suisse cessait à la fin de son contrat et se réactivait pour la période du 15 novembre 2022 au 7 août 2023.

e. Par courrier non daté anticipé par courriel du 13 décembre 2023, l'assurée a contesté le contenu de la lettre d'HELSANA du 7 juillet 2023 ainsi que sa demande de remboursement et l'a invitée à lui notifier une décision formelle sujette à opposition et à prendre en charge les factures de médecin.

f. Par décision du 15 janvier 2024, HELSANA a demandé à l'assurée la restitution de la somme de CHF 3'957.20 versée au titre de l'assurance de base, correspondant au montant de prestations payées par HELSANA entre les 3 août et 4 novembre 2022, sous déduction de divers versements effectués par l'assurée et sans les frais de rappels et autres intérêts moratoires. HELSANA avait résilié l'assurance de base de l'assurée à la suite de la cessation de son activité en Suisse. Toutefois, l'assurance avait reçu des factures pour des traitements postérieurs à cette résiliation dont elle avait payé l'intégralité du montant selon le système du « tiers payant » de sorte qu'elle en demandait la restitution. Dans la mesure où les indemnités journalières versées par la BÂLOISE relevaient de la LCA, l'assurée ne pouvait pas « maintenir la LAMal » durant le versement de ces indemnités, seules les indemnités journalières octroyées « dans le cadre de la LAMal » permettant le maintien de l'assurance de base. L'OAI avait accordé à l'assurée des indemnités journalières pour des mesures de réinsertion du 15 novembre 2022 au 27 août 2023. Durant cette période, elle était ainsi soumise à l'obligation d'assurance en Suisse et HELSANA lui avait « réactivé la LAMal ». Du 1^{er} août au 14 novembre 2022, l'assurée n'avait plus de couverture d'assurance en Suisse de sorte qu'HELSANA avait demandé la restitution des prestations versées selon le décompte n° 1_____. L'assurée pouvait faire une demande de remise en cas de situation financière difficile, au plus tard trente jours après la date d'entrée en force de la présente décision.

g. Par lettre recommandée postée le 15 février 2024, l'assurée a contesté le contenu du courrier précité ainsi que la demande de remboursement, faisant valoir le fait qu'elle n'avait reçu aucun courrier officiel de la part d'HELSANA lui indiquant une cessation de contrat qui lui aurait permis de cesser les visites médicales en Suisse et qu'elle avait continué à verser à son assurance de base les primes d'assurance-maladie durant cette période. HELSANA avait mis un an à venir vers elle avec une demande de remboursement de ces prestations.

h. Par décision sur opposition du 30 mai 2024, notifiée le 10 juin 2024, HELSANA a confirmé sa décision du 15 janvier 2024, faisant valoir que l'assurée était entièrement responsable de cette situation et que le montant total de CHF 3'957.20 versé au titre de l'assurance de base, devait être restitué en raison de l'absence de couverture d'assurance en Suisse durant la période du 1^{er} août au 14 novembre 2022. L'assurée aurait dû informer HELSANA de la fin de contrat de travail en Suisse au 31 juillet 2022, ce qu'elle n'avait pas fait. L'assurée avait uniquement signalé en date du 21 septembre 2022, par courriel, qu'elle avait perçu des indemnités journalières de la BÂLOISE pour le mois d'août 2022. Outre cette signalisation tardive, lors de chaque demande complémentaire, l'assurée mettait plusieurs mois à répondre.

- C. a.** Par acte du 9 juillet 2024, l'assurée a interjeté recours contre cette décision sur opposition par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), en concluant, principalement, à l'annulation de ladite décision, et, subsidiairement, au déboutement d'HELSANA de sa demande de restitution et à sa condamnation à restituer les primes d'assurance obligatoire LAMal versées pour les mois d'août à novembre 2022, soit CHF 612.40 (CHF 153.10 par mois, fois quatre), et, plus subsidiairement encore, à la remise totale de la somme réclamée.

La recourante a notamment fait valoir qu'à compter du 25 janvier 2021, elle s'était retrouvée en incapacité de travail complète et avait bénéficié d'indemnités journalières perte de gain maladie collectives de la BÂLOISE « jusqu'au 31 décembre 2022 ». Dès le 15 novembre 2022, elle avait bénéficié d'indemnités journalières octroyées par l'OAI dans le cadre de l'octroi de mesures de réadaptation. Elle avait finalement été mise au bénéfice d'une rente AI entière dès le 1^{er} août 2023. La position de l'intimée était « totalement absurde » puisqu'elle supposerait que son affiliation auprès de l'assurance-maladie obligatoire de la LAMal se serait éteinte de plein droit le jour suivant la fin de son contrat de travail pour renaître dès l'octroi de mesures de réadaptation de l'AI, alors qu'elle l'ignorait totalement, en raison de son domicile en France et elle-même étant suisse n'ayant pas fait valoir le droit d'option. Cette conception de l'affiliation entraînerait de manière rétroactive de graves incertitudes juridiques puisqu'elle avait continué à consulter ses médecins en Suisse ainsi qu'à y obtenir son traitement médicamenteux pendant la période de suspension de l'assurance-maladie de base suisse. La fin automatique de son affiliation auprès de la LAMal la conduirait à un vide d'assurance puisque l'assurance-maladie française refuserait de rembourser les soins obtenus en Suisse. L'intimée omettait en outre de considérer que son affiliation l'était sous le régime du tiers payant. Ainsi, la somme réclamée ne lui avait jamais été versée de sorte qu'elle ne pouvait avoir indûment touché ce montant. Dans l'hypothèse où la chambre de céans devait considérer que son affiliation auprès de la LAMal avait été suspendue entre les 1^{er} août au 14 novembre 2022, l'intimée devait directement actionner les divers

prestataires de soins dont elle avait réglé les factures et lui rembourser les primes d'assurance versées ainsi que les sommes prélevées en compensation. Dans l'hypothèse où l'intimée annulerait sa décision sur opposition, elle renoncerait à ses conclusions en paiement.

b. Par réponse du 7 août 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours.

C'était à juste titre que l'intimée avait annulé l'affiliation de la recourante du 1^{er} août au 14 novembre 2022 et réclamé la restitution des prestations payées pour la recourante, à savoir la somme totale de CHF 3'957.20. Celle-ci comprenait une déduction de CHF 548.65 au titre de primes versées du 1^{er} août au 14 novembre 2022 et de soldes de paiements effectués par la recourante, que l'intimée a listés.

L'intimée faisait valoir que le contrat de travail de la recourante avait pris fin le 31 juillet 2022 mais celle-ci avait continué à percevoir des indemnités journalières LCA de la BÂLOISE du fait de son incapacité de travail due à la maladie. À partir de cette date, il lui était interdit d'être affiliée pour l'assurance obligatoire des soins en Suisse, dès lors que le contrat d'indemnités journalières était soumis à la LCA. Ses indemnités journalières étaient exclues de la coordination des systèmes de sécurité sociale européens. Du 15 novembre 2022 au 27 août 2023, la recourante avait bénéficié d'indemnités journalières de l'AI, lesquelles étaient comprises dans la coordination des systèmes de sécurité sociale européens, s'agissant de prestations à court terme. Par conséquent, pendant cette période, la recourante était à nouveau soumise à l'obligation d'affiliation à la LAMal. Quant à l'argument de la recourante à propos du tiers-payant, l'assureur ne pouvait devenir le débiteur du fournisseur de prestations que si le patient était affilié auprès de lui, ce qui n'était pas le cas de la recourante.

c. Le 16 septembre 2024, la recourante a consulté le dossier auprès de la chambre de céans.

d. Par réplique du 26 septembre 2024, la recourante a persisté intégralement dans ses précédentes conclusions. Elle a relevé que l'intimée n'avait pas de « légitimation passive » et que ses explications ne permettaient pas de comprendre la compensation opérée de certains montants réclamés.

e. Le 2 octobre 2024, la chambre de céans a remis l'écriture précitée de la recourante à l'intimée.

f. Par courrier du 29 octobre 2024, l'intimée a indiqué à la chambre de céans de bien vouloir à l'avenir envoyer toute communication directement à l'adresse du service juridique et non au service clientèle.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 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 *ratione materiae* pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 À teneur de l'art. 1 LAMal, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Selon l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1).

En l'occurrence, selon la base de données Calvin de l'OCPM, la recourante, qui avait quitté la Suisse le 12 octobre 2018, s'est établie le 19 février 2024 à Bernex, dans le canton de Genève. Par conséquent, au moment du dépôt du recours à l'encontre de la décision litigieuse, soit le 9 juillet 2024, la recourante était domiciliée dans le canton de Genève.

La chambre de céans est par conséquent également compétente *ratione loci*.

1.3 Interjeté dans les forme (art. 61 let. b LPGA ; 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) et délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA), le recours est recevable.

2. S'agissant des questions litigieuses dans la présente procédure, la chambre de céans relève ce qui suit.

2.1 L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_197/2016 du 9 décembre 2016 consid. 3.1).

2.2 En l'occurrence, le litige porte sur le bien-fondé de la décision de restitution des prestations versées à hauteur de CHF 3'957.20 par l'intimée à différents fournisseurs de prestations pour le compte de la recourante durant la période du 1^{er} août au 14 novembre 2022. Singulièrement, il porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à résilier rétroactivement l'affiliation de la recourante à l'assurance-maladie obligatoire pour la période précitée et, par conséquent, refuser la prise en charge de frais médicaux de la recourante relevant de l'assurance-obligatoire des soins selon la LAMal pour la période précitée.

3. En premier lieu, la recourante invoque un grief d'ordre formel, sans toutefois prendre des conclusions claires à ce sujet, qu'il convient d'examiner.

3.1 Dans le cadre de son recours, la recourante relève une notification irrégulière de la décision sur opposition litigieuse, au motif que celle-ci lui a été adressée par pli recommandé à son ancienne adresse en France alors qu'elle était domiciliée en Suisse au moment de l'envoi.

3.2 Selon l'art. 49 al. 3, 3^e phr., LPGA, la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

En l'occurrence, la chambre de céans constate que, selon l'attestation de la Poste suisse, la recourante s'est vu notifier la décision le 10 juin 2024 à l'étranger. La recourante a pu envoyer le recours dans les délais légaux. Elle ne fait au demeurant valoir aucun préjudice du fait de l'envoi de la décision à son adresse en France.

Partant, ce grief doit être écarté.

- 4.** La recourante soutient ensuite que l'intimée n'était pas fondée à lui réclamer le montant de CHF 3'957.20, au motif qu'elle n'aurait pas elle-même perçu cette somme. Selon elle, l'intimée aurait dû diriger ses prétentions contre les fournisseurs de prestations concernés, en vue d'obtenir le remboursement des montants versés.

4.1 Il convient dès lors de déterminer si l'intimée était habilitée, sur le principe, à réclamer le remboursement du montant versé en faveur de la recourante à titre de prestations de l'assurance obligatoire des soins.

4.1.1 Le principe général, selon lequel les versements qui ont été faits en exécution d'une obligation privée de cause valable, ou fondés sur une cause qui ne s'est pas réalisée ou qui a cessé d'exister, doivent être restitués si la loi ne le prévoit pas autrement, est codifié à l'art. 62 al. 2 de la loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations – RS 220) pour le droit privé. Cette règle vaut aussi dans le cadre du droit public. Selon la jurisprudence, l'obligation de restituer l'indu se fonde en premier lieu sur les dispositions des lois spéciales qui la prévoient et, à défaut, sur les règles générales de l'enrichissement illégitime au sens des art. 62 à 67 CO (ATF 138 V 426 consid. 5.1).

Le droit des assurances sociales comprend une norme sur la restitution de prestations indûment touchées, l'art. 25 al. 1 LPGA. Selon cette disposition, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (ATF 138 V 426 consid. 5.2).

L'obligation de restituer suppose que soient remplies les conditions d'une révision procédurale ou d'une reconsidération de la décision – formelle ou non – par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 142 V 259 consid. 3.2 et les références ; 138 V 426 consid. 5.2.1 et les références ; 130 V 318 consid. 5.2 et les références).

4.1.2 L'art. 42 LAMal règle les modalités de facturation et définit le débiteur de la prestation. Selon cette disposition, 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 (al. 1). Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant). En cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'al. 1, est le débiteur de sa part de rémunération (al. 2).

Selon l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixé par année (franchise) ; et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (al. 2 let. a et b).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le système du tiers payant est une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations. Dans ce système, l'assuré envoie les factures à son assureur ou ce dernier les reçoit directement du fournisseur de prestations. L'assureur est alors tenu d'indemniser la personne qui fournit les prestations. Comme dans le cas d'une reprise de dette au sens de l'art. 175 ss CO, le système du tiers payant suppose l'existence d'une reprise de dette interne et d'une reprise de dette externe. Ainsi, l'assureur s'engage à reprendre la dette de l'assuré (reprise de dette interne, art. 175 al. 1 CO), ce qui a pour effet de libérer l'assuré de ses obligations vis-à-vis du fournisseur de prestations, sous réserve de la franchise et de la quote-part qui ne sont pas pris en charge par l'assurance sociale. Par le choix du système de rémunération, l'assureur remplace l'assuré dans la relation contractuelle qui l'unit au fournisseur de prestations (reprise de dette externe, art. 176 al. 1 CO ; ATF 141 V 546 consid. 5.2 et les références).

Il découle de ce système que le contrat passé entre l'assureur et l'assuré, soit la reprise de dette interne, constitue pour le créancier une *res inter alios acta*. Par conséquent, l'assureur ne peut pas opposer au fournisseur de prestations les exceptions qu'il aurait pu avoir à l'encontre de l'assuré (ATF 141 V 546 consid. 5.3 et les références). Le système du tiers payant offre ainsi la garantie au fournisseur de prestations qu'il sera remboursé par l'assureur en cas d'exécution de ses obligations conforme à la convention (ATF 141 V 546 consid. 6.2.2).

4.1.3 Dans un arrêt publié, le Tribunal fédéral a relevé que les intérêts de l'assureur ne sont pas pour autant mis en danger dans la mesure où, après le paiement des factures au fournisseur des prestations, il lui reste la possibilité de se retourner contre l'assuré qui aurait violé ses obligations contractuelles (ATF 141 V 546 consid. 8.3).

Dans une cause opposant deux assurances-maladie, le Tribunal fédéral a considéré que l'art. 25 al. 1 LPGA permet à l'une des assurances-maladie de réclamer à

l'assurée la restitution de prestations qu'elle lui a versées à tort, le caractère indu de celles-ci reposant sur le fait que l'assurance-maladie en question n'était pas la débitrice de l'assurée, quand bien même cette dernière avait droit, sur le principe, aux prestations de l'assurance obligatoire des soins (ATF 138 V 426 consid. 5.2.3).

4.2 En l'espèce, la recourante était affiliée auprès de l'intimée, qui agissait en tant qu'assurance-maladie obligatoire, depuis à tout le moins le 1^{er} janvier 2021, et lui payait des primes d'assurance-maladie (art. 61 LAMal) ainsi que la quote-part (art. 64 al. 2 let. b LAMal).

Il ressort du dossier ainsi que des écritures produites dans le cadre de la présente procédure que l'intimée prenait en charge directement le paiement des prestations de soins auprès des fournisseurs de prestations (médecins, pharmaciens, etc. ...), de sorte qu'il est incontesté que l'intimée avait adopté le système de tiers payant au sens de l'art. 42 al. 1 LAMal.

Dans ce cadre, conformément à la jurisprudence précitée, l'assurance-maladie, soit l'intimée, remplace la recourante dans la relation contractuelle qui l'unit aux fournisseurs de prestations. Cette reprise de dette a pour conséquence que l'assurance-maladie ne peut pas opposer aux fournisseurs de prestations les exceptions qu'elle aurait pu faire valoir à l'encontre de la recourante. Ainsi, l'assurance-maladie ne peut pas réclamer à ces fournisseurs de prestations le remboursement de montants payés en faveur de l'assurée.

Néanmoins, l'assurance-maladie peut se retourner contre l'assurée, en cas de violation d'obligations contractuelles, et lui réclamer, sur la base de l'art. 25 al. 1 LPGa, la restitution de prestations versées à tort.

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, le fait que cette dernière n'ait jamais reçu les montants litigieux est sans pertinence. En effet, dans le cadre du système du tiers payant, l'assurée transfère sa dette envers le fournisseur de prestations à l'assurance-maladie, laquelle règle directement les factures. Ainsi, même si les montants réclamés n'ont pas été déboursés par la recourante elle-même, ils ont été engagés en sa faveur par l'assurance-maladie obligatoire, qui en a assumé la charge financière.

En conséquence, l'intimée peut, sur le principe, se retourner contre l'assurée et demander la restitution de prestations si celles-ci ont été versées à tort.

- 5.** Il convient donc d'établir si ces montants précités ont été payés à tort par l'intimée en faveur de la recourante.

5.1 L'intimée considère que l'affiliation pour l'assurance-maladie obligatoire de la recourante a pris fin entre les 1^{er} août au 14 novembre 2022, de sorte que les prestations payées en sa faveur étaient indues. Selon elle, dans la mesure où la recourante était domiciliée en France et que les rapports de travail entre celle-ci et son employeur suisse avaient été résiliés au 31 juillet 2022, la recourante n'était

plus soumise à l'obligation d'assurance-maladie obligatoire suisse. Puis, à partir du 15 novembre 2022, moment où elle a commencé à bénéficier des indemnités journalières de l'AI, elle était à nouveau soumise à l'obligation d'affiliation à la LAMal.

La recourante conteste l'absence de son affiliation pour l'assurance-maladie obligatoire auprès de l'intimée durant la période du 1^{er} août au 14 novembre 2022.

Il convient de déterminer si c'est à juste titre que l'intimée a résilié rétroactivement la relation d'assurance avec la recourante pour la période précitée, ce qui revient à déterminer si la recourante était soumise, durant ladite période, à l'obligation de s'affilier à une assurance-maladie en Suisse selon la LAMal.

5.2 Selon les principes généraux du droit intertemporel, le droit matériel applicable est en principe celui en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières du droit transitoire (ATF 146 V 364 consid. 7.1 ; 143 V 446 consid. 3.3 ; 136 V 24 consid. 4.3).

Dans la mesure où la décision sur opposition attaquée a pour objet l'affiliation d'une ressortissante suisse durant la période où elle était domiciliée en France, la cause présente un élément d'extranéité. Il en résulte que l'accord du 21 juin 1999 entre la Confédération suisse d'une part, et la Communauté européenne et ses États membres, d'autre part, sur la libre circulation des personnes (ALCP - RS 0.142.112.681), dont l'Annexe II règle la coordination des systèmes de sécurité sociale (art. 8 ALCP). Dans ce contexte, l'ALCP fait référence depuis le 1^{er} avril 2012 au Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : Règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]), remplaçant le Règlement (CE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale (ci-après : Règlement n° 1408/71), ainsi qu'au Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du Règlement (CE) n° 883/2004 (ci-après : Règlement n° 987/2009 [RS 0.831.109.268.11] ; art. 1 al. 1 de l'Annexe II en relation avec la section A de l'Annexe II).

Il sied par ailleurs de relever que l'art. 95a LAMal rend également applicables les règlements de droit européen précités.

En outre, ces règlements sont directement applicables et priment le droit interne. En revanche, ils ne modifient pas la législation matérielle interne, ils ne font que coordonner les systèmes nationaux (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5241/2013 du 28 juillet 2016 consid. 7 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/Bettina KAHIL-WOLFF/Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 593 n. 2).

5.2.1 S'agissant du champ d'application temporel, dans la mesure où les faits ont eu lieu après le 1^{er} avril 2012, sont applicables à la présente cause les Règlements n° 883/2004 et Règlement n° 987/2009.

5.2.2 Le champ d'application personnel du Règlement n°883/2004 est déterminé à l'art. 2 § 1 selon lequel ledit règlement s'applique aux ressortissants de l'un des États membres, aux apatrides et aux réfugiés résidant dans un État membre qui sont ou ont été soumis à la législation d'un ou de plusieurs États membres, ainsi qu'aux membres de leur famille et à leurs survivants.

Selon cette disposition, le champ d'application personnel dudit règlement se réfère à deux caractéristiques déterminantes d'une personne : sa nationalité et sa situation familiale (cette dernière étant pertinente dans les cas de droits dérivés des membres de la famille et des survivants). De plus, une situation transfrontalière doit exister (Bernhard SPIEGEL, *in* : *Europäisches Sozialrecht*, 2022, n. 3 et 7 *ad* art. 2 du Règlement n° 883/2004). Le critère déterminant du champ d'application personnel du Règlement n° 883/2004 est donc la nationalité. Celle-ci permet d'établir si la personne concernée est soumise ou non au droit social européen de coordination. Si une personne est citoyenne d'un État de l'Union européenne (ci-après : UE), de l'Espace économique européen (ci-après : EEE) ou de la Suisse, elle est incluse dans le champ d'application dudit règlement (Bernhard SPIEGEL, *op. cit.*, n. 4 *ad* art. 2 du Règlement n° 883/2004).

Par rapport au Règlement n°1408/71, le Règlement n° 883/2004 a élargi son champ d'application personnel, lequel s'étend à l'ensemble des ressortissants des États membres couverts par la législation de l'un d'entre eux. Le champ d'application ne dépend plus de la situation socio-économique, mais de la nationalité de la personne concernée, s'agissant en particulier de ressortissants de l'un des États membres (Maximilian FUCHS, *in* : *Europäisches Sozialrecht*, 2022, n. 2 *ad* art. 2 du Règlement n° 883/2004).

Dans les rapports avec la Suisse et les États membres de l'Union européenne, le champ d'application personnel des règlements de coordination se déduit de l'art. 2 du Règlement n° 883/2004 en combinaison avec les lois fédérales d'assurance sociale. Il faut vérifier si une personne est couverte par la législation nationale de sécurité sociale, en vertu du domicile, par exemple, ou en raison de l'exercice en Suisse d'une activité lucrative (*cf.* notamment art. 1a al. 1 let. a et b de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 [LAVS - RS 831.10] ; Bettina KAHIL-WOLFF, La coordination européenne des systèmes nationaux de sécurité sociale, *in* : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht* [SBVR], *soziale Sicherheit*, 2016, n. 32 [cité ci-après : Bettina KAHIL-WOLFF *in* SBVR]).

Par « législation », il faut entendre les lois nationales relatives aux branches de sécurité sociale au sens du règlement (art. 1 let. 1 du Règlement n° 883/2004). Ils visent donc toute personne assujettie à la sécurité sociale de l'une des parties

contractantes ; sous l'angle du droit suisse, par exemple, il s'agit de toute personne domiciliée en Suisse (art. 1a al. 1 let. a LAVS, art. 3 LAMal ; Bettina KAHIL-WOLFF *in* SBVR, n. 33).

En l'occurrence, la recourante est une ressortissante suisse qui était domiciliée en France durant la période litigieuse, soit entre les 1^{er} août et 14 novembre 2022. Antérieurement à cette période, elle était affiliée au régime de sécurité sociale suisse en raison de l'exercice en Suisse d'une activité lucrative. Par conséquent, elle entre dans le champ d'application personnel du Règlement n° 883/2004.

5.2.3 Le champ d'application matériel est, quant à lui, déterminé par l'art. 3 § 1 let. a du Règlement n° 883/2004 et prévoit notamment que ledit règlement s'applique à toutes les législations relatives aux branches de sécurité sociale qui concernent les prestations de maladie.

Ces prestations ne sont pas à comprendre selon le droit national, mais selon la définition du droit communautaire (ATF 138 V 533 consid. 2.3 ; Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung*, *in* : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht* [SBVR], *soziale Sicherheit*, 2016, n. 73 [cité ci-après Gebhard EUGSTER *in* SBVR]). Selon cette disposition, sont soumises au droit de coordination les prestations de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières selon la LAMal en cas de maladie ainsi qu'en cas d'accident et de maternité. En revanche, le champ d'application matériel ne s'étend pas aux assurances complémentaires selon la LCA (Gebhard EUGSTER *in* SBVR, *op. cit.*, n. 74).

En l'espèce, l'objet de la demande de restitution de l'intimée concerne des prestations de l'assurance-maladie obligatoire des soins au sens de la LAMal (art. 24 ss LAMal), ce qui n'est pas contesté par les parties.

Par conséquent, le champ d'application matériel au sens de l'art. 3 § 1 let. a du Règlement n° 883/2004 est également rempli.

5.2.4 S'agissant du droit applicable, le Règlement n° 883/2004 met en place un système de coordination des différents régimes nationaux de sécurité sociale et établit, à son Titre II (art. 11 à 16), des règles relatives à la détermination de la législation applicable aux travailleurs qui se déplacent à l'intérieur des États membres. Celles-ci tendent notamment à ce que les personnes concernées soient soumises au régime de la sécurité sociale d'un seul État membre, de sorte que les cumuls (partiel ou total) des législations nationales et les complications qui peuvent en résulter soient évités (ATF 144 V 2 consid. 6.1).

Les règles de caractère général qui figurent sous le Titre II du Règlement n° 883/2004 ne s'appliquent cependant que dans la mesure où les dispositions particulières aux différentes catégories de prestations qui constituent le Titre III dudit règlement n'y apportent pas une dérogation (ATF 146 V 290 consid. 3.1).

5.2.4.1. L'art. 11 § 1 du Règlement n° 883/2004 consacre ainsi le principe de l'unicité de la législation applicable, selon lequel les personnes auxquelles le Règlement n° 883/2004 est applicable ne sont soumises qu'à la législation d'un seul État membre (ATF 144 V 2 consid. 6.1), ce paragraphe ajoutant en outre que cette législation est déterminée conformément au Titre II.

5.2.4.2. L'art. 11 § 2 du Règlement n° 883/2004 prescrit que, pour l'application des dispositions des art. 11 ss du règlement précité (Titre II), les personnes auxquelles est servie une prestation en espèces du fait ou à la suite de l'exercice de son activité salariée ou non salariée sont considérées comme exerçant cette activité. Cela ne s'applique pas aux pensions d'invalidité, de vieillesse ou de survivant, ni aux rentes pour accident de travail ou maladie professionnelle, ni aux prestations de maladie en espèces couvrant des soins à durée illimitée.

Selon l'avis de Gebhard EUGSTER, cette disposition présume que les personnes qui perçoivent une prestation en espèces en raison ou à la suite de leur emploi ou de leur activité indépendante exercent cet emploi ou cette activité. Cette disposition vise à établir une distinction avec les prestations de remplacement du salaire limitées dans le temps. Les personnes qui, en raison d'une incapacité de travail due à une maladie ou à un accident, perçoivent temporairement une indemnité de maladie, que ce soit selon la LAMal ou la LCA, ou continuent à percevoir leur salaire de la part de l'employeur, sont considérées comme exerçant une activité lucrative, indépendamment du maintien de leur rapport de travail. Ces personnes restent soumises à la législation de l'ancien État d'emploi en matière d'assurance-maladie, pour autant qu'elles n'aient pas fait usage de leur droit d'option. Sont exclues de cette réglementation les prestations permanentes lorsqu'il n'y a pas ou plus lieu de s'attendre à une reprise rapide de l'activité professionnelle (Gebhard EUGSTER *in* SBVR, *op. cit.*, n. 78).

Cet avis est également partagé par l'auteur Frank SCHREIBER, qui considère notamment que les personnes en incapacité temporaire de travail pour cause de maladie ou qui interrompent leur activité professionnelle pour prendre un congé parental sont considérées comme exerçant une activité professionnelle si elles étaient auparavant salariées ou indépendantes. La perception d'indemnités de maladie relève également de l'art. 11 § 2, indépendamment de la poursuite de la relation de travail. Il n'y a pas de raison objective pour une telle fiction dans le cas de prestations couvrant des risques pour lesquels on ne peut plus s'attendre à une reprise d'emploi ou à une reprise d'emploi à court terme. De telles prestations, à savoir les pensions d'invalidité, de vieillesse ou de survivants, les rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, sont exclues de la fiction en vertu de l'art. 11 § 2, 2^e phr, comme l'est aussi un traitement de durée indéterminée couvert par les prestations en espèces de l'assurance « dépendance », en particulier l'allocation de soins (Frank SCHREIBER, *in* VO [EG] Nr. 883/2004, *Europäische Verordnung zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Kommentar*, Munich 2012, n. 28 *ad* art. 11 du Règlement n° 883/2004).

Dans le même sens, l'auteur Heinz-Dietrich STEINMEYER souligne que le Règlement n° 1408/71 (qui a été abrogé par le Règlement n° 883/2004) prévoyait que pour le cas du travailleur qui n'est pas employé au moment où il bénéficie de prestations, par exemple en cas de maladie, le principe de résidence s'appliquait dans ce cas, conformément à l'ancien art. 13 § 2, let. f du Règlement n° 1408/71. Désormais, l'art. 11 § 2 du Règlement n° 883/2004 prévoit dans ces cas un rattachement au lieu d'emploi ou d'activité, pour autant qu'il ne s'agisse pas d'une prestation permanente. Pour les autres prestations, il résulte de la nature de la prestation qu'elle est fournie sur la base d'une relation d'emploi ou d'une activité indépendante (Heinz-Dietrich STEINMEYER, *in* : *Europäisches Sozialrecht*, 2022, n. 14 *ad*. art. 11 Règlement n° 883/2004).

5.2.4.3. Selon l'art. 11 § 3 let. a du Règlement n° 883/2004, la personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un État membre est soumise à la législation de cet État membre, sous réserve des art. 12 à 16.

La notion d'activité salariée est décrite à l'art. 1 let. a du Règlement n° 883/2004 et désigne une activité, ou une situation assimilée, qui est considérée comme telle pour l'application de la législation de sécurité sociale de l'État membre dans lequel cette activité est exercée ou la situation assimilée se produit.

L'art. 11 § 3 let. a dudit règlement consacre le principe de l'assujettissement à la législation du pays de l'emploi (*lex loci laboris* ; ATF 144 V 2 consid. 6.1).

Le principe du *lex loci laboris* peut être assorti d'exceptions. En application de l'art. 83 du Règlement n° 883/2004, l'Annexe XI audit règlement régit les modalités particulières des législations de certains États membres, dont celles relatives à la Suisse. À son titre « Suisse » ch. 3 let. a litt. i, il est notamment fait référence au « droit d'option », qui est une exception au principe précité. Ce point fera l'objet d'un examen ultérieur.

L'art. 11 § 3 let. a du Règlement n° 883/2004 fait ainsi du lieu d'emploi en cas de travail salarié le point de rattachement de base. Ce lien de rattachement s'applique à toutes les personnes salariées, c'est-à-dire aux « travailleurs ». Ce qu'il faut entendre par emploi est déterminé par la définition du droit communautaire et non par celle du droit national. Cette disposition établit donc le principe du pays d'emploi (Heinz-Dietrich STEINMEYER, *op. cit.*, n. 9 *ad* art. 11 du Règlement n° 883/2004).

5.2.5 En plus des règles de conflit du Titre II, le Titre III du Règlement n° 883/2003 contient des règles de conflit pour des situations spéciales dans des branches particulières du système de la sécurité sociale, singulièrement, au chapitre 1 (art. 17 à 35) en ce qui concerne les prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées. La nature de règle de conflit ne découle pas toujours directement de la lettre de la disposition. À la différence du titre II, il s'agit de dispositions ponctuelles concernant une branche particulière de la

sécurité sociale ou un domaine particulier du droit (ATF 146 V 2901 consid. 3. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_263/2021 du 24 janvier 2022 consid. 5.1.2).

5.2.5.1. L'art. 17 du Règlement n° 883/2004 prévoit que la personne assurée ou les membres de sa famille qui résident dans un État membre autre que l'État membre compétent bénéficient dans l'État membre de résidence des prestations en nature servies, pour le compte de l'institution compétente, par l'institution du lieu de résidence, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme s'ils étaient assurés en vertu de cette législation.

Selon l'art. 18 § 1 du Règlement n° 883/2004, à moins que le § 2 n'en dispose autrement, la personne assurée et les membres de sa famille visés à l'art. 17 peuvent également bénéficier des prestations en nature lors de leur séjour dans l'État membre compétent. Les prestations en nature sont servies par l'institution compétente et à sa charge, selon les dispositions de la législation qu'elle applique, comme si les personnes concernées résidaient dans cet État membre.

On entend par « prestations en nature » les soins de santé, y compris les « paiements effectués sous la forme de prise en charge ou de remboursement de frais » (Bettina KAHIL-WOLFF *in* SBVR, n. 77).

5.2.5.2. Ces dispositions reprennent pour l'essentiel les art. 19 et 20 du Règlement n° 1408/71. Notamment, l'art. 18 § 1 du Règlement n° 883/2004 coïncide avec les première et deuxième phrases de l'art. 20 du Règlement n° 1408/71 en ce qu'ils confèrent aux frontaliers un droit d'option (*cf.* ATF 143 V 1 consid. 5.2.2).

Le Règlement n° 883/2004 contient donc des règles particulières concernant les frontaliers et les membres de leur famille, singulièrement l'art. 18 dudit règlement, qui prévoit qu'un travailleur frontalier qui se rend dans l'État membre compétent, c'est-à-dire l'État à la législation auquel est soumis le travailleur frontalier, ne subit aucune restriction par rapport à la prise en charge de ses soins sur ce territoire (*cf.* arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5241/2013 du 28 juillet 2016 consid. 13.2.2).

Ainsi, il ressort des art. 17 et 18 du Règlement n° 883/2004 que les frontaliers ont le droit de choisir entre les prestations dans leur État de résidence et leur État d'emploi (*cf.* Karl-Jürgen BIEBACK, *in* : Europäisches Sozialrecht, 2022, n. 16 *ad* art. 17 ss Règlement n° 883/2004).

Les règles d'entraide prévues aux art. 17 ss du Règlement 883/2004 visent donc à faciliter l'accès aux soins et aux prestations en espèces lors du séjour ou de la résidence en dehors de l'État compétent (soit l'État dans lequel l'intéressé est assuré), toute personne assurée ayant droit à l'entraide et établissent une répartition des tâches entre l'institution de l'État de résidence ou de séjour et celle de l'État compétent (Bettina KAHIL-WOLFF *in* SBVR, n. 76 et 77).

5.2.6 En application de l'art. 83 du Règlement n° 883/2004, l'annexe XI audit règlement régit les modalités particulières d'application des législations de

certaines États membres. Il ressort de cette annexe XI que les dispositions juridiques suisses régissant l'assurance-maladie obligatoire s'appliquent aux personnes qui ne résident pas en Suisse et qui sont soumises aux dispositions juridiques suisse en vertu du Titre II du règlement (ALCP Annexe II, Suisse, ch. 3 let. a lit. i).

Les personnes visées à la let. a de cet article peuvent, à leur demande, être exemptées de l'assurance obligatoire tant qu'elles résident dans l'un des États suivants et qu'elles prouvent qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie : l'Allemagne, l'Autriche, la France et l'Italie (ALCP Annexe II, Suisse, ch. 3 let. b, 1^{er} §).

Cette possibilité est appelée le « droit d'option » (arrêt du Tribunal fédéral 9C_490/2020 du 30 juin 2021 consid. 4.1).

5.2.7 En l'espèce, il est rappelé que, durant la période litigieuse du 1^{er} août au 14 novembre 2022, la recourante, une ressortissante suisse, exerçait une activité lucrative salariée auprès d'un employeur suisse tout en étant domiciliée en France. En effet, entre les 13 octobre 2018 et 18 février 2024, la recourante, dont le domicile se trouvait initialement en Suisse, a établi sa résidence en France.

La recourante était affiliée à l'assurance-maladie obligatoire suisse.

Elle a présenté une incapacité de travail à compter du 21 janvier 2021 et a perçu des indemnités journalières par l'assurance perte de gain maladie de son employeur, soit des prestations fondées sur la LCA, en remplacement de son salaire (*cf.* art. 324a et 324b CO), et ce, jusqu'au 4 février 2023. Dans l'intervalle, les rapports de travail ont été résiliés au 31 juillet 2022.

Sur la base des avis doctrinaux précités, la chambre de céans retient que, pour déterminer la législation applicable au regard du droit communautaire, la recourante est considérée comme exerçant une activité salariée pendant toute la durée de la maladie durant laquelle elle percevait les indemnités journalières servies par l'assurance perte de gain de son ancien employeur.

Cette qualification subsiste également après la résiliation des rapports de travail. En effet, les indemnités journalières perçues par la recourante durant sa période de maladie constituent un revenu de remplacement lié à l'exercice d'une activité salariée et sont temporaires. La résiliation des rapports de travail ne remet pas en cause ce lien, dès lors que la perception des indemnités journalières découle d'une relation d'emploi antérieure. Cette interprétation est conforme au droit communautaire, le Règlement n° 883/2004 ne distinguant pas entre la situation d'une personne en incapacité de travail percevant des indemnités journalières d'une assurance perte de gain privée tout en étant encore liée par un contrat de travail, et celle d'une personne percevant les mêmes prestations après la résiliation des rapports de travail. Il sied de rappeler que ce règlement a pour but de coordonner les législations nationales, il ne les unifie pas. Il cherche ainsi à

déterminer un seul État compétent afin notamment d'éviter les complications qui peuvent résulter.

L'intimée ne saurait être suivie lorsqu'elle soutient que, dans la mesure où les indemnités journalières perçues par la recourante sont des prestations versées au titre d'une assurance perte de gain régie par la LCA, celles-ci n'entrent pas dans le champ d'application du droit de coordination, ce qui mettrait fin à l'obligation d'affiliation à l'assurance-maladie suisse.

Une telle argumentation confond deux plans d'analyse. En effet, l'art. 3 du Règlement n° 883/2004 exclut du champ d'application matériel les prestations des assurances complémentaires selon la LCA. Or, dans la présente cause, la demande de restitution de l'intimée porte sur des prestations de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (*cf.* analyse *supra* du champ matériel du Règlement n° 883/2004). Le fait que la recourante ait perçu des indemnités journalières par une assurance perte de gain basée sur la LCA en remplacement de salaire n'a pas pour effet d'exclure l'application de la règle de coordination fixée à l'art. 11 § 3 let. a du Règlement n° 883/2004 ou l'interprétation ci-dessus de l'art. 11 § 2 du même règlement.

Il s'ensuit que, durant la période litigieuse, la recourante, en percevant des indemnités journalières par l'assurance perte de gain de son ancien employeur, doit être considérée comme exerçant encore son activité lucrative au sens du règlement précité.

Il ressort du dossier que la recourante n'a pas fait usage de son droit d'option en faveur de l'assurance-maladie sociale en France, de sorte qu'elle ne bénéficie pas de l'exception au principe du *lex loci laboris* de l'art. 11 § 3 let. a du Règlement n° 883/2004.

En conséquence, elle entre dans la catégorie visée à l'art. 11 § 3 let. a du Règlement n° 883/2004 et est soumise à la législation de son état d'emploi, soit à la législation suisse.

Partant, la recourante est rattachée à la compétence suisse en matière d'assurance-maladie sociale.

5.3 En droit suisse, l'obligation de s'assurer contre les risques de maladie s'apprécie comme suit.

5.3.1 Selon l'art. 3 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (al. 1). Le Conseil fédéral peut étendre l'obligation de s'assurer à des personnes qui n'ont pas de domicile en Suisse, en particulier celles qui : exercent une activité en Suisse ou y séjournent habituellement (art. 13 al. 2 LPGA – let. a) ; sont occupées à l'étranger par une entreprise ayant un siège en Suisse (let. b, al. 3).

Faisant usage de cette compétence, le Conseil fédéral a notamment édicté l'art. 1 al. 2 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), aux termes duquel sont tenues de s'assurer les personnes qui résident dans un État membre de l'Union européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'ALCP et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a LAMal.

5.3.2 En vertu de l'art. 5 LAMal, lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus à l'art. 3 al. 1, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse. Le Conseil fédéral fixe le début de la couverture d'assurance pour les personnes désignées à l'art. 3 al. 3 (al. 1). La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (al. 3).

L'art. 7 al. 4 OAMal prévoit que les frontaliers et les membres de leur famille qui entendent être soumis à l'assurance suisse (art. 3 al. 1) sont tenus de s'assurer dans les trois mois suivant le début de la validité de l'autorisation pour frontaliers. S'ils s'assurent à temps, l'assurance déploie ses effets dès la date de la validité de l'autorisation. S'ils s'assurent plus tard, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assurance prend fin avec l'abandon de l'activité lucrative en Suisse, avec l'expiration ou la révocation de l'autorisation pour frontaliers, à la mort de l'assuré ou avec la renonciation à l'assujettissement à l'assurance suisse. Dans ce dernier cas, une nouvelle requête ne peut être déposée, sauf raison particulière.

5.3.3 La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (*cf.* art. 5 al. 3 LAMal). Les principales hypothèses visées sont, d'une part, le décès de l'assuré et, d'autre part, le transfert du domicile à l'étranger. Dans ce dernier cas, ce n'est toutefois que si ni l'ALCP, ni la convention AELE, ni une convention bilatérale de sécurité sociale ne prévoit le maintien de l'obligation de s'assurer en Suisse que la couverture d'assurance va s'éteindre. Dans ces deux hypothèses, l'assurance cesse de manière automatique ; le décès ou le départ définitif de la Suisse doit être communiqué à l'assureur. Une fois que l'obligation d'assurance a pris fin, l'ancien assuré n'a plus aucune prétention à l'égard de l'assureur pour des traitements entrepris après cette date. C'est en effet la date du traitement qui est décisive pour déterminer l'obligation de prester de l'assureur (Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 57 - 58).

Étant donné que les compétences en matière d'obligation d'assurance sont réglées par le droit de coordination, le début et la fin de l'assurance en dépendent également. L'assurance prend ainsi fin lorsque l'assujettissement à l'obligation d'assurance en Suisse cesse en raison de changements de situations conformément à l'ALCP et au Règlement n° 883/2004. Pour les personnes qui ont définitivement cessé leur activité lucrative en Suisse tout en restant domiciliées dans un autre État contractant, l'assujettissement au statut juridique de sécurité sociale de l'État d'emploi, soit la Suisse, prend fin avec la cessation de l'activité. Cependant, le

statut de sécurité sociale de l'État d'emploi demeure applicable aux travailleurs temporairement malades ou aux personnes percevant une indemnité de remplacement de revenu en raison d'une incapacité de travail temporaire (art. 11 §. 2 du Règlement n°883/2004 ; Gebhard EUGSTER, *in Basler Kommentar zum KVG/KVAG* n. 20 *ad* art. 5 LAMal ; Gebhard EUGSTER *in SBVR*, *op. cit.*, n. 135).

5.3.4 En l'espèce, la recourante est soumise à la législation suisse, faute d'avoir fait usage de son droit d'option. Celle-ci prévoit l'obligation de s'assurer pour les personnes exerçant une activité en Suisse (*cf.* art. 3 al. 3 let. a LAMal et art. 1 al. 2 let. d OAMal qui renvoie à l'ALCP). Dans la mesure où la recourante exerçait une activité lucrative en Suisse, elle devait être affiliée à une assurance obligatoire en Suisse.

Lorsque les rapports de travail ont été résiliés et que la recourante a continué à bénéficier des indemnités perte de gain maladie de l'ancien employeur, elle était toujours considérée comme exerçant une activité salariée par le droit communautaire, de sorte que son obligation d'affiliation à l'assurance-maladie suisse a perduré pendant cette période également.

La question de savoir si le droit suisse partage cette même définition de l'activité salariée peut demeurer indéterminée, celle-ci étant sans incidence au regard de ce qui suit.

Dès lors que la compétence en matière d'obligation d'assurance relève du droit de coordination, la détermination du début et de la fin de l'affiliation en découle également. Il ressort du droit de coordination que pour les personnes qui ont cessé leur activité lucrative en Suisse, le statut de sécurité sociale de l'État d'emploi demeure applicable aux travailleurs temporairement malades ou aux personnes percevant une indemnité de remplacement de revenu. Ainsi, même si la recourante devait être considérée comme ayant cessé son activité lucrative, elle reste soumise à la législation suisse qui prévoit l'obligation de s'assurer tant qu'elle perçoit une indemnité de remplacement de revenu (telle que des indemnités journalières perte de gain maladie de l'employeur au sens de l'art. 11 § 2 du Règlement n° 883/2004).

Au vu de ce qui précède, dans la mesure où la recourante percevait des indemnités journalières pertes de gain maladie, l'intimée n'était pas légitimée à mettre fin à son affiliation durant la période litigieuse.

5.4 En conclusion, c'est à tort que l'intimée a mis fin à l'affiliation de la recourante entre les 1^{er} août et 14 novembre 2022. Il y a lieu de considérer que la recourante était tenue de s'affilier à une assurance-maladie suisse.

Par conséquent, l'intimée, en tant qu'assureur de la recourante, était tenue de payer les prestations de soins et ne pouvait dès lors en demander la restitution.

- 6.** En conséquence, le recours est admis et la décision entreprise annulée.

La recourante, qui obtient gain de cause, n'est pas représentée par un mandataire et n'a pas allégué des frais particulièrement importants pour défendre ses droits dans le cadre de la présente procédure de recours, de sorte qu'aucune indemnité ne lui sera accordée à titre de participation à d'éventuels frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} *a contrario* LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'intimée du 30 mai 2024 ainsi que la demande de restitution qui y est contenue.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Christine RAVIER

Blaise PAGAN

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