

EN FAIT

1. Selon les indications de la base de données (CALVIN) de l'office cantonal de la population et des migrations (ci-après : OCPM), Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né à Genève le _____ 1962, a quitté Genève une première fois en 2002, pour le Maroc, revenant à Genève la même année; il est reparti au Maroc en 2011, revenant à Genève en 2012; il a séjourné en Suisse jusqu'au 31 décembre 2016, date de son départ pour Ouarzazate au Maroc. Il est finalement revenu se domicilier à Genève en provenance de France le 12 août 2018.
2. Le 20 novembre 2018, l'assuré a complété une proposition pour l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS) auprès d'ASSURA-BASIS SA (ci-après : ASSURA, l'assureur-maladie ou l'intimée) dès le 12 août 2018. Cette proposition d'assurance a été reçue par l'assureur-maladie le 28 novembre 2018.
3. Le 5 décembre 2018, ASSURA a demandé à l'assuré de lui faire parvenir une attestation de résidence établie par le contrôle des habitants du lieu de domicile, avec indication de la date d'arrivée en Suisse. Parallèlement, l'assureur-maladie a sollicité les renseignements d'usage auprès du Service de l'assurance-maladie (SAM).
4. Le 10 décembre 2018, l'assuré a transmis à l'assureur-maladie le certificat de domicile pour Confédérés, daté du 30 octobre 2018, lequel indique que l'intéressé était arrivé à Genève le 12 août 2018. Information confirmée le jour même par le SAM.
5. Par courrier du 17 décembre 2018, ASSURA a informé l'assuré que son affiliation était tardive et que dès lors un supplément de prime devait lui être facturé. Elle l'informait également que son droit aux prestations avait pris effet à la date d'entrée en vigueur de l'AOS, soit au 28 novembre 2018. Le lendemain, une police d'assurance a été adressée à l'assuré, dans ce sens.
6. Par courrier du 26 décembre 2018, l'assuré a déclaré à l'assureur-maladie avoir pris connaissance de son courrier (susmentionné) et indiqué qu'il désirait « réserver sa réponse », priant ASSURA de bien vouloir patienter « jusqu'à plus ample informer ». Il reprendrait contact dans les meilleurs délais.
7. Par courrier du 17 janvier 2019, l'assuré s'est référé à son courrier recommandé du « 27 décembre » 2018 (recte : 26 décembre) concernant son affiliation à l'assurance-maladie et accidents; renseignements pris, il déclarait former opposition à la décision de vouloir l'assurer à partir de la date du 28 novembre 2018 avec, qui plus était, une pénalité de 218 jours à 30 %. Il a expliqué qu'il était bien entendu que la couverture d'assurance devait débiter à la date de son arrivée en Suisse et qu'il s'engageait à verser le montant des primes avec effet rétroactif. Il indiquait qu'à cette époque, il était dans les temps impartis des trois mois autorisés par la loi pour bénéficier de la couverture prévue dans les conditions générales, puisque sa déclaration d'arrivée à Genève avait dûment été enregistrée par le service de la population le 12 août 2018. Il avait pris contact avec l'assureur-maladie à deux

reprises, soit une première fois le 22 octobre et une seconde fois le 1^{er} novembre 2018, afin de souscrire une assurance-maladie et accidents. Il produisait pour justifier ces dates un extrait de justificatifs des communications pour une ligne fixe numéro d'appel 027 306 24 85 dont il ressortait à la date du 22 octobre 2018, un appel de 0'53" (022 544 42 20 – office cantonal de la population), trois appels successifs de respectivement 16", 15", et 15", à destination d'un numéro 022 850 90 10 (qui s'avérera être un ancien numéro d'ASSURA, qui n'était plus attribué en octobre 2018) et, à la date du 1^{er} novembre 2018, trois appels sans relation avec l'assureur-maladie.

8. ASSURA a répondu à la lettre susmentionnée par courrier du 29 janvier 2019. Malgré les arguments invoqués, la demande d'adhésion devait être considérée comme tardive, dès lors qu'il y avait eu défaut de couverture d'assurance depuis la prise de domicile en Suisse le 12 août 2018, jusqu'à l'affiliation. Elle ne serait en mesure de revenir sur sa détermination que sur présentation d'une dispense de l'obligation d'assurance établie par les autorités compétentes.
9. Par communication du 27 février 2019, ASSURA a retourné à l'intéressé une série de factures dont il demandait le remboursement : les traitements concernés étaient hors dates d'affiliation, de sorte que l'assuré devait les soumettre à l'assureur concerné.
10. ASSURA a encore écrit le 1^{er} mars 2019 à l'intéressé au sujet d'une facture des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) de CHF 12'215.55 pour son hospitalisation dans cet établissement du 24 août au 4 septembre 2018. Se référant aux dispositions légales topiques, l'assureur-maladie rappelle que l'assurance déploie ses effets uniquement dès l'affiliation au 28 novembre 2018. Il n'était dès lors pas en mesure de participer aux frais de séjour concernés.
11. Par courrier du 8 mars 2019, l'assuré, représenté par son conseil, s'est opposé à la décision de refus de prise en charge. Le retard d'affiliation était dû à un accident dans le courant du mois d'août 2018. Il disposait dès lors d'un motif justifiant son retard d'affiliation de sorte que la prise en charge devait se faire rétroactivement au jour de sa prise de domicile en Suisse. De plus, l'assureur-maladie avait manifestement tardé à lui adresser la « police d'assurance » (recte : proposition d'assurance) qu'il devait lui retourner. D'après les pièces figurant au dossier ASSURA avait été contactée à plusieurs reprises. Lors de ces échanges, l'assureur-maladie était convenu de lui faire parvenir la proposition à signer; or celle-ci ne lui avait été transmise que le 14 novembre 2018, soit postérieurement à la date butoir. Ce type d'erreur ne pouvait en aucun cas être imputé à l'assuré. Rappelant les dispositions légales et réglementaires applicables, il a allégué que l'assureur n'avait pas cherché à déterminer les circonstances entourant le retard d'affiliation, ni la situation de l'assuré. Les circonstances de ce retard étaient excusables et son affiliation devait se faire rétroactivement au jour de sa prise de domicile. Il concluait par conséquent à ce que son affiliation rétroagisse au jour de sa prise de

domicile, le 12 août 2018, à l'annulation de la surprime fixée, et à la prise en charge des frais relatifs à son hospitalisation du 24 août au 4 septembre 2018.

12. Par courrier du 15 mars 2019 adressé directement à l'assuré, ASSURA a expliqué qu'occupée à l'analyse de la police concernée, elle constatait qu'un subside total avait été octroyé à l'assuré depuis le 1^{er} janvier 2019. Dans ces circonstances, elle renonçait à percevoir le supplément de primes pour affiliation tardive notifié précédemment pour cette période.
13. Par courrier du 8 avril 2019 adressé au domicile élu de l'assuré, ASSURA se référant au courrier de son conseil du 8 mars 2019, a notifié une décision formelle. L'assuré avait complété et signé une proposition d'assurance le 20 novembre 2018, dans laquelle il indiquait le 12 août 2018 comme date de début de l'assurance. Selon le certificat de domicile pour Confédérés du 30 octobre 2018, l'assuré était bien arrivé à Genève le 12 août 2018, date confirmée par l'OCPM en date du 10 décembre 2018. L'affiliation n'avait donc pas eu lieu dans les trois mois ayant suivi la prise de domicile, de sorte qu'elle devait être qualifiée de tardive. L'assureur-maladie précisait qu'un retard excusable avait une influence uniquement sur la sanction, soit sur le supplément de prime, et non sur la date du début de l'affiliation. Il ne revenait donc pas à l'assureur-maladie de rechercher les raisons du retard d'affiliation pour fixer sa date d'entrée en vigueur. S'agissant du retard imputé à ASSURA dans la transmission de la proposition d'assurance, il rappelait incidemment que l'intéressé avait la possibilité de remplir une proposition en ligne pour un traitement plus rapide et, quoi qu'il en soit, il devait s'attendre au fait que l'envoi d'une proposition prenne plusieurs jours. En conséquence, c'était à lui de prendre ses dispositions afin de s'affilier dans le délai légal. L'affiliation dès le 28 novembre 2018 était dès lors confirmée. Les frais consécutifs à son hospitalisation aux HUG n'étaient pas à la charge de l'AOS, et il en allait ainsi de tous frais antérieurs au 28 novembre 2018. En revanche, comme indiqué dans son courrier du 15 mars 2019, ASSURA avait renoncé au supplément de prime pour affiliation tardive depuis le 1^{er} janvier 2019, compte tenu du subside total lui ayant été accordé depuis cette date.
14. Par courrier recommandé du 6 mai 2019, l'assuré, représenté par son conseil, a formé opposition à la décision du 8 avril 2019. Rappelant les dispositions et principes applicables, il reprenait son argumentation précédente en s'y référant, considérant que son retard était excusable, étant dû à un accident subi dans le courant du mois d'août. Il a allégué que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt K 53/02 du 25 février 2003), il disposait d'un motif justifiant son retard d'affiliation et ainsi la prise en charge devait se faire rétroactivement dès sa prise de domicile en Suisse. ASSURA avait manifestement tardé à lui adresser les documents nécessaires à son affiliation, fait qui devait être pris en considération dans l'analyse des circonstances particulières de la présente affaire. En effet, d'après le relevé téléphonique déjà produit, l'intéressé avait contacté l'assureur-maladie à plusieurs reprises. Lors de ces échanges, ce dernier avait convenu qu'il lui ferait

parvenir la proposition à signer. Or, celle-ci ne lui avait été transmise que le 14 novembre 2018, soit postérieurement à la date butoir. Fort de ce constat, il convenait de retenir que l'intéressé avait fait preuve de la diligence que l'on pouvait attendre de lui. ASSURA n'avait pas cherché à déterminer les circonstances entourant le retard d'affiliation, ce qui rendait sa décision arbitraire et contraire à la loi. Il observait enfin que malgré les « multiples entretiens téléphoniques » qu'il avait eus avec les collaborateurs de l'assureur-maladie, il n'avait nullement été informé de la possibilité de contracter une assurance en ligne pour un traitement plus rapide. Il persistait dès lors dans ses conclusions précédentes.

15. Par courrier recommandé du 18 juin 2019, ASSURA a notifié la décision sur opposition à l'assuré, en son domicile élu. L'opposition du 6 mai 2019 à l'encontre de la décision du 8 avril 2019 était rejetée. Après avoir rappelé les faits pertinents, l'assureur-maladie rappelle que l'opposant faisait valoir que son retard d'affiliation était excusable, car consécutif à un accident subi dans le courant du mois d'août 2018, raison pour laquelle il prétendait que l'affiliation devait rétroagir au jour de sa prise de domicile, le 12 août 2018. La référence jurisprudentielle citée par l'opposant n'était pas pertinente. Dans cet arrêt opposant ASSURA à l'un de ses assurés, le Tribunal fédéral avait rejeté le recours de l'assureur-maladie en considérant que la caisse ne pouvait pas, comme l'avaient relevé à juste titre les premiers juges, appliquer au supplément de prime le taux maximum prévu par la loi (50 %) sans avoir au préalable cherché à établir d'une manière ou d'une autre les circonstances déterminantes (motif du retard et situation personnelle de l'intéressé) (arrêt K 53/02 consid. 5.3). Il s'agissait bien du montant du supplément de prime en raison de la tardiveté de l'affiliation de l'assuré à l'AOS qui était l'objet de ce litige, et non la question de la date d'entrée en vigueur de l'affiliation. Or, dans le cas d'espèce, ASSURA avait renoncé à percevoir le supplément de prime depuis le 1^{er} janvier 2019, au motif que l'opposant recevait un subside total depuis cette date. En revanche, le supplément de prime était maintenu pour les mois de novembre et décembre 2018, mais ce point n'était toutefois pas contesté par l'opposant, qui concluait à la modification de l'entrée en vigueur de la police au 12 août 2018, et au remboursement de l'ensemble des frais depuis cette date. Le fait invoqué de l'accident survenu en août 2018 comme excuse pour justifier l'affiliation tardive, et partant, une entrée en vigueur de la police d'assurance au 12 août 2018, était insuffisant en l'espèce. Certes l'assuré avait été hospitalisé du 24 août au 4 septembre 2018 aux HUG, mais il n'en demeurait pas moins qu'il disposait du temps nécessaire pour procéder à son affiliation depuis sa prise de domicile d'août 2018. Quoi qu'il en soit, la raison invoquée pour expliquer le retard d'affiliation ne rendait pas ce retard excusable, et ainsi ne modifiait pas la date de l'entrée en vigueur de la police, fixée au 28 novembre 2018. Ces explications étaient susceptibles d'influer sur le montant du supplément de prime conformément à l'art. 8 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102). En effet, selon cette dernière disposition, l'assureur pouvait renoncer au supplément de prime si le retard de l'assuré était excusable.

16. Par mémoire du 20 août 2019, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales) contre cette décision sur opposition. Il a conclu à ce que soit préalablement constaté le caractère excusable du retard du recourant dans le cadre de sa demande d'affiliation et principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 18 juin 2019; cela fait, dire que l'affiliation du recourant devait rétroagir au jour de sa prise de domicile au 12 août 2018, et condamner l'intimée à la prise en charge des frais relatifs à l'hospitalisation du 24 août au 4 septembre 2018 du recourant; subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour qu'elle statue dans le sens des considérants, le tout avec suite de frais et dépens. En substance, le recourant a rappelé les faits retenus ci-dessus. Sur la base de la pièce déjà produite en procédure administrative (justificatifs des communications téléphoniques relatives au numéro d'appel 027 306 24 85 [numéro fixe de sa mère] pièce 7 recourant, d'une page), il prétendait démontrer avoir appelé 32 fois l'intimée entre le 9 octobre et le 8 novembre 2018 (la chambre de céans constate que l'extrait visé compte en tout 32 appels pour cette période, dont 3 seuls concernent l'ancien numéro de l'intimée, le 22 octobre 2018). Reprenant les griefs énoncés sur opposition, le recourant a toutefois admis que, selon la jurisprudence évoquée (arrêt K 53/02), c'était bien par rapport au montant du supplément de la prime que l'assureur devait chercher à établir d'une manière ou d'une autre les circonstances déterminantes (motif du retard et situation personnelle de l'intéressé). Il persistait néanmoins à considérer que l'assureur ne s'était pas empressé de faire des recherches adéquates par rapport aux motifs invoqués. Il en a conclu que pour ce seul motif la décision entreprise devait être annulée. Il a invoqué ensuite le grief de violation du principe de la bonne foi en lien avec l'art. 27 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) aux termes duquel chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement sur ses droits et obligations, par l'assureur à l'égard duquel les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. L'accident dont il a été victime lui ayant occasionné de multiples lésions, ainsi que son hospitalisation et l'incapacité totale de travail en ayant découlé méritaient une approche diligente de la part de l'assureur. Concrètement, il estimait que l'assureur aurait dû le mettre en garde au sujet du délai de trois mois dès la prise de domicile pour s'affilier et pouvoir bénéficier de la couverture d'assurance rétroactivement. Ce qu'il n'avait pas fait. Il en concluait que ce défaut d'information devait être assimilé à une déclaration erronée qui pouvait, sous certaines conditions, obliger l'assureur à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre. Selon lui, la décision entreprise devrait être annulée pour ce motif également.
17. L'intimée a répondu au recours par mémoire du 17 septembre 2019. Elle a conclu à son rejet. Elle a rappelé que selon les dispositions légales applicables si la personne nouvellement domiciliée en Suisse souscrivait une police d'assurance LAMal (AOS) dans les trois mois dès sa domiciliation en Suisse, la couverture du risque prenait effet à la date de sa domiciliation. Dans le cas contraire, en cas de retard

dans la souscription d'une assurance, soit après trois mois de domiciliation en Suisse, l'assurance ne déployait aucun effet rétroactif de sorte que les dépenses de soins encourues avant l'affiliation auprès d'un assureur-maladie étaient à la charge de l'assuré. Elle observait, ensuite, que selon le Message du Conseil fédéral, un retard était qualifié d'excusable et n'entraînait donc aucun supplément de prime, lorsqu'il était dû à un grave empêchement, tel qu'une maladie ou un accident. Il en découlait que la qualification « d'excusable » du retard n'avait un impact que sur le montant du supplément de prime, et non pas sur la date d'entrée en vigueur de l'assurance, laquelle n'était jamais rétroactive lorsqu'elle était tardive. À l'appui de son argumentation tendant à pouvoir bénéficier d'un effet rétroactif du début de sa couverture AOS au 12 août 2018, le recourant invoquait qu'il avait été empêché de s'affilier dans le délai en raison d'un accident survenu le 18 août 2018, ce qui lui avait valu d'être grièvement blessé, hospitalisé jusqu'au 4 septembre 2018 et en incapacité de travail jusqu'au 19 janvier 2019. L'intimée n'ignorait pas cet accident, ni ses conséquences sur la santé du recourant, mais considérait que les arguments de ce dernier étaient insuffisants. Il disposait en effet du temps nécessaire pour s'affilier jusqu'à la date butoir du 12 novembre 2018. Selon lui, ASSURA aurait manqué de diligence en lui envoyant la proposition d'assurance le 12 novembre 2018 seulement, soit le dernier jour du délai légal pour s'affilier, malgré ses demandes répétées. Cet argument tombait à faux. En effet, en voyant l'échéance du délai arriver, l'intéressé avait la possibilité de conclure en tout temps une proposition d'assurance en ligne, processus rapide, ce qu'il n'avait toutefois pas fait. Quoi qu'il en soit, quand bien même l'affiliation tardive du recourant serait qualifiée d'excusable compte tenu des circonstances d'espèce, - ce que l'intimée conteste fermement -, il n'en demeurerait pas moins que l'assurance déployait ses effets dès l'affiliation conformément à l'art. 5 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) et n'était pas rétroactive. C'était dire que l'entrée en vigueur de son affiliation à l'AOS serait dans tous les cas fixée au 28 novembre 2018 et ne rétroagirait pas au 12 août 2018 comme prétendu par le recourant. À l'appui de cet argument, le recourant avait produit un relevé des communications de Swisscom passées avec le numéro 027 306 24 85 attribué à sa mère; étant observé qu'aucun numéro figurant sous la colonne « numéro de l'appelé » ne correspondait à un numéro de téléphone de l'intimée. L'affiliation du recourant devait donc être qualifiée de tardive. Partant, elle avait débuté le 28 novembre 2018 et l'ensemble des frais antérieurs à cette date n'étaient pas à la charge de l'AOS. Il en allait notamment ainsi de ceux consécutifs à son hospitalisation du 24 août au 4 septembre 2018 auprès des HUG.

18. Le recourant a répliqué par courrier du 4 novembre 2019. Il a persisté dans ses conclusions. Il observait qu'ayant subi un grave accident le 18 août 2018, qui lui avait causé un polytraumatisme associant des traumatismes crâniens, thoraciques sévères et orthopédiques, il avait été hospitalisé au CHU pour une prise en charge adaptée. Il avait ensuite été pris en charge par les HUG dès la fin du mois d'août 2018 où il avait subi une intervention chirurgicale. Un séjour à Beau-Séjour avait

ensuite été prévu, de même qu'un traitement physiothérapeutique à sec et en piscine. Il précisait avoir en effet contacté l'intimée à plusieurs reprises, « notamment les 22 octobre et 1^{er} novembre 2018 » produisant une pièce nouvelle (pièce 16 recourant) soit le justificatif des communications téléphoniques précédemment produit, mais cette fois-ci sur deux pages, la deuxième comportant notamment les numéros spéciaux (en l'espèce 0842 277 872, soit un numéro attribué à ASSURA); ce relevé indiquait une communication téléphonique du 22 octobre 2018 pour une durée de 6'59" et une seconde du 1^{er} novembre 2018 de 4'43". Il observait que sur la proposition adressée par l'intimée le 12 novembre 2018 figurait bien la mention du 12 août 2018, preuve qu'il avait transmis toutes les informations utiles et indispensables lors des entretiens téléphoniques qu'il avait eus avec l'intimée. Le dernier appel remontait au 1^{er} novembre 2018 à tout le moins, démontrant ainsi que l'intimée avait manifestement tardé à lui adresser la proposition; et elle n'avait nullement avisé le recourant de la possibilité de s'affilier en ligne, processus rapide, si la transmission de ladite proposition devait s'avérer être un processus long. Il expliquait que si les appels téléphoniques concernés émanaient de la ligne fixe de sa mère, c'est qu'il était à l'époque en rééducation aux Bains de Saillon. Il observait enfin que selon la publication en ligne de l'office fédéral de la santé publique, ni cet office sur sa page intitulée « assurance-maladie : obligation de s'assurer pour les assurés domiciliés en Suisse » ou dans la page dédiée à la « foire aux questions », ni l'assureur-maladie intimé lui-même, sur son site Internet, ne mentionnaient qu'il était possible à un assuré de conclure une proposition d'assurance en ligne.

19. ASSURA a dupliqué par courrier du 25 novembre 2019. Elle a persisté dans ses conclusions. S'agissant des démarches téléphoniques du recourant auprès de l'intimée, et par rapport à la pièce produite par ce dernier à l'appui de sa réplique, il s'agissait du relevé identique à celui déjà produit à l'appui du recours et déjà précédemment, sauf que cette pièce complémentaire comportait une deuxième page où figuraient deux appels respectivement effectués les 22 octobre et 1^{er} novembre 2018 vers le numéro de téléphone 0842 277 872, pendant plusieurs minutes. Ce numéro correspondait au numéro général de l'intimée. Cette pièce n'apportait cependant rien, et les arguments y relatifs ne pouvaient être suivis. Même si le recourant prétendait avoir demandé une offre à ASSURA en la contactant dans le délai de trois mois suivant sa prise de domicile en Suisse, le 12 août 2018, il n'en demeurait pas moins que ce n'était que le 28 novembre 2018 qu'il avait retourné à l'intimée une proposition d'assurance signée, datée du 20 novembre 2018. Ce n'était qu'à réception de ladite proposition, signée, que l'intimée avait été en mesure de traiter la demande du recourant et de l'affilier auprès d'elle. Dans le domaine de l'assurance-maladie, il arrivait fréquemment qu'avant de faire son choix, un assuré demande une offre auprès de différents assureurs, afin de comparer le montant des primes. C'était uniquement l'assureur qui recevait en retour la proposition d'assurance signée par l'assuré, accompagnée de tous les documents utiles qui pourrait finaliser l'affiliation et émettre une police d'assurance. En conséquence le

recourant ne pouvait pas, en se basant sur les seuls appels passés au numéro général de l'intimée les 22 octobre et 1^{er} novembre 2018, conclure que c'était l'intimée qui aurait tardé à lui envoyer la proposition d'assurance le dernier jour du délai pour s'affilier, soit le 12 novembre 2018. En outre, contrairement à ce que prétendait le recourant, l'intimée n'avait à aucun moment eu l'obligation de l'informer de la possibilité de conclure une proposition d'assurance en ligne pour un traitement plus rapide. C'était au recourant et à lui seul de prendre ses dispositions afin de s'affilier dans le délai légal auprès de l'assureur-maladie de son choix. Ce retard lui était donc entièrement imputable et il devait en assumer les conséquences. S'agissant des motifs justifiant, selon lui, son retard d'affiliation, soit l'accident survenu le 18 août 2018 et ses suites, l'intimée rappelait que sans minimiser les conséquences de cet accident sur la santé du recourant, celui-ci disposait toutefois du temps nécessaire pour s'affilier dans le délai légal. Elle insistait sur le fait que selon l'art. 5 al. 2 LAMal, la qualification d'un retard d'excusable avait un impact uniquement sur le montant du supplément de prime, et non sur la date d'entrée en vigueur de l'assurance, laquelle ne déployait aucun effet rétroactif.

20. Sur quoi, la chambre de céans a communiqué copie des écritures de l'intimée au recourant, et informé les parties que la cause serait gardée à juger dès le 17 décembre 2019.
21. Les parties ne se sont plus manifestées.

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 LPGA relatives à la LAMal.

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

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur le fait de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a considéré que l'affiliation du recourant à l'AOS, dès le 28 novembre 2018, jour de réception de la proposition d'assurance signée par le recourant, était tardive et non excusable, et a partant, refusé de l'affilier avec effet rétroactif au 12 août 2018, jour de sa domiciliation en Suisse, lui a facturé un supplément de prime de 30 % pour la période de novembre et décembre 2018, et a refusé la prise en charge des frais d'hospitalisation de l'intéressé aux HUG du 24 août au 4 septembre 2018.

4. Selon l'art. 3 al. 1 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.

L'art. 1 al. 1 OAMal précise que les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210) sont tenues de s'assurer, conformément à l'art. 3 de la loi.

5. Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse. Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (ATF 126 V 268 consid. 3b et les références, cf. aussi 129 V 161 consid. 2.1). Au regard du but de solidarité fixé par le législateur, les exceptions à l'obligation de s'assurer doivent être interprétées de manière stricte (ATF 129 V 78 consid. 4.2).
6. Conformément à l'art. 5 LAMal (début et fin de la couverture d'assurance), 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). En cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable. Le Conseil fédéral fixe, à cette fin, des taux indicatifs en tenant compte du niveau des primes au lieu de résidence de l'assuré et de la durée du retard. Si le paiement du supplément de prime met l'assuré dans la gêne, l'assureur réduit ce montant en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard (al. 2). La couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer (al. 3). Le supplément de prime prévu par l'al. 2 de l'art. 5 LAMal est destiné à exercer un effet dissuasif sur toute personne qui serait tentée d'abuser du système en n'y adhérant qu'au moment où elle a besoin de soins coûteux ou devient plus exposée à la maladie (Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie, du 6 novembre 1991, FF 1992 I 77 ss spéc. 125). Corrélée à une couverture d'assurance qui ne débute qu'avec l'affiliation (al. 2) et conditionnée par le caractère inexcusable du retard - mais où la situation de l'assuré et les circonstances du retard doivent être pris en compte en cas de gêne -, il s'agit d'une pure sanction administrative (MAURER, *Das neue Krankenversicherungsrecht*, Bâle 1996, p. 39 [ci-après : MAURER, *Krankenversicherungsrecht*]). Elle complète l'arsenal législatif destiné à rendre effective l'obligation d'assurance (v. le titre 2, chapitre premier, art. 3 ss LAMal, spéc. l'art. 6), la loi punissant, par ailleurs, de l'emprisonnement ou de l'amende quiconque se sera dérobé, partiellement ou totalement à l'obligation de s'assurer, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière (art. 92 let. a LAMal).

Faisant usage de la compétence qui lui a été déléguée (art. 5 al. 2 LAMal), le Conseil fédéral a édicté l'art. 8 OAMal (supplément de prime en cas d'affiliation tardive). Aux termes de cette disposition, le supplément de prime prévu à

l'art. 5, al. 2 de la loi est prélevé pour le double de la durée du retard d'affiliation. Il se situe entre 30 et 50 % de la prime. L'assureur fixe le supplément en fonction de la situation financière de l'assuré. Si le paiement du supplément met celui-ci dans la gêne, l'assureur fixe un taux inférieur à 30 %, en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard (al. 1). Il n'est pas perçu de supplément lorsque les primes sont prises en charge par l'autorité compétente d'aide sociale (al. 2).

L'art. 5 al. 2 LAMal ne permet pas la perception de primes arriérées, mais impose la fixation par l'assureur à l'assuré qui s'est affilié tardivement d'une prime supérieure à celle de ses autres assurés (Message du Conseil fédéral, loc. cit.). Aussi la sanction n'a-t-elle, d'emblée, pas été conçue sous la forme d'une prime unique exigible à l'affiliation, mais comme un supplément aux primes mensuelles (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 49), dont la durée de perception (Erhebungsdauer dans le texte allemand de l'art. 8 al. 1 OAMal) correspond au double de la durée du retard d'affiliation mais à un taux n'excédant pas 50 %. Le Tribunal fédéral a toutefois considéré que la règle fixée par le Conseil fédéral devait respecter le principe de la proportionnalité, et ne pouvait, dès lors, être appliquée dans tous les cas sans correctif. Il a estimé que la similitude des problématiques (sanction en cas de retard d'affiliation) réglées et des solutions données respectivement par les art. 5 al. 2 LAMal et 95 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) justifiait que l'on applique par analogie au supplément de prime de la LAMal le délai maximal de 5 ans applicable à la prime spéciale de l'art. 95 LAA (ATF 129 V 267 S. 272 - arrêt publié correspondant à l'arrêt K 53/02 visé par le recourant dans ses écritures).

Cet arrêt a d'ailleurs conduit à l'introduction du délai de 5 ans dans l'art. 8 al. 1 OAMal (ch. 1 de l'ordonnance du 9 novembre 2005, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006).

7. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.
- b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGa; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences

de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

c. Comme l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il lui est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3 ; ATF 129 III 18 consid. 2.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1).

d. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.). Reste réservé le degré de preuve requis pour la notification de décisions, l'exercice d'un moyen de droit, le contenu d'une communication dont la notification est établie (ATF 124 V 400 ; 121 V 5 consid. 3b ; 119 V 7 consid. 3c/bb ; ATAS/286/2018 du 3 avril 2018 consid. 3 ; ATAS/763/2016 du 27 septembre 2016 consid. 4 et 5c).

8. En l'espèce, il ressort du système légal que toute personne domiciliée en Suisse est tenue de s'affilier ou d'être affiliée par son représentant légal à l'assurance-maladie obligatoire des soins dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse. Dans le cas particulier, il est constant que le recourant est revenu s'établir en Suisse, en provenance de France, dès le 12 août 2018. Il est établi également qu'il a rempli et signé le 20 novembre 2018 la proposition d'assurance que l'intimée lui avait adressée le 12 novembre 2018, et qu'il l'a renvoyée à ASSURA qui l'a reçue le 28 novembre 2018, jour pris comme date d'affiliation à l'AOS, de sorte que cette affiliation était tardive, puisque postérieure au délai de trois mois dès la prise de domicile en Suisse, le 12 août 2018.
9. Au stade du recours, l'assuré ne prétend plus que l'obligation de l'assureur-maladie de tenir compte équitablement de sa situation et des circonstances du retard (art. 8 al. 1 OAMal) aurait une incidence sur la date d'affiliation à prendre en compte, mais seulement sur la fixation du supplément de prime en cas d'affiliation tardive, comme cela ressort d'ailleurs clairement de la disposition citée, et tel que l'a

confirmé le Tribunal fédéral dans la jurisprudence (129 V 267 S. 272 - arrêt publié correspondant à l'arrêt K 53/02) à laquelle il se référait à tort pour appuyer son argumentation. Il prétend toutefois qu'en fixant le supplément de prime, l'assureur-maladie intimé n'aurait pas suffisamment instruit et pris en compte sa situation personnelle et les circonstances du retard. Selon son argumentation, sa situation et les circonstances du retard étaient dues à un grave accident d'ULM le 18 août 2018, ayant nécessité son hospitalisation pour polytraumatismes dès le même jour, au service des urgences du CHU de Voiron, suivie d'une hospitalisation aux HUG de Genève dès le 24 août, jusqu'au 4 septembre 2018 notamment pour y subir une intervention chirurgicale. Cet accident avait notamment entraîné une incapacité totale de travailler à tout le moins jusqu'au 24 mai 2019 selon les documents produits au stade du recours.

Dans le cas d'espèce, on notera tout d'abord que l'assureur intimé, qui avait initialement fixé le supplément de prime à hauteur de 30 % de la prime courante mensuelle nette pour une durée de 218 jours, est par la suite partiellement revenu sur sa décision en renonçant, par courrier du 15 mars 2019, à percevoir ce supplément de prime dès le 1^{er} janvier 2019, l'intéressé étant au bénéfice d'un subside total de l'assurance-maladie dès cette date, de sorte qu'au stade de la décision entreprise, seul entrait en ligne de compte le supplément 30 % de la prime mensuelle pour les mois de novembre et décembre 2018. Ceci dit on ne saurait reprocher à l'intimée un examen insuffisant du motif du retard et de la situation personnelle de l'intéressé. D'une part ce supplément de prime pour affiliation tardive a été fixé au minimum de la fourchette prévue par l'art. 8 al. 1 OAMal; or, dans l'arrêt du Tribunal fédéral invoqué par le recourant il était reproché à l'assureur d'avoir appliqué le taux maximum prévu par cette disposition (50 %) sans avoir au préalable cherché à établir d'une manière ou d'une autre les circonstances déterminantes (motif du retard et situation personnelle de l'intéressé); ce qui avait conduit à l'annulation de la décision entreprise. Le recourant n'a du reste jamais prétendu que le paiement de ce supplément le mettrait dans la gêne, de sorte que de ce point de vue, et compte tenu du taux minimum fixé pour ce supplément, l'on ne saurait reprocher à l'assureur-maladie une insuffisance d'instruction préalable à sa décision, s'agissant de l'examen de la situation personnelle de l'assuré. Quant au motif du retard invoqué par le recourant, on relèvera à ce stade que l'accident du 18 août 2018, dont il ne s'agit pas ici de minimiser l'importance, est tout de même survenu au tout début du délai de trois mois (art. 3 al. 1 LAMal); l'intéressé n'a somme toute été hospitalisé que jusqu'au 4 septembre 2018, et il ne ressort pas des pièces produites qu'il se fût trouvé par la suite dans l'impossibilité d'entreprendre les démarches nécessaires à son affiliation. Il ne le conteste d'ailleurs pas, puisqu'il prétend au contraire avoir eu d'innombrables contacts avec l'intimée à cette fin, alléguant même dans son recours avoir téléphoné à l'assurance à pas moins de 32 reprises entre le 9 octobre et 8 novembre 2018, en se fondant sur le justificatif des communications de la ligne fixe de sa mère - la pièce même produite démontrant que tel n'était toutefois pas le cas : seules trois communications

téléphoniques, le 22 octobre 2018, pouvaient être mises en relation avec ASSURA; mais la durée respective de 16 et 15 secondes montre qu'il ne s'agissait là que de tentatives, dès lors que ce numéro n'était plus attribué à ASSURA à cette époque. Il n'empêche que même si dans le cadre de sa réplique, le recourant a rétabli la juste mesure des choses, en produisant la 2^{ème} page dudit décompte, dont il ressort que deux communications réelles ont effectivement eu lieu, de quelques minutes chacune toutefois, il persiste néanmoins à évoquer de nombreuses communications téléphoniques avec l'intimée, ce qui est exagéré, et non démontré. À ce stade, il suffit de retenir que l'assuré, malgré les circonstances de l'accident, a été capable d'entreprendre les démarches nécessaires pour procéder à son affiliation en temps utile.

Ceci dit, et comme l'intimée l'a du reste relevé, le recourant ne conteste pas directement la question de la fixation du montant de la prime supplémentaire en termes de montant, celle-ci étant, encore une fois, limitée au stade du recours à deux mensualités et représentant les 30 % de la prime mensuelle nette.

Ce grief infondé ne saurait conduire, comme le recourant le soutient, à l'annulation de la décision entreprise et son renvoi à l'intimée, pour instruction complémentaire.

10. Dans un second grief, le recourant allègue que son affiliation tardive serait imputable à l'intimée en tant qu'elle aurait d'une part violé son devoir de renseigner l'assuré (art. 27 al. 2 LPGA) sur le délai d'affiliation à l'assurance-maladie et sur la possibilité de souscrire une police en ligne en tout temps; il invoque à cet égard la violation du principe de bonne foi. Selon le recourant, l'intimée aurait d'autre part tardé à lui envoyer en temps utile la proposition d'assurance, et devrait donc en assumer les conséquences.

- a. S'agissant du devoir de l'assureur-maladie de renseigner et de conseiller, l'art. 27 LPGA entré en vigueur le 1^{er} janvier 2003, prévoit que dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1) et que chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations (al. 2, première phrase).

Le Tribunal fédéral des assurances a notamment, dans un arrêt C 15/06 du 20 février 2007, rappelé avoir, déjà dans des décisions précédentes, largement retranscrit les travaux législatifs et doctrinaux relatifs à l'art. 27 LPGA, mais n'en avoir pas déterminé l'étendue. Il a cependant estimé que dans le cadre du devoir de conseils (art. 27 al. 2 LPGA), l'assureur devait rendre la personne assurée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472) et qu'il n'existait pas de motif évident d'abandonner l'assimilation de la violation d'un devoir légal de renseigner à une déclaration erronée après la codification d'une telle obligation dans la LPGA (ATF 131 V 472 consid. 4 et 5). Il relevait en outre que la doctrine quant à elle était unanime à considérer que le devoir de conseiller institué à l'art. 27 LPGA était

essentiellement plus étendu que la pratique existant jusque-là et que cette disposition légale représentait une réelle avancée dans la protection des droits des assurés sociaux (entre autres : KIESER, ATSG-Kommentar, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zürich 2003, p. 323; LOCHER / GÄCHTER, RSJB 2006 pp. 848-849). De l'avis de plusieurs auteurs, le but du conseil visé à l'art. 27 al. 2 LPGA est de permettre à la personne intéressée d'adopter un comportement dont les effets juridiques cadrent avec les exigences posées par le législateur pour que se réalise le droit à la prestation (Ulrich MEYER, Grundlagen, Begriff und Grenzen der Beratungspflicht der Sozialversicherungsträger nach Art. 27 Abs. 2 ATSG, Sozialversicherungsrechtstagung 2006, St-Gall, pp. 9 ss ; arrêt du TFA C 15/06 consid. 4.1).

Sur l'étendue de l'obligation de fournir des conseils particuliers au sens de l'alinéa 2 de l'art. 27 LPGA, on peut également se référer à la doctrine récente, notamment au commentaire de la loi sur la partie générale des assurances sociales Dupont Moser-Szeless (éditrices) Commentaire romand Helbing Lichtenhahn Bâle 2018, Guy LONGCHAMP ad art. 27, notes 17 à 28. Ainsi l'art. 27 al. 2 LPGA prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents. Cette disposition est le pendant nécessaire de l'obligation générale de renseigner prévue à l'art. 27 al. 1 LPGA. Le devoir de conseiller ne poursuit pas un but en soi. Il a été prévu par le législateur afin de permettre à la personne concernée de faire valoir ses droits conformément aux dispositions légales et de se conformer à ses obligations (op. cit. notes 17 et 18). Le conseil fourni par l'assureur à l'intéressé a trait aux droits et obligations dans un cas particulier. Le but du conseil est de permettre à la personne intéressée de se comporter de telle sorte que les conséquences juridiques de la disposition légale en question se réalisent. Les aspects juridiques et factuels doivent être rappelés à la personne intéressée afin de lui permettre de respecter ses droits et obligations dans le cas d'espèce, voire suggérer à l'intéressé d'entreprendre telle ou telle démarche. Le contenu du conseil dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration. Afin de déterminer quelle devrait être la réaction des employés de l'assureur en cause, il faut se référer au comportement hypothétique d'une personne qui voue aux choses une attention usuelle (op. cit. note 23 et ref.). L'obligation de conseiller implique nécessairement qu'il y ait une demande préalable de la personne intéressée, à tout le moins, que l'assureur ait constaté ou eut dû constater qu'il y avait un besoin de conseiller (op. cit. note 24). Avec l'art. 27 al. 2 LPGA, l'ancienne jurisprudence selon laquelle la personne assurée ne pouvait ignorer qu'elle devait se conformer aux dispositions légales tombe. L'art. 27 LPGA renversait la présomption selon laquelle nul n'est censé ignorer la loi. L'obligation de conseiller inclut le devoir de contrôler les prestations en cours afin que la personne puisse se prémunir contre une réduction ou une cessation de prestations (op. cit. note 26).

L'obligation de conseil n'est toutefois pas illimitée. On ne peut pas exiger de l'assureur qu'il fasse preuve d'une attention plus importante que celle qu'on peut exiger de manière générale. Selon la jurisprudence, aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations. Il n'y a pas non plus d'obligation de conseiller lorsque l'attitude de l'assuré paraît contraire à la loi ou n'est pas protégée comme telle par celle-ci (op. cit. note 28).

Dans le cas d'espèce, il faut retenir les éléments d'appréciation suivants :

- le recourant était à l'évidence conscient de son devoir de s'affilier dans les trois mois dès son retour en Suisse le 12 août 2018. En effet, son parcours de vie tel qu'il ressort de la base de données de l'OCPM montre que, né en Suisse, il a quitté Genève pour la première fois en 2002 (il était alors âgé de 40 ans) pour s'établir temporairement au Maroc, revenant à Genève la même année; il est reparti au Maroc en 2011, revenant à Genève en 2012; il est ensuite reparti pour Ouarzazate au Maroc, au début de l'année 2017, et il est finalement revenu se domicilier à Genève en provenance de France le 12 août 2018. Or, selon toute vraisemblance, à son retour de plusieurs séjours à l'étranger, il a nécessairement dû se ré-affilier à l'AOS, dans les trois mois de chacun de ses retours, de sorte qu'il ne pouvait qu'être conscient de cette obligation et de ce délai;
- l'accident même, dont il se prévaut, et ses conséquences sur le plan asséculologique, était précisément une circonstance qui devait attirer son attention sur ses conditions d'assurance, d'autant qu'il évoque dans ses courriers le fait qu'il entendait souscrire une assurance maladie et accidents;
- contrairement à ce qu'il tente de soutenir, malgré cet accident, survenu au début du délai de trois mois, il avait manifestement suffisamment de temps, et les capacités pour ce faire, tant sur le plan physique que sur le plan psychique, sinon à déléguer à un tiers, le soin d'effectuer les démarches nécessaires pour procéder à son affiliation, sans attendre le dernier moment;
- il ressort effectivement du dossier, à tout le moins au stade du recours (pièce 16 p. 2 recourant), que le recourant a à tout le moins dès le 22 octobre 2018 pris contact téléphoniquement avec ASSURA en vue de procéder à son affiliation auprès de cet assureur-maladie, et ceci concrètement, vu la durée des conversations téléphoniques des 22 octobre et 1^{er} novembre 2018. Certes, le recourant n'a pas été en mesure de rapporter le contenu de ces entretiens téléphoniques. L'intimée, de son côté, n'a pas précisé si, comme c'est souvent l'usage, ces entretiens téléphoniques avaient été enregistrés; si tel était le cas, force est de constater que l'intimée s'est bien gardée de les produire. Mais il n'empêche, compte tenu de ce qui va suivre, que la chambre de céans peut retenir au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'à tout le moins lors de

l'entretien téléphonique du 1^{er} novembre 2018, la discussion a nécessairement dû porter sur les conditions de l'assurance que l'intéressé entendait souscrire, et la date d'effet de la police. Parmi ces éléments, dont on retrouve la trace dans la proposition d'assurance No 3725.739, rédigée par l'intimée et produite par le recourant sous pièce 10 de son recours, figuraient outre certaines données personnelles, à compléter, les conditions d'assurance discutées, soit notamment une franchise de CHF 500.- et une prime mensuelle de CHF 492.-, ainsi que la date du début d'assurance fixée, selon cette offre, au 12 août 2018;

- l'intimée ne conteste pas, à juste titre, avoir été en possession de ces renseignements au moment où elle a établi la proposition d'assurance, le 12 novembre 2018, et ne prétend pas non plus que les informations sur la base desquelles elle a établi cette offre lui seraient parvenues après le 1^{er} novembre 2018, dernier entretien téléphonique entre elle et le recourant, selon les allégations non contestées de ce dernier.

Il résulte ainsi de ce qui précède que l'assureur-maladie, en possession de l'information selon laquelle la date de début de l'assurance devait être fixée au 12 août 2018, était en mesure de se rendre compte, à tout le moins au 1^{er} novembre 2018, que l'échéance du délai de trois mois pour que le recourant puisse valablement s'affilier pour bénéficier de l'effet rétroactif au jour de sa domiciliation en Suisse était proche. Il lui incombait dès lors à tout le moins de rendre l'intéressé attentif à ce délai et à la nécessité de finaliser les discussions en cours, et accomplir les démarches nécessaires, pour pouvoir respecter les obligations, et bénéficier de la couverture d'assurance dès le jour de sa domiciliation en Suisse (12 août 2018). L'intimée pouvait, dans ce sens, le cas échéant attirer l'attention de l'intéressé sur le fait qu'il avait la possibilité de souscrire son affiliation à l'AOS en ligne, précisément dans le but de préserver ses droits, mais elle ne prétend pas l'avoir fait, soutenant au contraire qu'elle n'avait pas à le faire. Nul autre que l'assurance elle-même n'était au demeurant mieux à même d'évaluer le délai dans lequel la proposition d'assurance pourrait être acheminée à l'intéressé, suite à l'entretien du 1^{er} novembre 2018, et l'on peut dans ces conditions considérer, dans le contexte particulier de ce dossier, que là encore, en agissant avec la diligence que l'on pouvait attendre d'elle, elle ait encore expressément attiré l'attention de l'intéressé sur l'importance du délai dans lequel l'offre d'assurance devait lui être retournée, compte tenu de l'échéance proche du délai légal de trois mois (art. 3 al. 1 LAMal). Le recourant prétend que l'intimée ne lui aurait pas fourni cette information, mais aurait au contraire convenu de lui faire parvenir l'offre de contracter, avec effet (rétroactif) au 12 août 2018, ce qui paraît crédible, au vu du libellé de l'offre que lui a adressée l'intimée, le 12 novembre 2018 seulement.

Au vu de la portée et de l'importance de l'obligation de renseigner et de conseiller, au sens de l'art. 27 al. 2 LPGa, telle que rappelée précédemment, selon la jurisprudence et la doctrine citée, la chambre de céans considère que l'intimée avait dans le cas d'espèce, connaissance de tous les éléments nécessaires pour qu'elle

réalise que l'intéressé pouvait risquer, selon son comportement à venir, de se voir priver de ses droits, s'il n'agissait pas de manière adéquate. Ainsi aurait-elle dû expressément attirer l'attention du recourant sur le fait qu'il devait retourner avant le 12 novembre 2018 l'offre qu'elle allait lui soumettre.

b. L'assuré invoque dans ce contexte, la violation par l'intimée du principe de la protection de la bonne foi.

Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (en l'espèce l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) (ATF 131 V 472 consid. 5). D'après la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante : que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 consid. 5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_601/2009 du 31 mai 2010 consid. 4.2).

Au vu des principes qui précèdent, la chambre de céans considère que dans le cas d'espèce, le recourant peut se prévaloir de la protection du principe de la bonne foi.

Les conditions posées par la jurisprudence citée ci-dessus sont manifestement réalisées : une fois encore, si l'assuré n'est pas parvenu à démontrer le contenu précis des entretiens qu'il a eus avec l'intimée, dans la perspective de son affiliation à l'AOS, la chambre de céans retient au degré de la vraisemblance prépondérante, - peu importe à quelle date les divers renseignements contenus dans l'offre du 12 novembre 2018 ont été recueillis par l'intimée (22 octobre ou 1^{er} novembre 2018) -, qu'ASSURA disposait bien des renseignements nécessaires pour lui faire parvenir une offre, avant l'échéance du délai de trois mois, dans lequel le recourant devait agir, soit au plus tard dès le 1^{er} novembre 2018, ce qui lui laissait largement le temps de faire parvenir la proposition d'assurance à l'intéressé, et à ce dernier de la lui retourner dans le délai de trois mois de l'art. 3 al. 1 LAMal, pour peu

qu'ASSURA ait agi dans le respect de la diligence que l'on était en droit d'attendre d'elle : en pratique, le jour-même de l'entretien téléphonique du 1^{er} novembre 2018 ou le lendemain (vendredi 2 novembre 2018), étant rappelé que cet entretien téléphonique a eu lieu entre 10h20 et 10h25 le matin.

ASSURA ne l'a toutefois fait que le 12 novembre 2018, date coïncidant avec l'échéance du fameux délai légal de trois mois, dans lequel l'intéressé devait souscrire cette police. Or, si ASSURA avait délibérément choisi d'attendre, pour adresser l'offre d'assurance au recourant, précisément le jour de l'échéance du délai de trois mois, ce serait en pleine connaissance de cause, qu'elle aurait de la sorte empêché l'intéressé de souscrire l'AOS dans le délai légal. Elle aurait ainsi manifestement agi de mauvaise foi, ce que la chambre de céans ne saurait envisager, sans autres indices.

La chambre des assurances sociales considère en revanche au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'explication de la date de l'envoi de la proposition d'assurance est autre : au vu du contenu de cette offre d'assurance, qui mentionne expressément la date d'effet au 12 août 2018 (de surcroît en caractères gras), les explications de l'assuré, dans son courrier du 17 janvier 2019, répondant à celui d'ASSURA du 17 décembre 2018, apparaissent crédibles : il rappelle en effet qu'« il était bien entendu que la couverture d'assurance devait débiter à la date de mon arrivée en Suisse et que je m'engageais à verser le montant des primes avec effet rétroactif. À cette époque j'étais dans les temps impartis des trois mois autorisés par la loi, pour bénéficier de la couverture prévue dans les conditions générales,... ». Se référant aux entretiens téléphoniques des 22 octobre 2018 et 1^{er} novembre 2018, il indique qu'il avait été conclu que (ASSURA) devait lui faire parvenir la proposition à signer. Or, cette proposition étant datée du 12 novembre 2018 et reçue le 14, il lui aurait été impossible de pouvoir la retourner dans le délai imparti. Il apparaît ainsi plausible que lors de l'entretien téléphonique du 1^{er} novembre 2018, l'interlocuteur du recourant, ayant relevé les éléments principaux reçus de l'assuré pour qu'une proposition d'assurance soit établie, et en particulier avec une date d'effet au 12 août 2018, ait confirmé à l'assuré qu'une offre conforme lui serait adressée. Dans cette mesure, on comprend mieux que l'assureur-maladie ne se soit ainsi pas hâté d'établir l'offre à soumettre à la signature et au complètement des rubriques encore manquantes, à l'assuré, et qu'il ne l'ait fait que le 12 novembre, ce qui n'avait pas une importance déterminante, dans la mesure où les données y figurant confirmaient ce qui avait été discuté avec l'assuré, dans le délai de trois mois de l'art. 3 al. 1 LAMal. C'est du reste ainsi que le recourant l'a compris, et pouvait raisonnablement le comprendre. S'il en avait été autrement, ASSURA n'aurait pas pris la peine de mentionner cette date (en gras) en regard de la rubrique « début de l'assurance », et aurait laissé le soin à l'assuré de la compléter; d'autant qu'au bas de la page relative aux renseignements sur l'assuré figure une rubrique « arrivée de l'étranger » ainsi libellée : « Merci de joindre une copie de l'attestation de résidence ou du permis de séjour. C'est la date d'arrivée en

Suisse indiquée sur ces documents qui sera prise en compte pour définir la date d'entrée en vigueur de l'assurance de base. Si vous êtes en possession d'une dispense officielle de l'obligation d'assurance, veuillez également nous la transmettre ».

Dans ces conditions et sur le moment, le recourant n'a pas réagi, pouvant raisonnablement partir de l'idée que la date d'envoi de cette offre de contracter n'avait pas d'importance puisqu'ASSURA était en possession en temps utile des éléments minimaux indispensables à l'établissement de la proposition d'assurance venant confirmer la volonté de l'intéressé de souscrire auprès d'elle. L'essentiel résidant dans son contenu, notamment par rapport à sa date d'effet. Il est ainsi vraisemblable que c'est aussi la raison pour laquelle il n'a complété cette formule que le 20 novembre 2018, et ne l'a renvoyée que quelques jours plus tard à l'assureur-maladie (reçue le 28 novembre 2018).

À l'inverse, les arguments développés par l'intimée en procédure de recours, ne convainquent pas. En substance, ASSURA n'articule que des généralités sans rapport direct avec le cas d'espèce : elle fait valoir que ce n'est qu'à réception de ladite proposition, signée, qu'elle aurait été en mesure de traiter la demande du recourant et de l'affilier auprès d'elle; que dans le domaine de l'assurance-maladie, il arrive fréquemment qu'avant de faire son choix, un assuré demande une offre auprès de différents assureurs, afin de comparer le montant des primes; et que c'est uniquement l'assureur qui reçoit en retour la proposition d'assurance signée par l'assuré, accompagnée de tous les documents utiles, qui pourra finaliser l'affiliation et émettre une police d'assurance.

Force est ainsi de constater que si ASSURA avait clairement indiqué à l'assuré que la proposition d'assurance devait impérativement être complétée et signée dans le délai de trois mois de l'art. 3 al. 1 LAMal, indépendamment de ce qui avait été discuté au téléphone, il aurait pris d'autres dispositions, pour respecter cette obligation.

Ainsi, toutes les conditions posées par la jurisprudence pour que le recourant puisse se prévaloir de la protection du principe de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. (ATF 131 V 472 consid. 5) sont réunies. Ainsi en vertu de ce principe, le comportement d'ASSURA dans le cas d'espèce l'oblige à consentir au recourant un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, soit que l'AOS porte effet rétroactif au 12 août 2018. Et par voie de conséquence, le supplément de prime appliqué pour les mois de novembre et décembre 2018 doit être annulé, et la facture pour l'hospitalisation aux HUG du 24 août au 4 septembre 2018 doit être prise en charge par l'intimée.

11. Au vu de ce qui précède, il apparaît inutile de procéder à l'administration d'autres preuves, notamment à l'audition des parties, dont le résultat serait impropre à modifier la conviction de la chambre de céans (ATF 131 III 222 consid. 4.3;

ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1) (appréciation anticipée des preuves).

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision sur opposition du 18 juin 2019 sera annulée et la cause retournée à ASSURA pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
13. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 LPA). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). En l'espèce, cette indemnité est fixée à CHF 1'500.-.
14. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

**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 sur opposition d'ASSURA-BASIS SA du 18 juin 2019, et retourne la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne ASSURA-BASIS SA à payer au recourant une indemnité de CHF 1'500.-, valant participation à ses frais de défense.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Véronique SERAIN

Mario-Dominique TORELLO

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