



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2912/2019

ATAS/266/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 avril 2020

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

ASSURA, sise Case postale 7, MONT-SUR-LAUSANNE

intimée

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Anny FAVRE et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1990, a été affiliée pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie auprès d'ASSURA-BASIS SA (ci-après : ASSURA ou l'assurance) du 1^{er} février au 31 décembre 2018. La franchise annuelle de l'assurée s'élevait à CHF 2'500.- pour l'année 2018.
2. Le 18 mai 2018, l'assurée s'est rendue pour une consultation auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

Le coût des prestations dispensées dans ce cadre a été réglé par ASSURA, en sa qualité de tiers payant, pour un montant total de CHF 774.50 (soit CHF 312.15 selon la facture des HUG du 13 juin 2018 et CHF 462.- selon la facture des HUG du 25 juin 2018 relative aux analyses effectuées le 18 mai 2018, étant précisé que ces deux factures mentionnaient « maladie » comme motif du traitement).
3. Le 13 juin 2018, l'assurée a été examinée par son gynécologue traitant, le docteur B_____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique. D'après le décompte de prestations établi par le médecin, cette consultation, dont le coût s'élevait à CHF 217.30, comprenait un « premier examen et première consultation de grossesse », code TARMED 22.1910 (cf. décompte de prestations du 16 juillet 2018). Le montant de cette prestation a été pris en charge, sans participation légale de l'assurée, par ASSURA (décompte de prestations du 4 septembre 2018).
4. Le 26 juin 2018, le Dr B_____ a certifié que l'assurée était enceinte de douze semaines et que son terme était prévu le 6 janvier 2019.
5. Par décomptes de prestations des 11 et 18 juillet 2018, ASSURA a réclamé le remboursement du montant de CHF 312.15 (facture des HUG du 13 juin 2018), respectivement de CHF 462.- (facture des HUG du 25 juin 2018), au titre de la participation aux coûts (franchise).
6. Le 14 septembre 2018, l'assurance a adressé un rappel à l'assurée concernant les décomptes des 11 et 18 juillet 2018.
7. Le 18 septembre 2018, l'assurée s'est entretenue avec une collaboratrice de l'assurance par téléphone. Par décompte rectificatif du lendemain, ASSURA a corrigé ses décomptes des 11 et 18 juillet 2018. S'agissant du décompte du 11 juillet 2018, une franchise de CHF 209.15 était prélevée sur la facture des HUG pour la consultation du 18 mai 2018. Un montant de CHF 103.- figurant sur cette facture était indemnisé sans participation légale comme prestations spécifiques de maternité (analyses). S'agissant du décompte du 18 juillet 2018, les analyses effectuées correspondaient aux prestations spécifiques de la maternité de sorte qu'elles avaient été exemptées de la franchise.
8. Le 27 septembre 2018, les HUG ont annulé par le biais de deux notes de crédit, leurs factures précédentes de CHF 312.15 et de CHF 462.-. Le même jour, ils ont rendu une nouvelle facture « tiers payant » de CHF 770.15 reprenant l'ensemble

des soins dispensés le 18 mai 2018. Le motif indiqué avait été changé en « maternité », alors que les positions tarifaires étaient restées inchangées.

9. Le 28 septembre 2018, l'assurance a mis en demeure l'assurée de lui rembourser le montant de CHF 239.15 à titre de participation aux frais médicaux. Ce montant correspondait à CHF 209.15 selon le décompte rectificatif du 19 septembre 2018 ainsi qu'à CHF 30.- de frais administratifs.
10. Le 7 octobre 2018, l'assurée a contesté la mise en demeure.
11. Par pli du 18 octobre 2018, l'assurance a informé l'assurée de ce que son décompte du 19 septembre 2018 était conforme aux dispositions légales. S'agissant de la consultation du 18 mai 2018, elle ne bénéficiait pas de l'exemption de la participation légale au titre de l'art. 64 al. 7 let. b de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) dans la mesure où elle avait eu lieu avant la 13^{ème} semaine de grossesse (cf. certificat de grossesse du Dr B_____ du 26 juin 2018, selon lequel l'assurée était enceinte de douze semaines). Elle ne s'inscrivait pas non plus dans le cadre de prestations spécifiques de maternité au sens de l'art. 29 LAMal et 13 à 16 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 [Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31]. En effet, à l'examen de la facture émise par les HUG le 13 juin 2018, l'assurance constatait que les positions tarifaires TARMED portées en compte correspondaient à la consultation normale, hors contexte de maternité. C'était donc à bien plaisir que l'assurance avait considéré que les factures des HUG des 13 et 25 juin 2018 étaient spécifiques à la maternité et avait procédé aux corrections. Or, dans la mesure où le montant de CHF 209.15 relatif à la consultation du 18 mai 2018 n'avait pas été corrigé, celui-ci restait dû.
12. Le 31 octobre 2018, l'assurance a adressé une réquisition de poursuite à l'Office des poursuites de Genève pour un montant de CHF 209.15, auquel s'ajoutaient les frais administratifs de CHF 30.-. L'assurée y a formé opposition et la mainlevée a été prononcée le 25 janvier 2019.
13. Le 28 novembre 2018, l'assurée a informé ASSURA qu'elle souhaitait résilier son contrat d'assurance pour le 31 décembre 2018.
14. Par courrier du 11 décembre 2018, ASSURA a confirmé que la résiliation du contrat d'assurance obligatoire des soins était acceptée pour le 31 décembre 2018, précisant que l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prendrait fin que lorsque le nouvel assureur lui communiquerait qu'il assure l'intéressée sans interruption et à la condition que les primes ou les participations aux coûts, ainsi que les éventuels intérêts moratoires et frais de poursuite soient intégralement acquittés.
15. Le 23 janvier 2019, l'assurée a procédé à deux versements de CHF 235.90 chacun au moyen des bulletins de versement émis en octobre 2018 pour les primes des mois de janvier et février 2019.

16. Le 4 février 2019, l'assurance a requis de l'Office des poursuites l'annulation et la radiation de la procédure à l'encontre de l'assurée.
17. Le 17 février 2019, l'assurée s'est opposée à la facturation de CHF 209.15 et les frais y relatifs. Il ressortait des notes de crédit des HUG que le motif de consultation du 18 mai 2018 était un cas de maternité, en l'occurrence une première consultation de grossesse. Elle contestait également les méthodes utilisées pour récupérer le montant réclamé.
18. Le 21 mars 2019, l'assurée a sollicité une décision formelle de l'assurance.
19. Par décision du 12 avril 2019, l'assurance a confirmé avoir prélevé à juste titre la participation légale sur le montant de la consultation du 18 mai 2018 à hauteur de CHF 209.15, le montant de CHF 103.- ayant été indemnisé comme prestation spécifique à la maternité. Les frais de la consultation du 18 mai 2018 avaient eu lieu avant la 13^{ème} semaine de grossesse de sorte qu'ils ne pouvaient pas être exemptés des participations légales au sens de l'art. 64 al. 7 let. b LAMal. Ils ne s'inscrivaient pas non plus dans le cadre de prestations spécifiques de maternité au sens de l'art. 29 LAMal et 13 à 16 OPAS. En effet, à l'examen de la facture émise par les HUG le 13 juin 2018, l'assurance constatait que les soins avaient été facturés en tant que consultations médicales (positions TARMED 00.0010, 00.0020, 00.0030) et comme imagerie médicale (39.3340, 39.0020, 39.3800). Or, les positions tarifaires hors chapitre « 22.02 Grossesse et obstétrique » ne correspondaient aucunement aux examens de grossesse prévus à l'art. 13 let. a ch. 1 OPAS. La facture indiquait en outre comme motif de traitement, la maladie. Par ailleurs, le premier examen de grossesse, position TARMED 22.1910, lequel ne pouvait être effectué qu'une seule fois par grossesse, avait été facturé par le Dr B_____ le 13 juin 2018. Pour le surplus, par décompte rectificatif du 19 septembre 2018, les montants de CHF 103.- relatif aux analyses effectuées par les HUG (facture de CHF 312.15) et de CHF 462.- avaient été indemnisés sans participation légale en tant que prestation spécifique de maternité.

Le 9 mai 2019, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à son annulation, sous suite de frais et dépens. En substance, elle a reproché à l'assurance de n'avoir pas considéré les factures du 13 et 25 juin 2018 comme relevant de la maternité. Elle a également fait grief à l'assurance d'avoir compensé les prestations requises avec les primes versées pour les mois de janvier et février 2019, alors qu'un tel procédé était prohibé par l'art. 105c de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102).

20. Par arrêt du 28 mai 2019, la chambre de céans a déclaré le recours irrecevable car prématuré et l'a transmis à ASSURA comme objet de sa compétence (ATAS/469/2019).
21. Par décision sur opposition du 3 juillet 2019, l'assurance a rejeté l'opposition du 9 mai 2019. Elle a repris pour l'essentiel la motivation développée dans sa décision

du 12 avril 2019, précisant pour le surplus que le décompte rectificatif du 19 septembre 2018, par lequel les analyses réalisées le 18 mai 2019 avaient été exemptées des participations légales, était une erreur de sa part, à la suite d'une mauvaise appréciation. L'OPAS limitait en outre le nombre d'examen à sept lors d'une grossesse normale et ASSURA en avait indemnisé huit, de sorte qu'elle avait parfaitement respecté ses obligations légales, allant même au-delà. Il s'ensuivait que la participation légale de CHF 209.15 était due, conformément au décompte rectificatif du 19 septembre 2019. S'agissant de la compensation, l'assurance a expliqué qu'elle était en droit de ventiler la participation légale de CHF 209.15, ainsi que les frais de mise en demeure de CHF 30.- et de poursuite de CHF 33.30 sur les deux versements effectués par l'assurée le 23 janvier 2019 de CHF 235.90 chacun. Le solde de CHF 199.35 (CHF 235.90 + CHF 235.90 – [CHF 209.15 + CHF 30.- + CHF 33.30]) avait été remboursé à l'assurée. La situation était différente de celle visée par l'art. 109c OAMal, ASSURA n'ayant pas compensé des prestations avec des primes ou des participations aux coûts qui lui étaient dues.

22. Le 9 août 2019, l'assurée a formé recours contre la décision précitée par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, au remboursement de la totalité des prestations des HUG dans le cas du 1^{er} examen de grossesse du 18 mai 2018 et à l'annulation des frais administratifs perçus par ASSURA pour les démarches entreprises.
23. Par réponse du 13 septembre 2019, l'assurance a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, reprenant pour l'essentiel les arguments de sa décision sur opposition.
24. Les parties ont persisté dans leurs conclusions par réplique du 7 octobre 2019 et duplique du 25 octobre 2019.

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 LAMal.
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours contre la décision sur opposition du 3 juillet 2019 est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA, en particulier l'art. 63 al. 1 let. b LPA).
3. Le litige porte principalement sur le point de savoir si la recourante doit participer aux coûts de la consultation aux HUG du 18 mai 2018 ou si ceux-ci tombent sous le coup de prestations spécifiques de maternité exemptées des participations légales.

4. Selon l'art. 1a al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie, d'accidents – dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge – et de maternité. Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 al. 1 LPGA). La maternité comprend la grossesse et l'accouchement ainsi que la convalescence qui suit ce dernier (art. 5 LPGA).

Aux termes de l'art. 29 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge, en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité (al. 1). Ces prestations comprennent selon l'al. 2 les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse (let. a), l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une institution de soins semi-hospitaliers ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme (let. b), les conseils nécessaires en cas d'allaitement (let. c) et les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère (let. d).

Le Conseil fédéral, chargé d'édicter les dispositions d'exécution de la loi (art. 96 LAMal) et de désigner les prestations (art. 33 LAMal), a délégué cette compétence, pour autant qu'elle concerne les prestations visées à l'art. 29 al. 2 let. a et c LAMal, au Département fédéral de l'intérieur (art. 33 let. d OAMal), lequel a édicté l'OPAS. Les prestations spécifiques en cas de maternité sont réglées aux art. 13 à 16 OPAS (examens de contrôle, préparation à l'accouchement, conseils en cas d'allaitement et prestations des sages-femmes).

Selon l'art. 64 al. 7 LAMal (voir aussi les art. 104 al. 2 let. c et 105 OAMal), l'assureur ne peut exiger aucune participation aux coûts des prestations désignées à l'art. 29 al. 2 LAMal (let. a) ; depuis le 1^{er} mars 2014, le même principe s'applique aux prestations visées aux art. 25 et 25a LAMal qui sont fournies à partir de la treizième semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement (let. b). Selon l'art. 105 al. 1 OAMal, le médecin qui suit la grossesse détermine le début présumé de la treizième semaine de grossesse et le mentionne sur la facture.

5. Le droit aux prestations spécifiques de maternité prend naissance avec le début de la grossesse, soit dès la fécondation de l'ovule (Stéphanie PERRENOUD, La protection de la maternité, Étude de droit suisse, international et européen, 2015, p. 607 et la référence). Les consultations médicales destinées à déterminer si une assurée est enceinte ou non, de même que les tests de grossesse ne peuvent pas être remboursés par l'assurance-maladie obligatoire, ceux-ci n'étant ni des prestations spécifiques de maternité (art. 29 al. 2 LAMal), ni des mesures de prévention (art. 26 LAMal), ni des prestations en cas de maladie (art. 25 LAMal) puisqu'ils ne servent pas à diagnostiquer une maladie (PERRENOUD, op cit., p. 608).

6. La notion de maternité au sens de l'art. 5 LPGA, en relation avec les art. 1a al. 2 let. c et 29 LAMal, se réfère à un phénomène du processus vital ordinaire ; contrairement à la maladie (art. 3 LPGA), il ne s'agit pas d'une atteinte à la santé. Selon cette conception, les prestations spécifiques de maternité, qui sont exhaustivement énumérées à l'art. 29 al. 2 LAMal, et dont le contenu est précisé aux art. 13 à 16 OPAS, sont destinées à assurer le bon déroulement de cette éventualité. En particulier, les examens de contrôle prévus à l'art. 13 OPAS ont pour objet de permettre une surveillance médicale de la grossesse, cela dans le but de prévenir la survenance de complications éventuelles susceptibles d'altérer la santé de la mère et/ou celle de l'enfant à naître ; il s'agit ainsi de mesures prophylactiques, qui sont accordées en raison de l'état de grossesse de l'assurée et dont la prise en charge intervient en dehors de toute indication médicale. De tels examens conservent leur caractère de prestations spécifiques de maternité, sans égard au point de savoir si la grossesse de l'assurée est normale, à risque ou pathologique. Le traitement médical appliqué à une atteinte à la santé décelée lors d'un tel examen relève, en revanche, des prestations en cas de maladie au sens des art. 25 et 29 al. 1 LAMal, avec pour conséquence que les coûts afférents à celui-ci donnent lieu à la perception de la participation aux coûts si le traitement intervient avant la treizième semaine de grossesse, conformément à l'art. 64 al. 7 let. b LAMal (cf. ATF 144 V 184 consid. 3.2 et les références).

La distinction entre les prestations spécifiques de maternité (art. 29 al. 2 LAMal) et les prestations en cas de maladie allouées en cas de complications survenant pendant la grossesse (art. 25 et 29 al. 1 LAMal) est importante sous l'angle du principe de la participation aux coûts. Alors que les prestations spécifiques de maternité au sens de l'art. 29 al. 2 LAMal sont exemptées de la participation aux coûts, sans égard au moment auquel elles sont fournies (art. 64 al. 7 let. a LAMal), les prestations en cas de maladie ne bénéficient de ce privilège que si elles sont dispensées à partir de la treizième semaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement (art. 64 al. 7 let. b LAMal ; ATF 144 V 184 consid. 3.4).

7. Aux termes de l'art. 13 let. a ch. 1 OPAS, l'assurance prend en charge, en cas de grossesse normale : sept examens médicaux de contrôle. Les coûts de contrôles supplémentaires du suivi d'une grossesse normale doivent être supportés par l'assurée (PERRENOUD, op cit., p. 618). En cas de grossesse à risque, l'assurée peut prétendre à la prise en charge d'un nombre d'examen plus élevé, en fonction de l'évaluation clinique (art. 13 let. a ch. 2 OPAS). La première consultation comprend une anamnèse ; un examen gynécologique et clinique généraux ; un examen des veines dans le but de rechercher d'éventuels œdèmes des jambes ; des conseils (manière de vivre, pratique d'activités physiques, conséquences de l'abus de nicotine et d'alcool ; renseignements sur les dépistages et diagnostics prénataux éventuels) ; et la prescription des analyses de laboratoire nécessaires conformément à la liste des analyses (PERRENOUD, op cit., p. 619-620).

Les examens de contrôle au sens de l'art. 29 al. 2 let. a LAMal en relation avec l'art. 13 OPAS constituent des mesures de nature diagnostique. Il s'agit de mesures d'investigation médicale dans le cadre de détection précoce des risques pour la santé de la mère et de l'enfant. Il n'existe pas de liste définitive du contenu de ces examens de contrôle, sous réserve des dispositions de l'art. 13 let. a à e OPAS et des dispositions particulières prévues dans l'annexe 1 de l'OPAS. Le premier examen de contrôle a généralement lieu entre la sixième et la neuvième semaine. Il fait partie, tout comme les analyses de laboratoire prescrites dans ce contexte et selon l'indication médicale, des prestations selon l'art. 29 al. 2 LAMal qui sont exemptées de la participation aux coûts avant même la treizième semaine de grossesse (cf. lettre d'information : Prestations en cas de maternité et participation aux coûts du 16 mars 2018 établie par le Département fédéral de l'intérieur ; <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankversicherung-leistungen-tarife/Leistungen-bei-Mutterschaft.html>, p. 4, ch. 3.1.1 et note de bas de page n. 4 et ch. 3.1.2).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; ATF I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2).
9. Dans la décision entreprise, l'intimée a considéré que la recourante n'avait pas bénéficié de prestations spécifiques de maternité, de sorte que l'exemption de la participation aux coûts prévue par l'art. 64 al. 1 let. a LAMal ne trouvait pas application. Dans la mesure où les traitements en cause étaient des prestations de maladie et qu'ils avaient été dispensés avant la treizième semaine de grossesse, ils n'étaient pas non plus visés par l'exemption de la participation aux coûts consacrée par l'art. 64 al. 7 let. b LAMal.

En l'occurrence, il faut convenir avec la recourante que l'intimée a manqué de clarté s'agissant de la prise en charge par l'assurance des factures des HUG des 13 et 26 juin 2018 relatives à la consultation du 18 mai 2018. Alors que, dans un premier temps, l'intimée a estimé que ces frais médicaux devaient être compris dans la franchise (décomptes de prestations des 11 et 18 juillet 2018), elle est revenue sur sa position quelques mois après, considérant que les montants de CHF 103.- (sur la facture du 11 juillet 2018 d'un montant de CHF 312.15) et de CHF 462.- (sur la facture du 18 juillet 2018 d'un montant de CHF 462.-) « correspond[aient] à des analyses prescrites par le suivi de [sa] grossesse »

(décision du 12 avril 2019), sans toutefois indiquer les motifs pour lesquels seuls CHF 103.- sur les CHF 312.15 devaient être considérés comme des prestations spécifiques de maternité. Dans sa décision sur opposition du 3 juillet 2019, l'assurance a déclaré avoir procédé à une erreur en rectifiant ses décomptes de prestations des 11 et 18 juillet 2019, « à la suite d'une mauvaise appréciation ». D'après l'intimée, « ces analyses, telles que facturées par les HUG, ne ressortaient pas des prestations spécifiques de maternité et les notes de crédit des HUG du 27 septembre 2018 par lesquelles la nature du cas avait été modifiée « maladie » à « maternité » ne saurait influencer le genre d'analyses pratiquées ». Toutefois, considérant son erreur, l'intimée renonçait à corriger son décompte du 19 septembre 2019.

Il faut certes reconnaître que ces changements de position de la part de l'assurance ont entraîné une certaine confusion. Cela ne suffit cependant pas à admettre le recours.

Il n'est pas contesté que la consultation du 18 mai 2018 a eu lieu alors que la recourante était enceinte d'environ six semaines (cf. certificat du Dr B_____ du 26 juin 2018). L'intéressée avait dès lors déjà droit aux prestations spécifiques de maternité au sens des art. 29 LAMal et 13 à 16 OPAS. Il ressort cependant du dossier que la première consultation, dont la facturation TARMED (code 22.1910) ne peut être effectuée qu'une seule fois par grossesse, a été réalisée le 13 juin 2018 par le gynécologue traitant de la recourante (cf. justificatif de remboursement du Dr B_____ du 16 juillet 2018). Cet élément est d'ailleurs corroboré par le fait que les factures des HUG des 13 et 26 juin 2018 mentionnaient « maladie » comme motif du traitement. Quand bien même les HUG ont changé le motif de leur traitement du 18 mai 2018 de « maladie » à « maternité » dans leur facture du 27 septembre 2018, le code TARMED afférent à la grossesse (code 22.1910) ne figure ni dans leurs factures des 13 et 26 juin 2018, ni dans la facture « rectificative » des HUG du 27 septembre 2018. À cela s'ajoute que, comme rappelé ci-avant, le nombre maximal d'examens pris en charge par l'assurance en cas de grossesse normale s'élève à sept, les coûts de contrôles supplémentaires du suivi d'une telle grossesse devant être supportés par l'assurée. Or, l'intimée a allégué avoir pris en charge, en tant que prestations spécifiques en cas de maternité, huit examens de grossesse. Elle a produit à cet effet une attestation des prestations allouées datée du 11 septembre 2019 (pièce 35). Or la recourante, qui admet avoir vécu une grossesse normale (cf. recours du 9 août 2019 p. 1), ne contredit pas l'intimée sur ce point. La prise en charge par l'intimée de huit examens de grossesse est donc établie au degré de la vraisemblance prépondérante, de sorte que les examens supplémentaires doivent être supportés par la recourante.

Pour toutes ces raisons, il y a lieu de retenir que c'est à bon droit que l'intimée a refusé de prendre en charge la consultation du 18 mai 2018 au titre de prestations spécifiques en cas de maternité. Dans la mesure où les traitements en cause sont des prestations en cas de maladie et qu'ils ont été dispensés avant la treizième semaine

de grossesse, ils ne sont pas non plus visés par l'exemption de la participation aux coûts consacrée par l'art. 64 al. 7 let. b LAMal. C'est ainsi à bon droit que l'intimée a exigé de la recourante une participation aux coûts s'agissant de la consultation du 18 mai 2018. Il sera cependant pris acte du fait que l'intimée a renoncé à réclamer le remboursement de la totalité des prestations relatives à ladite consultation, de sorte que seul le montant de CHF 209.15 reste dû par la recourante.

10. S'agissant des frais de rappel et de mise en demeure, il suffira de rappeler qu'ils sont prévus par l'art 105b al. 2 OAMal, si une telle mesure figure dans les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. Or, tel est le cas en l'espèce (cf. art. 6.3 et 6.4 des conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal d'ASSURA, en vigueur au 1^{er} janvier 2018).

La jurisprudence confirme au surplus que l'assureur maladie peut réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré (ATF 125 V 276). Par ailleurs, conformément à l'art. 68 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP ; RS 281.1), les frais de la poursuite sont à la charge du débiteur.

En l'occurrence, l'intimée a notifié à la recourante un rappel avant d'introduire une poursuite. C'est donc à juste titre que l'intimée réclame le paiement de ces frais, ce qui porte le montant dû par l'assurée à l'assurance à CHF 272.45.

11. Compte tenu de ce qui précède, point n'est besoin d'examiner si l'intimée était en droit de compenser le montant de CHF 272.45 avec les montants versés par la recourante pour les mois de janvier et février 2019 (cf. art. 105c OAMal en relation avec l'art. 64a al. 6 LAMal). La chambre de céans constate néanmoins que la recourante ne prétend pas avoir subi une lacune dans la couverture d'assurance, ni que l'affiliation auprès de l'ancien assureur aurait pris fin sans que le nouvel assureur lui ait communiqué qu'il assure l'intéressée sans interruption de la protection d'assurance (art. 7 al. 5 LAMal). Il n'est pas non plus contesté que la recourante a demandé la résiliation de son assurance-maladie par courrier du 28 novembre 2018 pour le 31 décembre 2018 et que l'assurance a accepté la résiliation par courrier du 11 décembre 2018. Ainsi, dans la mesure où l'intimée a restitué le solde des primes pour les mois de janvier et février 2019, il faut admettre qu'un nouveau contrat d'assurance a pris effet au 1^{er} janvier 2019. Dans cette mesure, il est douteux que des primes aient été dues à l'intimée pour les mois de janvier et février 2019 au sens de l'art. 105c OAMal.

12. Infondé, le recours sera rejeté.

La procédure est gratuite.

* * * * *

**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

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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