

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3338/2023

ATAS/368/2024

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 22 mai 2024**

**Chambre 4**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

contre

**SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES**

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, juges assesseures.**

---

**EN FAIT**

- A.**    **a.** Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : la bénéficiaire ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1967 et domiciliée à Genève, est veuve et mère de deux enfants adultes. Selon la base de données Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations (OCPM), le nom de famille de la bénéficiaire était B\_\_\_\_\_ jusqu'au 7 décembre 2023 et a été remplacé par A\_\_\_\_\_ dès cette date.
- b.** Le 6 décembre 2021, après avoir déposé une première demande de prestations en 2013 qui avait été refusée, la bénéficiaire a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI). Elle présentait une symptomatologie dépressive avec anxiété faisant l'objet d'une prise en charge spécialisée, ainsi que, sur le plan somatique, une maladie de ménière avec crises de vertiges importantes depuis 2019, en plus des atteintes déjà connues (diabète, hypertension et status post-infarctus).
- c.** Par décision du 4 mars 2022, l'office cantonal des assurances sociales (OCAS) a accordé à la bénéficiaire une rente mensuelle AVS de veuve de CHF 1'378.- dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022.
- d.** Le 27 mai 2022, la bénéficiaire a déposé une demande de prestations auprès du service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC ou l'intimé).
- e.** Par décision du 30 mars 2023, le SPC lui a reconnu le droit aux prestations complémentaires cantonales (ci-après : PCC) à hauteur de CHF 535.- par mois du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2022, puis à hauteur de CHF 533.- du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2023. Dès le 1<sup>er</sup> avril 2023, elle avait droit à des PCC d'un montant de CHF 488.10 par mois et à des prestations complémentaires fédérales (ci-après : PCF) à hauteur de CHF 553.30 par mois.
- f.** Le 20 avril 2023, la bénéficiaire s'est opposée à cette décision et a, en substance, contesté le gain hypothétique retenu par le SPC dans son calcul au motif qu'elle était en incapacité de travail.
- g.** Par décision du 16 novembre 2022 (*recte* : 2023), le SPC a rejeté l'opposition susvisée.
- h.** Le 11 décembre 2023, la bénéficiaire a formé recours contre cette décision.
- i.** Cette procédure (A/4133/2023) est actuellement pendante par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans).
- B.**    **a.** Par décision du 30 juin 2023, le SPC a fixé sa participation aux frais de maladie de la bénéficiaire à CHF 1'000.-. En annexe à cette décision, un récapitulatif des frais précisait que « la prise en charge du frein mutuel relatif à l'assurance de base (participation de 10% et franchise) est plafonnée à 1'000.- par année civile. Cette limite est désormais atteinte et c'est la raison pour laquelle notre participation est

soit partielle, soit impossible ». Si cette décision mettait la bénéficiaire dans une situation financière particulièrement difficile, le centre d'action sociale le plus proche ou Pro Infirmis Genève pouvaient la conseiller.

Selon le récapitulatif des frais de maladie susvisé, l'ensemble des frais justifiés par la bénéficiaire s'élevait à un montant total de CHF 2'609.45 correspondant à : CHF 276.90 (décompte du 26 janvier 2023) + CHF 299.35 (décompte du 20 février 2023) + CHF 44.80 (décompte du 21 février 2023) + CHF 123.35 (décompte du 27 février 2023) + CHF 18.25 (décompte du 28 février 2023) + CHF 18.05 (décompte du 6 mars 2023) + CHF 19.85 (décompte du 15 février 2023) + CHF 209.90 (décompte du 18 janvier 2023) + CHF 579.05 (décompte du 30 janvier 2023) + CHF 681.05 (décompte du 3 février 2023) + CHF 304.70 (décompte du 3 février 2023) + CHF 34.20 (décompte du 16 février 2023).

Sur ce montant total de CHF 2'609.45, le SPC avait admis le remboursement du montant maximal de CHF 1'000.- correspondant à CHF 276.90 du décompte du 26 janvier 2023 + CHF 209.90 du décompte du 18 janvier 2023 + CHF 513.20 correspondant à une partie du décompte du 30 janvier 2023 d'un montant total de CHF 579.05.

**b.** Par acte du 13 juillet 2023, reçu par le SPC le 17 juillet 2023, la bénéficiaire s'est opposée à cette décision. Elle a exposé être incapable de payer le reste de ses frais de maladie, qu'elle était toujours dans l'incapacité de travailler et que sa santé se dégradait de plus en plus. Elle demandait donc que le SPC l'aide à payer le reste des factures jusqu'à la fin de l'année 2023.

**c.** Par décision sur opposition du 26 septembre 2023, le SPC a confirmé sa décision du 30 juin 2023 et a rejeté l'opposition de la bénéficiaire. Le montant de CHF 1'000.- accordé à titre de remboursement de la participation aux coûts selon l'art. 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), soit CHF 300.- de franchise + CHF 700.- de quote-part, constituait le montant maximal pouvant être pris en charge par le SPC par année. Par conséquent, la décision du 30 juin 2023 était correcte, dès lors qu'elle refusait la participation aux coûts des soins dépassant le montant de CHF 1'000.-. Le SPC a en outre relevé que l'assureur facturait à la bénéficiaire une participation plus élevée car elle avait opté pour une franchise de CHF 2'500.- par année. Il lui appartenait donc de réduire le montant de sa franchise.

**C. a.** Le 16 octobre 2023, agissant en personne, la bénéficiaire a interjeté recours contre la décision sur opposition du 26 septembre 2023 au motif qu'elle était incapable d'honorer certaines factures par manque de moyens. Elle demandait donc au SPC de l'aider à s'en sortir seulement pour l'année 2023, dès lors que pour l'année 2024, tout était « déjà réglé dans les normes ». Elle a joint à son recours les décomptes suivants de sa caisse-maladie, mis à sa charge, d'un montant total de CHF 1'214.80 :

- un décompte du 24 avril 2023 d'un montant total de CHF 800.55 ;
- une facture du 19 juin 2023 d'un montant total de CHF 50.20 ;
- une facture du 17 juillet 2023 d'un montant total de CHF 81.40 ;
- une facture du 14 août 2023 d'un montant total de CHF 104.45 ;
- une facture du 11 septembre 2023 d'un montant total de CHF 178.20.

Il ressort de ces factures que la franchise de l'assurance-maladie obligatoire conclue par la recourante s'élève à CHF 2'500.- et la quote-part à CHF 700.-.

**b.** Dans sa réponse du 13 novembre 2023, l'intimé a relevé que la recourante ne contestait pas avoir reçu la somme de CHF 1'000.- à titre de participation aux coûts pour l'année 2023, mais qu'elle demandait une aide supplémentaire. Faisant en substance valoir la même motivation que celle contenue dans la décision litigieuse, l'intimé a ajouté que la loi fixait des règles strictes sur la participation aux frais de maladie, de sorte qu'aucune participation supplémentaire ne pouvait être accordée. Enfin, il a conclu au rejet du recours.

**c.** Cette écriture a été transmise à la recourante le 15 novembre 2023.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC - RS 831.30). Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25).

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

2. Les dispositions de la LPGA s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). En matière de prestations complémentaires cantonales, la LPC et ses dispositions d'exécution fédérales et cantonales, ainsi que la LPGA et ses dispositions d'exécution, sont applicables par analogie en cas de silence de la législation cantonale (art. 1A LPCC).
3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (*cf.* art. 82a *a contrario* LPGA).

4. La législation sur les prestations complémentaires a connu des modifications également entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Celles-ci sont applicables en l'espèce, dès lors que c'est le droit à la prise en charge de frais médicaux de l'année 2023 qui est litigieux.
5. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 43 LPCC ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA ; art. 9 de la loi cantonale sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 14 octobre 1965 [LPFC - J 4 20] ; art. 43 LPCC).

6. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 26 septembre 2023, par laquelle l'intimé a confirmé sa décision du 30 juin 2023 et refusé de prendre en charge des frais médicaux supplémentaires de l'année 2023 excédant le montant de CHF 1'000.-.
- 7.

7.1 Selon l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis : les frais de traitement dentaire (let. a), les frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (let. b), les frais de séjours passagers dans un *home* ou dans un hôpital, d'une durée maximale de trois mois ; lorsque le séjour dans un *home* ou dans un hôpital excède trois mois, la prestation complémentaire annuelle est calculée rétroactivement, sur la base des dépenses reconnues visées à l'art. 10, al. 2, depuis l'admission dans le *home* ou l'hôpital (let. b<sup>bis</sup>), les frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin (let. c), les frais liés à un régime alimentaire particulier (let. d), les frais de transport vers le centre de soins le plus proche (let. e), les frais de moyens auxiliaires (let. f) et les frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (let. g).

Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 al. 2 LPC).

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

À teneur de l'art. 103 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), la franchise prévue à l'art. 64 al. 2 let. a LAMal s'élève à CHF 300.- par année civile (al. 1). Le montant maximal annuel de la quote-part au

sens de l'art. 64 al. 2 let. b LAMal s'élève à CHF 700.- pour les adultes et à CHF 350.- pour les enfants (al. 2).

L'art. 93 OAMal dispose que les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle les assurés peuvent choisir une franchise plus élevée que le montant fixé à l'art. 103 al. 1 (franchise à option). Les franchises à option se montent à CHF 500.-, CHF 1'000.-, CHF 1'500.-, CHF 2'000.- et CHF 2'500.- pour les adultes et les jeunes adultes et à CHF 100.-, CHF 200.-, CHF 300.-, CHF 400.-, CHF 500.- et CHF 600.- pour les enfants. Un assureur peut offrir des franchises différentes pour les adultes et les jeunes adultes. Les franchises à option offertes par l'assureur doivent s'appliquer à l'ensemble du canton (al. 1). Le montant maximal annuel de la quote-part correspond à celui qui est prévu à l'art. 103 al. 2 (al. 2).

La LPC opère une distinction entre la prestation complémentaire annuelle et le remboursement de frais de maladie et d'invalidité (art. 3 LPC). Ceux-ci ne sont pas pris en considération dans le cadre de la fixation du droit à la prestation complémentaire annuelle, mais ils font l'objet d'un remboursement séparé, en principe une fois par année. Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), le financement des frais de maladie est entièrement passé aux cantons (art. 16 LPC). La LPC ne fait dès lors état que de conditions-cadres, laissant aux cantons le soin de régler les spécificités du remboursement. Il leur appartient ainsi de préciser les frais qui peuvent être remboursés sur la base du catalogue de prestations de l'art. 14 al. 1 LPC, tout comme ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 al. 2 LPC). Compétence leur est également donnée de fixer les plafonds pour le remboursement annuel à condition qu'ils ne soient pas inférieurs aux montants indiqués à l'art. 14 al. 3 LPC. Ces changements ont abouti à la suppression de l'ordonnance relative au remboursement des frais de maladie et des frais d'invalidité en matière de prestations complémentaires du 29 décembre 1997 (OMPC, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, *ad.* Art. 14 n. 1).

L'art. 14 LPC, qui a remplacé l'art. 3d aLPC, est conçu comme une loi-cadre. Les cantons ont la faculté de déterminer eux-mêmes les plafonds des frais de maladie et d'invalidité, qui ne peuvent toutefois être inférieurs aux montants préalablement fixés par le droit fédéral, ce qui permet d'éviter une péjoration de la position des assurés (ATF 142 V 457 consid. 3.3.1). Selon la doctrine, dès lors que la réglementation fédérale en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 a été reprise en détails dans cette nouvelle loi-cadre, les cantons ne disposent en réalité guère de marge de manœuvre. La crainte du législateur fédéral était en effet que les cantons, pour des raisons financières, ne fassent usage d'une compétence législative plus étendue afin de réduire le catalogue des prestations à rembourser

ou l'étendue du remboursement. L'art. 14 LPC représente ainsi des *minima* (Ralph JÖHL / Patricia USINGER-EGGER, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, vol. XIV, *Soziale Sicherheit*, 3<sup>ème</sup> éd. 2016, n. 333).

L'énumération des frais mentionnés à l'art. 14 al. 1 LPC est exhaustive : le législateur a énuméré de manière détaillée les frais de maladie et d'invalidité qui sont remboursés aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire. Le degré de concrétisation de la réglementation permet de conclure que le législateur a voulu déterminer en détail les frais à rembourser, ce qui indique que la réglementation est exhaustive. Les frais supplémentaires non mentionnés par la loi ne peuvent pas être pris en charge (ATF 129 V 379 consid. 3.1 ; Urs MÜLLER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ELG*, 3<sup>ème</sup> éd. 2015, p. 275-292, n. 839).

Selon la jurisprudence, la réglementation fédérale autorise des restrictions par le droit cantonal de deux manières. D'une part, le remboursement de la franchise peut être limité à son montant minimal lorsqu'une franchise plus élevée (*cf.* art. 93 al. 1 OAMal) a été choisie pour l'assurance-maladie. Cela correspond à l'ancienne réglementation fédérale (art. 7 aOMPC). D'autre part, il est admissible de fixer un montant maximal pour le remboursement de l'ensemble des frais annuels de maladie et d'invalidité (art. 14 al. 1 let. a-g LPC ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_406/2013 du 31 août 2013 consid. 3.1.1 et les références).

L'applicabilité de l'art. 14 al. 1 let. g LPC présuppose que l'assurance obligatoire des soins soit tenue de prendre en charge les coûts du traitement (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral P 51/06 du 6 septembre 2007 consid. 4 ; Urs MÜLLER, *op. cit.* n. 836).

Un remboursement des frais de médicaments par la prestation complémentaire n'est possible que dans le cadre de la franchise et de la quote-part. Cela suppose que la caisse-maladie prenne en charge des prestations de l'assurance-maladie obligatoire, car ce n'est que dans ce cas que les assurés doivent participer aux coûts des prestations qui leur sont fournies dans le cadre de la franchise et de la quote-part (art. 64 LAMal). La prestation complémentaire remplace ainsi pour l'assuré la part des frais de maladie que l'assurance-maladie ne prend pas en charge en raison de la participation aux coûts par le biais de la franchise et de la quote-part. La prestation complémentaire ne rembourse pas non plus les médicaments qui ne relèvent pas du domaine des prestations de l'assurance obligatoire des soins (ATF 127 V 244 consid. 4c ; voir aussi le cas d'application arrêt du Tribunal fédéral P 51/06 du 6 septembre 2007 consid. 4 ; Urs MÜLLER, *op. cit.* n. 837).

L'art. 64 LAMal figure sous le titre « Assurance obligatoire des soins » (art. 3ss LAMal). La participation aux coûts qui peut être remboursée selon l'art. 14 al. 1 let. g LPC concerne donc les prestations de l'assurance-maladie qui font l'objet de l'assurance obligatoire des soins. Si, par exemple, une assurance

complémentaire qui ne fait pas partie de l'assurance obligatoire des soins prévoit une participation aux coûts pour le preneur d'assurance, cette participation aux coûts ne peut pas être remboursée sur la base de la réglementation cantonale édictée en application de l'art. 14 al. 1 let. g LPC, car il ne s'agit pas d'une participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal. Si le droit cantonal prévoit néanmoins une obligation de remboursement, il s'agit d'une prestation purement cantonale selon l'art. 2 al. 2 LPC (Ralph JÖHL / Patricia USINGER-EGGER, *op. cit.* n. 266 ; ATAS/1045/2021 du 12 octobre 2021 consid.7b).

**7.2** Au niveau cantonal, l'art. 2 al. 1 let. c LPFC confère au Conseil d'État la compétence de déterminer les frais de maladie et d'invalidité qui peuvent être remboursés en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC. Ils répondent aux règles suivantes : les montants maximaux remboursés correspondant aux montants figurant à l'art. 14 al. 3 LPC (ch. 1) et les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2).

**7.2.1** Le Conseil d'État a fait usage de cette compétence en édictant le règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 15 décembre 2010 (RFMPC - J 4 20.04).

L'art. 1 al. 1 RFMPC prévoit que le règlement s'applique au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, énumérés à l'art. 14 al. 1 LPC, aux bénéficiaires de prestations fédérales et cantonales complémentaires à l'AVS et à l'AI.

L'art 8 RFMPC, intitulé « Participation aux coûts », dispose que sont remboursés la participation prévue par l'art. 64 LAMal aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 de cette loi (let. a) et le coût des soins répercutés sur le bénéficiaire en application de l'art. 25a al. 5 LAMal (let. b).

Conformément à l'art. 9 RFMPC, si une personne opte pour une assurance avec une franchise plus élevée au sens de l'art. 93 OAMal, la participation aux coûts remboursée s'élève à CHF 1'000.- par année au maximum.

**7.2.2** Le Département de la solidarité et de l'emploi du canton de Genève a adopté des Directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI (ci-après : DFM, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011).

Ces dernières prévoient notamment que la participation aux coûts prévue à l'art. 64 LAMal est prise en compte par les prestations complémentaires pour les coûts de prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 LAMal (art. 8 let. a RFMPC ; ch. 7.1 DFM).

La participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% - voire 20% pour certains médicaments - des coûts qui dépassent la franchise (quote-part ; ch. 7.2 DFM).

La participation aux coûts susceptible d'être prise en compte, par bénéficiaire de prestations complémentaires, ne peut pas être supérieure à CHF 1'000.- par année civile (*cf.* art. 9 RFMPC). La composition du montant n'a pas d'importance. Si une personne a, par exemple, opté en faveur d'une franchise à CHF 300.- et doit payer une quote-part de CHF 325.-, le montant remboursé sera de CHF 625.-. Si une autre personne a opté en faveur d'une franchise à CHF 500.- et doit payer une quote-part de CHF 700.-, le montant remboursée sera de CHF 1'000.- (ch. 7.3 DFM).

**7.3** En l'espèce, l'intimé a limité à CHF 1'000.- le montant versé à titre de participation aux coûts des prestations médicales en cas de maladie de l'année 2023. La recourante réclame en revanche le remboursement de l'ensemble des factures de frais de maladie de janvier à septembre 2023 correspondant à un montant total de CHF 3'824.25 (CHF 2'609.45 + CHF 1'214.80).

En l'occurrence, il est établi, selon les décomptes de factures produits par la recourante dans le cadre de la procédure de recours, que cette dernière a souscrit une franchise à option annuelle de CHF 2'500.-, la quote-part étant, quant à elle, de CHF 700.-. Or, en application de l'art. 9 RFMPC, si une personne opte pour une assurance avec une franchise plus élevée au sens de l'art. 93 OAMal, la participation aux coûts remboursée s'élève à CHF 1'000.- par année au maximum. Force est donc de constater que la loi ne laisse pas de marge de manœuvre à l'intimé quant au montant pouvant être remboursé à la recourante à titre de participation aux coûts des frais de maladie.

Ainsi, dès lors que le montant maximal de CHF 1'000.- avait été atteint après la prise en compte des montants de CHF 276.90 (décompte du 26 janvier 2023), de CHF 209.90 (décompte du 18 janvier 2023) et de CHF 513.20 (correspondant à une partie du décompte du 30 janvier 2023 d'un montant total de CHF 579.05), l'intimé ne pouvait pas rembourser les montants restants. Pour le même motif, les montants des décomptes produits dans le cadre de la présente procédure ne peuvent pas être remboursés par le SPC.

Cette limitation du remboursement des frais de maladie à hauteur de CHF 1'000.- résulte en effet de la franchise à option de CHF 2'500.- choisie par la recourante. Afin d'éviter qu'une telle situation ne se reproduise, l'intimé a, à juste titre, attiré l'attention de cette dernière sur l'opportunité de baisser le montant de sa franchise pour la prochaine échéance contractuelle.

**7.4** Dans ces circonstances, la chambre de céans retiendra que l'intimé a refusé à bon droit de rembourser le solde des frais de maladie dépassant le montant maximal de CHF 1'000.-.

- 8.** Compte tenu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> *a contrario* LPGA et 89H al. 4 LPA).

**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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF - RS 173.110). 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

Véronique SERAIN

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le