RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2416/2020 **ATAS/625/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 juin 2021

4ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE recourante

contre

CSS ASSURANCE-MALADIE SA, sise Tribschenstrasse 21, LUCERNE intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1967, divorcée et mère d'un enfant né en 2001, a signé le 22 juin 2018 une proposition d'assurance pour adhérer, dès le 1er janvier 2019, à l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) auprès de CSS assurance maladie SA (ci-après : la CSS ou l'intimée). L'assurée a opté pour une franchise à CHF 2'500.- ; la proposition d'assurance mentionnait pour cette franchise une prime de CHF 331.80, tout en précisant que l'offre se basait sur les primes de 2018 et que l'assurée recevrait une police actualisée avec les primes pour 2019, dès l'approbation de celles-ci par l'Office fédéral de la santé publique (ci-après : l'OFSP). Pour la franchise à CHF 1'500.-, la proposition d'assurance précisait que la prime (2018) s'élevait à CHF 386.-. En parallèle, l'assurée a signé le même jour une seconde proposition d'assurance, portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire et soumises à la loi fédérale sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908 (LCA - RS 221.229.1).

2. Le 17 octobre 2018, la CSS a adressé à l'assurée une police d'assurance, valable dès le 1er janvier 2019. La prime de l'assurance selon la LAMal, avec franchise à CHF 2'500.-, s'élevait à CHF 363.30. La police d'assurance confirmait également la conclusion de deux assurances complémentaires auprès de la CSS, soit une « assurance ambulatoire myFlex » et une assurance « frais de guérison par accident ».

3. Dans un courrier daté du 19 novembre 2018, l'assurée a indiqué à la CSS qu'elle désirait changer de franchise, dans le sens d'une franchise à CHF 1'500.- au lieu de CHF 2'500.- à partir du mois de janvier 2019. Par ailleurs, elle souhaitait résilier l'assurance complémentaire figurant sur cette même police, également à partir du mois de janvier 2019.

4. Par courrier du 6 décembre 2018, la CSS a confirmé la modification de franchise de l'assurance de base à CHF 1'500.- dès le 1er janvier 2019.

5. Le 8 décembre 2018, la CSS a adressé à l'assurée une nouvelle police d'assurance, valable dès le 1er janvier 2019. La prime d'assurance selon la LAMal, avec franchise à CHF 1'500.-, s'élevait désormais à CHF 417.50.

6. Par courrier du 19 mai 2019, l'assurée a demandé à la CSS « l'annulation » de son assurance de base et de son assurance complémentaire, au motif qu'elle était déjà affiliée à l'assurance Visana et que sa fille était toujours affiliée à Assura.

7. Dans un courrier daté du 31 septembre 2019, toujours adressé à la CSS, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait jamais demandé d'assurance pour sa fille et qu'elle pourrait continuer avec son assurance CSS, mais seulement pour l'assurance de base. En raison de son licenciement, elle se trouvait dans une situation financière difficile.

8. Par courrier du 20 novembre 2019, l'assurée a invité la CSS à lui adresser le solde des primes à payer pour l'année 2019, avec une franchise à CHF 2'500.-. Par

ailleurs, elle a transmis à la CSS un formulaire visant à demander la résiliation de ses assurances complémentaires avec effet au 31 décembre 2019.

9. Par pli du 4 décembre 2019, la CSS a répondu à l'assurée qu'elle annulait les assurances complémentaires avec effet au 1er janvier 2019 et que l'assurance obligatoire des soins serait résiliée au 31 décembre 2019, pour autant que toutes les primes aient été payées d'ici-là et qu'une attestation du nouvel assureur lui soit transmise. Pour le reste, la CSS annulait l'affiliation de la fille de l'assurée, tant pour l'assurance obligatoire que pour l'assurance complémentaire, avec effet au 1er janvier 2019. Les rectifications de prime seraient répercutées sur la prochaine facture.

10. Par courriels des 19 et 23 mai 2020, l'assurée a fait valoir qu'elle avait signé, en juin 2018, une proposition d'assurance LAMal avec une franchise à CHF 2'500.- et une prime à CHF 331.80, alors que dans la facture qu'elle avait reçu de la CSS, il était mentionné des primes de CHF 417.- pour 2019 et de CHF 420.65 pour 2020, correspondant à une franchise à CHF 1'500.-. Elle n'avait pas signé une proposition d'assurance pour l'année 2019 et le seul document qu'elle avait signé était la proposition d'assurance du 22 juin 2018, qui mentionnait une franchise de CHF 2'500.- et une prime de CHF 331.-. En outre, comme la CSS n'avait pas remis son certificat d'assurance maladie au service de l'assurance maladie, elle n'avait pas perçu de subside pour l'année 2019.

11. Par courrier du 20 mai 2020, puis par courriel du 29 mai 2020, la CSS a répondu que c'était l'assurée qui avait demandé la modification de sa franchise à CHF 1'500.-, de sorte que c'était bien cette franchise qui devait être prise en compte pour les années 2019 et 2020. Il était loisible à l'assurée de modifier sa franchise pour le 1er janvier 2021. Le montant indiqué sur la proposition d'assurance signée en juin 2018 était le tarif de référence pour l'année 2018, puisqu'à ce moment-là, les primes de l'année 2019 n'étaient pas encore connues. Quant aux assurances complémentaires, la CSS acceptait « à bien plaire » leur annulation, bien qu'elles avaient été contractuellement souscrites. S'agissant enfin du subside, la CSS rétorquait qu'il n'incombait pas aux assureurs de transmettre les polices d'assurances aux organes cantonaux compétents pour l'octroi de subsides de l'assurance-maladie.

12. a. La CSS a engagé des poursuites contre l'assurée pour les primes LAMal que celle-ci aurait dû payer de janvier 2019 à décembre 1999.

    b. Par décision du 24 septembre 2019, la CSS a levé l'opposition formée par l'assurée dans la poursuite n° 1_____, à concurrence de CHF 1'580.40.- de primes (janvier à mars 2019), CHF 180.- de frais administratifs, de CHF 52.- d'intérêts moratoires et de CHF 73.30 de frais de poursuite, soit CHF 1'885.70 au total.

    c. Par décision du 16 janvier 2020, la CSS a levé l'opposition formée par l'assurée dans la poursuite n° 2_____, à concurrence de CHF 1'053.- de primes (avril-mai 2019), CHF 136.45 de participation aux coûts, CHF 180.- de frais

administratifs, CHF 33.40 d'intérêts moratoires et de CHF 107.55 de frais de poursuites, sous déduction de CHF 218.60 pour le mois de juin 2019, soit CHF 1'292.40 au total.

d. Par décision du 14 février 2020, la CSS a levé l'opposition formée par l'assurée dans la poursuite n° 3_____, à concurrence de CHF 907.20 de primes (juillet à septembre 2019), CHF 200.- de frais administratifs, de CHF 24.95 d'intérêts moratoires et de CHF 73.30 de frais de poursuite, soit CHF 1'205.45 au total.

e. Par décision du 20 juillet 2020, la CSS a levé l'opposition formée par l'assurée dans la poursuite n° 4_____, à concurrence de CHF 637.30 de primes (juin, octobre et novembre 2019), CHF 150.- de frais administratifs, CHF 31.35 d'intérêts moratoires et CHF 53.30 de frais de poursuite, soit CHF 891.95 au total.

f. Par pli du 22 juillet 2020, l'assurée a formé opposition. À l'appui de ladite opposition, elle a transmis copie d'un courriel adressé à la CSS le 10 juillet 2020 et de ses annexes.

g. Dans un courrier daté du 30 juillet 2020, la CSS a fait remarquer à l'assurée que cette dernière n'avait formé opposition que contre la décision de mainlevée du 30 juillet 2020, mais pas contre celles des 24 septembre 2019, 16 janvier et 14 février 2020.

13. Dans une décision datée du 23 juin 2020, la CSS a maintenu la franchise de l'assurance obligatoire des soins à CHF 1'500.- pour l'année 2019. L'assurée avait demandé la diminution de sa franchise à CHF 1'500.- par un courrier daté du 19 novembre 2018, lequel avait été reçu par la CSS le 20 novembre 2018, soit dans le délai légal. La diminution de la franchise à CHF 1'500.- dès le 1er janvier 2019 avait été confirmée par la CSS, laquelle ne pouvait satisfaire à la requête subséquente – formulée le 20 novembre 2019 – d'une « correction » de la franchise à CHF 2'500.- avec effet rétroactif au 1er janvier 2019.

14. Par courriel du 6 juillet 2020, l'assurée s'est opposée à cette décision.

15. Par décision sur opposition du 23 juillet 2020, la CSS a écarté l'opposition. La législation fédérale sur l'assurance-maladie ne prévoyait aucune forme pour l'adhésion à l'assurance obligatoire des soins et une simple demande écrite avec indication de la franchise était suffisante. En l'occurrence, l'assurée avait signé, le 28 juin 2018, une proposition d'assurance pour adhérer auprès de la CSS à l'assurance obligatoire des soins dès le 1er janvier 2019, en optant pour une franchise à CHF 2'500.- ; la proposition d'assurance précisait que le montant de la prime serait divulgué lors de l'approbation annuelle des primes par l'OFSP. Après avoir reçu, le 17 octobre 2018, la police d'assurance dont la prime s'élevait à CHF 363.30 (compte tenu d'une franchise à CHF 2'500.-), l'assurée avait déclaré, par pli du 19 novembre 2018, qu'elle souhaitait changer sa franchise à CHF 1'500.- à partir du mois de janvier 2019. Cette déclaration de changement de franchise faisait suite à la publication des primes et était intervenue dans le délai de résiliation

prévu par la législation fédérale sur l'assurance-maladie, soit jusqu'au 30 novembre 2018. La déclaration ne comportait aucun doute et devait être considérée comme étant valable. Dans la mesure où la législation sur l'assurance-maladie n'exigeait pas la signature d'une proposition d'assurance, une modification pouvait être demandée par courrier écrit, comme dans la présente situation. Le grief soulevé par l'assurée à l'appui de son opposition – à teneur duquel elle avait certes adressé un courrier sollicitant une modification de franchise à CHF 1'500.- mais sans signer de proposition d'assurance – devait donc être écarté.

16. Par lettre du 17 août 2020, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours contre cette décision. Elle avait fait l'objet de poursuites pour des factures de prime, qui ne correspondaient pas à la proposition d'assurance qu'elle avait signée le 22 juin 2018, dont il ressortait une prime de CHF 331.80. En novembre 2018, elle avait demandé de changer sa franchise à CHF 1'500.- et de supprimer l'assurance complémentaire. En décembre 2018, la CSS avait approuvé la demande de changement de franchise à CHF 1'500.- , mais sans lui envoyer un « formulaire de modification complet indiquant le prix exact de la prime de base pour l'année 2019 ». En janvier 2019, elle avait reçu une facture de CHF 614.50, correspondant à l'assurance de base avec franchise à CHF 1'500.- ainsi qu'aux primes d'assurance complémentaires ajoutées par erreur, notamment celles de sa fille. Malgré ses nombreuses lettres de réclamations et courriels adressés à la CSS, personne ne lui avait indiqué ce qu'il fallait faire. En mai 2019, elle avait adressé à la CSS une lettre visant à résilier son contrat auprès de la CSS, puis en septembre 2019, elle avait demandé l'annulation de son assurance complémentaire et de celle de sa fille. En décembre 2019, la CSS avait finalement accepté d'annuler l'affiliation de sa fille et la sienne pour les assurances complémentaires, ainsi que de résilier pour fin 2019 le contrat concernant l'assurance obligatoire, mais moyennant le paiement de toutes les primes. En 2020, elle avait échangé de nombreux courriels avec la CSS, qui lui avait signifié qu'elle ne pouvait pas changer d'assurance sans avoir préalablement soldé un arriéré de primes de CHF 3'642.- et une participation aux coûts de CHF 136.45. La CSS avait ensuite adressé à l'office des poursuites quatre factures de poursuites « invalides » (poursuites 1_____, 2_____, 3_____ et 4_____) qui ne totalisaient pas CHF 3'642.- et sans tenir compte du subside d'assurance-maladie, la CSS n'ayant pas fait de démarches en ce sens pour 2019. En juin-juillet 2020, elle avait été convoquée à l'office des poursuites, alors qu'elle n'avait « rien à voir » avec lesdites poursuites dans la mesure où l'intimée n'avait pas corrigé ses dossiers depuis plus d'un an. Par ailleurs, l'intimée aurait dû rétablir la franchise initiale de CHF 2'500.-.

17. Dans sa réponse du 10 septembre 2020, la CSS a conclu au rejet du recours. C'était à bon droit que la CSS avait donné suite à la (première) demande de modification de franchise de la recourante, laquelle était intervenue suite à l'annonce des primes pour l'année 2019 et dans le délai de changement, soit jusqu'au 30 novembre. Dans

la mesure où la recourante semblait lui reprocher de l'avoir mal renseignée, la CSS rétorquait que l'intéressée avait déclaré vouloir modifier sa franchise de CHF 2'500.- à CHF 1'500.- dans le délai légal, sans formuler de demande de renseignement complémentaire. Dans la mesure où le montant de la prime ne constituait pas un élément essentiel du contrat pour l'adhésion à l'assurance-maladie, la CSS n'avait pas à fournir plus d'informations à l'assurée et n'avait donc pas enfreint son obligation de renseigner. Par ailleurs, dans la mesure où la recourante contestait la modification de la franchise et le fait d'avoir été poursuivie pour les primes, l'intimée relevait qu'elle avait rendu une décision formelle constatatoire sur la question afin de sceller une fois pour toute la situation juridique et de clore le litige. Le recours qu'elle avait interjeté ne suspendait pas le paiement des primes jusqu'à droit connu dans la procédure de recours, dans la mesure où les primes avaient été facturées sur la base d'une police d'assurance incontestée. Si la recourante obtenait gain de cause, l'intimée effectuerait les corrections nécessaires.

18. Par plis des 11 et 15 septembre 2020, l'assurée a transmis à la CJCAS divers documents concernant les poursuites dont elle faisait l'objet, ainsi que le blocage de son compte bancaire, déplorant par ailleurs avoir été victime d'erreurs administratives et de négligences de la part de l'intimée.

19. Par écriture du 17 septembre 2020, l'intimée a persisté dans les termes de sa réponse. S'agissant des décisions formelles de mainlevée que la CSS avait rendues les 24 septembre 2019, 6 janvier 2020 et 14 février 2020, elles n'avaient pas fait l'objet d'une opposition dans le délai légal de 30 jours, de sorte que les poursuites avaient été continuées. Ces décisions de mainlevée étaient antérieures à la décision du 23 juin 2020 concernant la modification de la franchise. Seule la décision formelle de mainlevée du 20 juillet 2020 (poursuite n° 4_____ pour les primes de juin, octobre et novembre 2019) avait fait l'objet d'une opposition en temps utile. Lors du traitement de l'opposition, l'intimée avait constaté que le montant mis en poursuite comportait une erreur et avait donc radié la poursuite, tout comme la poursuite n°3_____ (primes de juillet à septembre 2019), qui portait également sur un montant inexact. Ces erreurs n'étaient pas liées à la problématique de la franchise et une nouvelle poursuite serait introduite pour ces créances.

20. Le 22 septembre 2020, la recourante a transmis à la CJCAS diverses pièces supplémentaires.

21. Par l'intermédiaire de Caritas, la recourante a relevé, le 6 novembre 2020, qu'au vu de la décision sur opposition, l'objet du litige portait effectivement sur le montant de la franchise de l'assurance obligatoire des soins pour l'année 2019, comme l'indiquait l'intimée dans sa réponse. Les autres questions soulevées dans le recours, notamment les litiges avec la CSS au sujet des assurances complémentaires ou les subsides de l'assurance-maladie, ne faisaient pas l'objet de la présente procédure. S'agissant de la franchise litigieuse, la recourante exposait qu'en novembre 2018, elle avait demandé à la CSS de faire baisser sa franchise de CHF 2'500.- à CHF 1'500.- sur la base des montants indiqués dans la proposition

d'assurance-maladie qu'elle avait signée le 22 juin 2018. Or, d'après ce document, les montants des primes avec franchise à CHF 2'500.- et CHF 1'500.- étaient respectivement de CHF 331.80 et de CHF 386.-, de sorte qu'avec la diminution de sa franchise, elle avait pensé que le montant de sa prime augmenterait d'environ CHF 50.- au maximum. Dans la mesure où elle ne disposait que de revenus très modestes et s'occupait de sa fille dont elle assumait seule les charges, il était très important qu'elle puisse maîtriser ses dépenses et elle ne pouvait augmenter sa prime mensuelle que de CHF 50.- au plus, à défaut de quoi son budget ne serait plus équilibré. Lorsqu'à la mi-décembre 2018, elle avait pris connaissance du montant réel de sa nouvelle prime, à concurrence de CHF 417.- au lieu des CHF 386.- attendus, elle avait été très surprise. En voyant les factures de primes 2019 qui accompagnaient sa nouvelle police d'assurance, elle avait pensé qu'il était trop tard pour demander un nouveau changement de franchise ; elle s'était alors sentie « piégée », avec une prime trop chère pour son budget, et le sentiment de n'avoir jamais pu se déterminer en toute connaissance de cause sur le montant réel de cette prime. Elle invitait la CJCAS à constater que le montant de sa franchise 2019 était de CHF 2'500.- plutôt que CHF 1'500.- et, partant, à annuler la décision sur opposition attaquée.

22. Par écriture du 29 janvier 2021, la recourante a indiqué à la CJCAS qu'elle procéderait dorénavant sans représentant et qu'elle souhaitait que son dossier ne soit pas « abandonné », dans la mesure où l'intimé lui avait adressé une poursuite rétroactive pour l'année 2019, que son compte bancaire avait été bloqué et qu'elle craignait une augmentation des intérêts.

23. Par écriture du 2 mars 2021, la recourante a rappelé qu'en juin 2018, elle avait signé un contrat pour l'assurance-maladie de base (avec une franchise à CHF 2'500.-) dont la prime s'élevait à CHF 331.50. Le 8 décembre 2018, elle avait reçu un décompte de prime dont il ressortait toutefois une prime de CHF 614.50 dès le 1er janvier 2019 ; ce montant était dû à un changement de franchise, à la double affiliation de sa fille et à une assurance complémentaire ajoutée à tort par la CSS. Elle s'était plainte de cette erreur de facturation le 19 novembre 2018, mais la CSS avait refusé sa demande de résiliation concernant l'affiliation de sa fille et les assurances complémentaires que la CSS avait ajoutées sur sa missive du 6 décembre 2018. Les erreurs de facturation n'avaient été corrigées qu'une année plus tard, la résiliation concernant sa fille avait été accordée le 30 novembre 2019, l'annulation des assurances LAMal et LCA 2019 avait été octroyée le 4 décembre 2019 et la résiliation de son affiliation à l'assurance CSS lui avait été accordée le 7 décembre 2019. La CSS avait tardé à corriger les factures et avait ensuite immédiatement engagé des poursuites, en lui facturant des intérêts. Elle estimait que la CSS devait être tenue responsable du paiement des frais et des intérêts, qui résultaient d'une facturation incorrecte, d'une correction tardive et d'une négligence. De son côté, le service genevois du contentieux n'avait pas tenu compte du subside maladie supplémentaire de CHF 300.- par mois qu'elle aurait dû toucher

et qui aurait pu être déduit de ses primes d'assurance-maladie pour 2019. Elle estimait que le service du contentieux n'avait aucune raison de la poursuivre aussi longtemps que les erreurs de facturation pour 2019 n'auraient pas été résolues ; ces erreurs n'avaient été corrigées que tardivement, le 24 janvier 2020, et seulement partiellement. Pour le reste, elle reprochait au courtier de l'agence CSS de ne pas avoir fait de demande de subside dans les délais, pour qu'elle puisse les obtenir déjà en 2019, alors qu'en 2020 et 2021, elle avait obtenu un subside de CHF 300.-.

24. Cette écriture a été transmise à l'intimée, pour information, le 16 avril 2021. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

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

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

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

4. a. L'objet du litige dans la procédure administrative 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 attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En outre, dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1).

   b. En l'occurrence, l'objet du litige est déterminé par la décision sur opposition du 23 juillet 2020, confirmant une décision initiale datée du 23 juin 2020, et par les

conclusions du recours, telles qu'elles ont été formulées par écriture du 6 novembre 2020. Il porte uniquement sur le point de savoir si l'intimée était fondée à refuser la demande – formulée par la recourante dès le mois de novembre 2019 – d'un rétablissement de sa franchise à CHF 2'500.- et, partant, à maintenir celle-ci à CHF 1'500.- pour toute l'année 2019.

c. En revanche, il n'appartient pas à la chambre de céans d'examiner les divers griefs soulevés par la recourante sur lesquels l'intimée ne s'est pas prononcée sous la forme d'une décision sur opposition. En effet, ces questions excèdent l'objet du litige, ce qui exclut le prononcé d'un jugement à leur propos. En particulier, la chambre de céans n'a pas à statuer sur le montant de l'arriéré de primes et sur les intérêts dûs par la recourante pour l'année 2019, ni sur la mainlevée des oppositions qu'elle a formées aux poursuites de l'intimée, aucune décision sur opposition n'ayant été rendue par la CSS à cet égard. À ce propos, on relèvera avec l'intimée que l'assurée ne semble pas avoir formé opposition dans les délais et formes légaux – une opposition formée par e-mail n'étant pas recevable (ATF 142 V 152 consid. 2.4) – contre les décisions de mainlevée des 14 septembre 2019, 16 janvier et 14 février 2020, seule la décision du 20 juillet 2020 ayant été contestée par lettre du 22 juillet 2020. Enfin, il convient de relever que dans son écriture du 20 novembre 2020, la recourante concède que l'objet du litige se limite à la question de la franchise de l'assurance obligatoire des soins pour l'année 2019.

5. Aux termes de l'art. 7 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (al. 2).

Selon le Message du Conseil fédéral du 21 septembre 1998 concernant la révision partielle de la LAMal, la nouvelle formulation de l'art. 7 al. 2 LAMal vise à permettre aux assurés de changer d'assureur, non plus seulement en cas d'augmentation des primes comme jusqu'ici, mais également lorsque les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral des assurances sociales ne varient pas ou sont inférieures aux précédentes. Il s'est également agi, dans l'esprit du législateur, d'uniformiser la date à laquelle le changement d'assureur peut intervenir, en ce sens que "si les primes sont valables pour le 1er janvier, les assureurs les annoncent pour le 31 octobre au plus tard et les assurés peuvent communiquer leur changement jusqu'au 30 novembre" (FF 1999 753 ss, 767). Il apparaît ainsi qu'en ce qui concerne le principe de soumettre la personne assurée à l'observation d'un délai de préavis d'un mois pour changer d'assureur, le nouvel art. 7 al. 2 LAMal n'a pas introduit de nouveauté par rapport à son ancienne version, son but étant simplement d'instaurer un terme de résiliation unique. Dès lors, en disant que les "assurés peuvent communiquer leur changement d'assureur jusqu'au 30 novembre" (en

allemand : "die Versicherten können ihren Wechsel bis zum 30. Nov. mitteilen" [BBl 1999 836]; en italien : "gli assicurati possono comunicare il cambiamento per al 30 nov. " [FF 1999 I 727]), le législateur témoigne clairement de sa volonté de voir appliquer la théorie de la réception pour computer le délai de préavis d'un mois.

À teneur de l'art. 61 al. 1 LAMal, l'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. L'assureur détermine le montant des primes en fonction des coûts de la santé, celles-ci devant être arrêtées à un montant lui permettant de constituer des réserves suffisantes afin de supporter les coûts afférents aux maladies déjà survenues et de garantir sa solvabilité à long terme. Les assureurs se basent donc sur les résultats définitifs de l'année précédente, sur des extrapolations de l'année en cours, et sur le budget de l'exercice suivant (Stéphanie PERRENOUD, L'assurance-maladie, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 243). Avant de pouvoir être appliqués, les tarifs des primes doivent avoir été approuvés par l'OFSP (art. 61 al. 5 LAMal). Le département fédéral de l'intérieur (DFI) propose d'ailleurs un site internet (http://www.priminfo.ch) sur lequel figure une liste des primes par assureur-maladie et par canton.

6. Selon l'art. 93 OAMal, les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle les assurés peuvent choisir une franchise plus élevée que le montant fixé à l'art. 103, al. 1 (franchise à option). Les franchises à option se montent à 500, 1000, 1500, 2000 et 2500 francs pour les adultes et les jeunes adultes et à 100, 200, 300, 400, 500 et 600 francs pour les enfants. Un assureur peut offrir des franchises différentes pour les adultes et les jeunes adultes. Les franchises à option offertes par l'assureur doivent s'appliquer à l'ensemble du canton (al. 1).

   Aux termes de l'art. 94 OAMal, tous les assurés peuvent adhérer à l'assurance avec franchises à option. L'assuré ne peut choisir une franchise plus élevée que pour le début d'une année civile (al. 1). Le passage à une franchise moins élevée ou à une autre forme d'assurance ainsi que le changement d'assureur sont possibles pour la fin d'une année civile et moyennant préavis donné dans les délais fixés à l'art. 7, al. 1 et 2, de la loi (al. 2).

   Le Tribunal fédéral des assurances a affirmé la légalité de l'art. 94 al. 2 OAMal en ce qui concerne la restriction de la liberté de résiliation en cas de changement d'assureur pour les assurés qui ont choisi une franchise plus élevée (RKUV 1998 n° KV 39 p. 378). En effet, la réduction de la prime proposée par l'assureur en échange d'une participation aux coûts plus élevée (cf. art. 62 al. 2 let. a LAMal, art. 95 al. 2 OAMal) nécessite un calcul de prime adapté correspondant à des années civiles complètes. Par conséquent, une interruption des rapports d'assurance avec franchise à option pendant l'année civile - contrairement à ceux avec franchise ordinaire (art. 103 al. 4 OAMal) - n'est pas conforme au système. Ce principe est valable non seulement en cas de changement d'assureur, mais également en cas de

passage à une franchise inférieure ou à une autre forme d'assurance auprès du même assureur, raison pour laquelle la légalité de l'art. 94 al. 2 OAMal doit également être affirmée à l'égard de ces cas (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 30/01 du 3 mai 2001 consid. 1a).

7. En l'espèce, dans la décision sur opposition attaquée, l'intimée a maintenu la franchise de la recourante pour l'assurance obligatoire des soins à CHF 1'500.- pour l'année 2019, ce que l'intéressée conteste, en réclamant que sa franchise soit rétablie à CHF 2'500.- pour cette année-là. La recourante explique qu'en novembre 2018, elle a certes demandé une diminution de sa franchise à CHF 1'500.-, mais qu'elle s'attendait à devoir payer une prime de CHF 386.- (et non de CHF 417.-), sur la base de la proposition d'assurance qu'elle avait signée en juin 2018. La recourante relève n'avoir signé aucune proposition d'assurance ou autre formulaire indiquant le prix exact de la prime de l'assurance de base pour l'année 2019.

8. a. La chambre de céans constate qu'après avoir signé, en juin 2018, une proposition d'assurance pour adhérer à l'assurance obligatoire des soins offerte par l'intimée, sur la base d'une franchise à CHF 2'500.-, puis avoir reçu la police d'assurance correspondante en octobre 2018 (dont il ressortait une prime de CHF 363.30), la recourante a déclaré, par pli du 19 novembre 2018 (soit dans le délai de préavis d'un mois pour la fin du mois précédant le début de la validité de la nouvelle prime, conformément aux art. 7 al. 2 LAMal et 94 al. 2 OAMal) qu'elle souhaitait diminuer sa franchise à CHF 1'500.- à partir du mois de janvier 2019. L'intimée a pris acte de cette diminution de franchise en adressant à la recourante, le 8 décembre 2018, une nouvelle police d'assurance, valable dès le 1er janvier 2019 et confirmant une franchise de CHF 1'500.- ainsi qu'une prime s'élevant désormais à CHF 417.50. L'assurée n'a, dans un premier temps, pas contesté cette nouvelle police d'assurance. C'est seulement dès le mois de novembre 2019 – 11 mois après avoir reçu sa nouvelle police d'assurance – qu'elle a requis de l'intimée qu'elle lui adresse le solde des primes à payer jusqu'à la fin de l'année 2019, avec une franchise à CHF 2'500.-. En mai 2020, la recourante a fait valoir – en dépit de la demande de réduction de franchise qu'elle avait adressée en novembre 2018 – que la franchise à CHF 2'500.- était toujours valable, arguant que c'était cette franchise-là qui ressortait de la proposition d'assurance qu'elle avait signée en 2018, et qu'elle n'avait signé aucune autre proposition d'assurance.

   b. La recourante ne peut être suivie lorsqu'elle laisse entendre que la demande de diminution de franchise (à CHF 1'500.-) qu'elle a adressée en novembre 2018 ne déploierait aucun effet, parce qu'elle n'a pas signé de proposition d'assurance correspondante. En effet, la législation fédérale en matière d'assurance-maladie (art. 94 OAMal et 7 LAMal) ne subordonne pas le passage à une franchise inférieure à la signature d'une proposition d'assurance. Quant au règlement de l'intimée « Assurances selon la LAMal » (édition 2018), il n'évoque la signature d'une proposition d'assurance qu'au moment de l'affiliation à l'assurance et non à l'occasion changement de franchise. À titre superfétatoire, on relèvera encore qu'en

relation avec l'art. 7 LAMal, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que la déclaration de volonté par laquelle un assuré démissionnait d'une caisse-maladie était un acte juridique unilatéral (droit formateur) produisant ses effets indépendamment du consentement de l'assureur (arrêt K 69/00 du 1er décembre 2000 consid. 2d). On ne voit pas qu'il en aille différemment du passage à une franchise inférieure, dans la mesure où l'art. 94 al. 2 OAMal permet aussi bien le passage à une franchise inférieure que le changement d'assureur moyennant un simple « préavis » donné par l'assuré, ce qui suppose un caractère unilatéral dans les deux cas.

c. La recourante ayant requis, en novembre 2019, que sa franchise soit rétablie à CHF 2'500.- dès le 1er janvier 2019, on relèvera encore qu'une demande de modification de franchise ne saurait déployer d'effet rétroactif, conformément à l'art. 94 al. 2 OAMal et à la jurisprudence topique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 30/01 du 3 mai 2001 consid. 2). Ensuite, dans la mesure où la recourante indique qu'en signant la proposition d'assurance, elle n'envisageait de payer qu'une prime mensuelle de CHF 386.- pour l'année 2019 parce que ce montant-là ressortait de ladite proposition, elle ne saurait raisonnablement soutenir que la prime 2019 devait correspondre aux montants indiqués dans la proposition d'assurance signée en juin 2018. En effet, comme cela ressort clairement de la proposition d'assurance, les tarifs indiqués dans ce document correspondaient aux primes 2018, puisque les primes valables pour l'année 2019 n'avaient alors pas encore été approuvées par l'OFSP et ne pouvaient donc pas être communiquées (« cette offre se base sur les primes de 2018. Après que l'office fédéral de la santé publique aura approuvé les primes, vous recevrez en octobre une police actualisée avec les primes de 2019 »). La divergence que met en évidence la recourante entre le montant de la prime figurant dans la proposition d'assurance et celle finalement à sa charge est inhérente au système de fixation annuelle des primes, et la recourante ne saurait en déduire un quelconque argument en sa faveur. Pour le reste, il n'incombe pas à l'assureur de présenter une demande de subside de l'assurance-maladie (art. 23 al. 1-5 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 [LaLAMal - J 3 05]), et c'est donc à tort que la recourante reproche à l'intimée d'avoir tardé à le faire.

d. Eu égard aux considérations qui précèdent, l'intimée était fondée à retenir, dans la décision sur opposition attaquée, que la franchise de la recourante pour l'assurance obligatoire des soins s'élevait à CHF 1'500.- pour l'année 2019. Corollairement, c'est à bon droit qu'elle a refusé la demande de l'assurée tendant à ce que sa franchise soit « rétablie » à CHF 2'500.- rétroactivement dès le 1er janvier 2019.

9. Mal fondé, le recours est rejeté.

10. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA-GE).

******

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À 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	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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