

GE_GERICHTE A/4019/2017 vom 30. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4019_2017

FR: GE_GERICHTE A/4019/2017 du 30 avril 2019

IT: GE_GERICHTE A/4019/2017 del 30 aprile 2019

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée c/o Monsieur B_____ à Cartigny, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés recourante contre SUPRA-1846 SA, sise avenue de la Rasude 8, Lausanne intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1978, est affiliée pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie auprès de SUPRA-1846 SA (ci-après : SUPRA, l'assureur-maladie ou l'intimée), membre de l'association GROUPE MUTUEL, dont le siège se situe à Martigny. La franchise annuelle de l'assurée s'élevait à CHF 1'500.- du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014. ^{2.} Par pli du 15 septembre 2014, l'assurée a informé SUPRA de sa grossesse, qui avait débuté entre le 4 et le 8 juin 2014, et lui a adressé les justificatifs médicaux suivants pour remboursement : ^{1.} la facture du docteur C_____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, du 22 juillet 2014 concernant le traitement du 15 juillet 2014 pour un montant de CHF 268.05. À côté de la rubrique « motif de traitement », il était indiqué « maladie ». Les codes (Tarmed) concernant les prestations fournies étaient : 00.0010 ; 00.0030/ 00.0010 ; 00.0050 ; 22.0090 ; 39.0020 ; 39.3320 ; 39.3800 ; 00.0715 et 3358.00 ; ^{2.} la facture du laboratoire Polyanalytic du 24 juillet 2014 pour des analyses effectuées à la demande du Dr C_____ d'un montant de CHF 176.70. Les codes concernant les prestations fournies étaient : 1013.00 ; 1292.00 ; 1314.00 ; 1371.00 ; 1653.00 ; 1718.10 ; 1720.00 ; 3094.00 ; 3549.00 ; 3553.00 et 4700.00 ; ^{3.} la facture du Centre médico-chirurgical Nyon SA du 28 juillet 2014 afférente au traitement du 27 juin 2014 prodigué par le docteur D_____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, pour un montant de CHF 301.45. Le motif de traitement était « maladie ». Les codes concernant les prestations fournies étaient : 00.0140 ; 22.0010 ; 22.0030 ; 39.3320 ; 39.3840/ 39.3320 ; 3358.00 ; 4707.00 ; 4707.20 et 4708.00 ; ^{4.} la facture du Centre de génétique et pathologie Aurigen du 31 juillet 2014 relative aux examens réalisés le 15 juillet 2014 d'un montant de CHF 88.30. Les codes concernant les prestations fournies étaient : 37.0620 ; 37.0320 ; 37.0280 ; 37.0600 et 00.0140. ^{5.} Dans deux décomptes de prestations des 6 et 27 octobre 2014, l'assureur-maladie a remboursé ces factures, sans déduction de la participation légale aux coûts (franchise et/ou quote-part). Le montant de CHF 176.70 était toutefois reconnu à hauteur de CHF 134.30, les analyses toxoplasmose ne relevant pas de ses obligations légales. L'assureur-maladie a ainsi payé la somme de CHF 792.10 en faveur de l'assurée. ^{6.} Dans un décompte de prestations rectificatif du 14 juillet 2016, l'assureur-maladie a pris en charge la facture de CHF 97.05, sans franchise ni quote-part, émise par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, pour un traitement prodigué le 17 septembre 2014. Après avoir toutefois considéré que les factures qui lui avaient été soumises le 15 septembre 2014 étaient à la charge de l'assurée, - à cet égard, l'assureur-maladie s'est exprimé en ces termes : « mise à jour de

votre compte de participations après vérification des prestations de maternité », ce dernier a requis le remboursement de CHF 695.05 (CHF 792.10 – CHF 97.05) avant le 31 août 2016. Le solde de la franchise annuelle était désormais de CHF 707.90 (CHF 1'402.95 [avant décompte] – CHF 695.05). Ledit décompte indiquait, sous le titre, en petits caractères, qu'il s'agissait d'une décision au sens de l'art. 25 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1). Au verso, le décompte mentionnait, en plus petits caractères, que la décision entrerait en force en l'absence d'opposition par écrit auprès de l'assureur dans les trente jours dès sa notification. Une remise pourrait être demandée au plus tard trente jours à compter de l'entrée en force de la décision de restitution. ![endif]>![if> 5. Le 21 septembre 2016, SUPRA a envoyé à l'assurée un rappel pour un montant de CHF 705.05 (frais de rappel de CHF 10.- inclus), faute d'avoir reçu le paiement de CHF 695.05 dans le délai imparti. ![endif]>![if> 6. Par courriel du 28 octobre 2016, l'assurée a transmis à SUPRA une attestation du Dr C_____ du 3 octobre 2016, indiquant que sa patiente était enceinte de sept semaines et trois jours au 15 juillet 2014. Sur cette base, l'assurée a demandé à SUPRA de revoir sa participation aux coûts de l'année 2014. ![endif]>![if> 7. Le 17 novembre 2016, SUPRA a adressé à l'assurée une sommation de CHF 725.05 (frais de sommation de CHF 30.- inclus), le montant de CHF 695.05 demeurant impayé. ![endif]>![if> 8. Par courrier du 13 décembre 2016 adressé à l'assureur-maladie, le Dr C_____ a expliqué que la facture du 15 juillet 2014, non modifiable rétrospectivement, concernait un contrôle d'un début de grossesse à huit semaines. La facture était classée sous « maladie », car en général, les prestations étaient répertoriées sous « maternité » dès la treizième semaine seulement. Le médecin confirmait qu'il s'agissait d'une prestation de maternité au stade d'une grossesse débutante. ![endif]>![if> 9. Par pli du 27 décembre 2016, SUPRA a répondu au Dr C_____ que l'assurée devait participer aux coûts, dès lors que la consultation du 15 juillet 2014, qui ne comportait aucune prestation spécifique de maternité, avait été effectuée avant la treizième semaine de grossesse. ![endif]>![if> 10. Le 27 mars 2017, SUPRA a fait notifier à l'assurée par l'intermédiaire de l'office des poursuites du canton de Genève un commandement de payer, poursuite n° 1_____, portant sur le montant de CHF 695.05 et mentionnant pour objet « participations LAMal 06.2014-07.2014 », auquel s'ajoutaient des frais administratifs de CHF 120.-. L'assurée y a formé opposition totale. ![endif]>![if> 11. Par décision du 1 er mai 2017, SUPRA a entièrement levé l'opposition au commandement de payer précité. Elle a considéré que l'opposition n'était pas fondée, puisque l'assurée s'était engagée, lors de son affiliation, à payer les primes ainsi que les participations légales. Le montant dû de CHF 815.05 comprenait les coûts de participations LAMal (CHF 695.05), les frais de sommation (CHF 30.-) ainsi que les frais d'ouverture de dossier (CHF 90.-). ![endif]>![if> 12. Par courrier du 29 mai 2017 adressé à SUPRA, reçu le lendemain par le Groupe Mutuel, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a expliqué qu'une fois avoir appris, au moyen d'un test de grossesse, qu'elle était enceinte, elle avait tenté de joindre son gynécologue pour dater et confirmer sa grossesse. En son absence, elle avait consulté le Centre médico-chirurgical Nyon SA. Elle avait ensuite pris rendez-vous auprès de son gynécologue traitant afin qu'il effectue toutes les analyses de bases nécessaires à un suivi de grossesse. Courant juillet 2016, elle avait reçu une facture concernant les frais de grossesse portant sur la période du 27 juin 2014 à octobre 2014. Elle avait contacté SUPRA, car elle ne comprenait pas les motifs pour lesquels cette dernière lui réclamait le remboursement desdits frais. SUPRA lui avait fait savoir qu'il manquait le certificat de grossesse dans son dossier. Elle lui avait alors transmis l'attestation du

Dr C_____ du 3 octobre 2016. Suite au rappel de paiement et après divers entretiens téléphoniques avec l'assureur-maladie, courant décembre 2016, elle avait appris que les frais lui étaient réclamés au motif que les prestations étaient codifiées sous « maladie » au lieu de « grossesse ». Or, il s'agissait d'une erreur de son médecin. Les coûts occasionnés lors des traitements des 27 juin et 15 juillet 2014 étaient dus à des prestations spécifiques de maternité. Elle contestait ainsi le montant qui lui était réclamé et se plaignait du manque d'informations de la part de SUPRA en relation avec la demande de restitution des frais, y compris lors du premier appel téléphonique. À cet égard, l'assurée s'est exprimée comme suit : « Malgré mes efforts, aucun courrier ne m'est jamais parvenu de votre part, si ce n'est les factures concernant ces frais ». !endif>![if> 13. Le 12 juin 2017, SUPRA a déposé auprès de l'office des poursuites une réquisition de continuer la poursuite pour le montant de CHF 815.05. L'assureur-maladie attestait qu'aucune opposition n'avait été formée à la décision de mainlevée de l'opposition (sic), laquelle était assimilée à un jugement exécutoire. !endif>![if> 14. Le 21 juin 2017, SUPRA a demandé à l'office des poursuites de surseoir à la saisie et de maintenir la poursuite, un accord ayant été établi pour la poursuite n° 1_____ !endif>![if> 15. Le 28 juin 2017, SUPRA a avisé l'office des poursuites qu'un crédit d'acompte de CHF 109.60 avait été comptabilisé sur la poursuite n°1_____, si bien qu'il y avait lieu d'enregistrer cet acompte. !endif>![if> 16. Par décision sur opposition du 2 septembre 2017, l'assureur-maladie a rejeté l'opposition du 29 mai 2017 et confirmé la décision du 1 er mai 2017. La poursuite entamée à l'encontre de l'assurée faisait suite au non-paiement du décompte de participations rectificatif, malgré un rappel et une sommation. Ce décompte constituait une décision à laquelle l'assurée n'avait pas formé opposition. Le traitement dispensé par la Dresse E_____ avait eu lieu après la treizième semaine de grossesse, raison pour laquelle sa note d'honoraires avait été prise en charge, sans franchise ni quote-part. Par contre, les factures transmises le 15 septembre 2014 concernaient des consultations ayant eu lieu le 27 juin et le 15 juillet 2014, soit avant la treizième semaine de grossesse, et ne comportaient aucune prestation spécifique de maternité. Ces factures étaient ainsi soumises à la franchise et/ou à la quote-part, et par voie de conséquence, le montant figurant dans le décompte rectificatif du 14 juillet 2016 restait dû. L'opposition n'était donc pas fondée et le montant réclamé s'élevait à CHF 758.75 (soit CHF 815.05, sous déduction d'un acompte de CHF 56.30 [sic]). !endif>![if> 17. Par acte du 2 octobre 2017, complété le 28 novembre 2017, l'assurée, représentée par Assuas, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision sur opposition du 2 septembre 2017, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la prise en charge par l'intimée de la totalité de ses frais de maternité ainsi qu'à l'annulation des poursuites à son encontre. !endif>![if> La recourante a fait grief à l'intimée d'avoir violé la loi, en refusant de prendre en charge les factures litigieuses, sans franchise ni quote-part, alors que celles-ci se rapportaient à la maternité, comme l'attestaient les rapports médicaux. Elle a également reproché à l'intimée une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, puisqu'elle n'avait souffert d'aucune maladie ni de complications de grossesse avant la treizième semaine de grossesse. Le Dr C_____ avait adressé un courrier à l'intimée, lui expliquant que la mention « maladie » au lieu de « maternité » sur sa facture était erronée, correction dont l'intimée n'avait pas tenu compte. La recourante a joint notamment : - le rapport du 5 octobre 2017 du Dr C_____, relevant que sa patiente l'avait consulté le 15 juillet 2014, car elle pensait être enceinte et souhaitait avoir une confirmation par échographie. Il avait été réalisé une échographie gynécologique à but diagnostique de la présence et de la localisation d'une éventuelle grossesse, qui n'était

pas l'une des trois échographies spécifiques de grossesse. Le deuxième contrôle avait eu lieu à treize semaines et deux jours pour l'échographie de datation (prestation échographique de grossesse). Suite au premier rendez-vous, une fois le diagnostic posé, les consultations suivantes étaient en lien avec la grossesse. Le médecin a annexé le courrier qu'il avait adressé en 2016 à l'intimée, spécifiant qu'il s'agissait bien d'une grossesse lors de l'examen du 15 juillet 2014 ; !endif>![if> - le rapport du Dr D_____ du 6 octobre 2017, indiquant avoir examiné la recourante le 27 juin 2014, en l'absence de son gynécologue traitant, pour un dépistage de grossesse qu'il avait datée de quatre semaines ; !endif>![if> - la dernière page d'un pli signé par le Dr C_____ le 9 octobre 2017, mentionnant que, selon le docteur F_____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, de la Société suisse de gynécologie-obstétrique, l'échographie diagnostique et endovaginale étaient soumises à la franchise. !endif>![if> 18. Par courrier du 11 décembre 2017, l'intimée a sollicité de la chambre de céans une attestation de non-recours contre la décision sur opposition du 1 er septembre 2017 (recte : 2 septembre) (sic). !endif>![if> 19. Dans sa réponse du 6 février 2018, l'intimée a conclu à la radiation de la cause du rôle. Elle a annexé la décision de reconsidération du même jour, qu'elle a adressée par pli recommandé à la recourante, qui annulait la décision sur opposition du 2 septembre 2017 et remplaçait la décision du 1 er mai 2017. L'intimée y exposait que le décompte de participations rectificatif du 14 juillet 2016, qui constituait une décision, était entrée en force et exécutoire, dans la mesure où la recourante ne l'avait pas contestée. Ainsi, il n'y avait plus lieu de revenir sur la question de fond, à savoir le bien-fondé dudit décompte. La décision de reconsidération entrerait en force à défaut d'opposition (sic). !endif>![if> 20. Dans son écriture du 5 mars 2018, se référant à la décision de reconsidération du 6 février 2018, qui remplaçait la décision du 1 er mai 2017, l'intimée a annoncé qu'elle avait récemment déposé [auprès du Tribunal de première instance du canton de Genève] une requête en mainlevée de l'opposition au commandement de payer, poursuite n° 1_____. Elle a fait valoir qu'en vertu du principe ne bis in idem , la chambre de céans ne pouvait pas examiner le fond du dossier, dès lors que la décision du 14 juillet 2016 était entrée en force. La cause était devenue sans objet, puisque la décision attaquée avait été annulée. !endif>![if> 21. Dans sa réplique du 7 mars 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions et a demandé l'annulation de la décision de reconsidération. Elle a relevé que cette dernière ne rendait pas le recours sans objet, mais maintenait de manière abusive et arbitraire la décision sur opposition du 2 septembre 2017. En tant qu'elle confirmait la non-prise en charge des frais de maternité, la décision de reconsidération entérinait une décision initiale - celle du 14 juillet 2016 - manifestement erronée. À cet égard, la recourante a cité la jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux conditions de la reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. !endif>![if> 22. Dans sa duplique du 26 mars 2018, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, à ce qu'il soit pris acte de la décision de reconsidération, à la constatation que la décision du 14 juillet 2016 était entrée en force et au rejet du recours. La possibilité laissée à un assureur en vertu de l'art. 53 al. 3 LPGA de revenir sur sa décision durant la procédure de recours pendante, sans prendre en considération les conditions spéciales d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, n'était ni arbitraire ni abusive. Ainsi, la jurisprudence citée par l'intimée relative à l'art. 53 al. 2 LPGA quant à l'inexactitude manifeste de la décision initiale n'était pas pertinente. Cette décision - celle du 14 juillet 2016 - étant exécutoire, elle constituait un titre de mainlevée. À titre subsidiaire, dans l'hypothèse où la chambre de céans décidait d'examiner le bien-fondé du décompte rectificatif, l'intimée a exposé que les factures litigieuses ne contenaient aucune

position Tarmed relative à la maternité - que les fournisseurs de prestations devaient respecter -, à savoir celles relevant du chapitre 22.02 pour les prestations dédiées spécifiquement aux examens concernant la grossesse, du chapitre 39.03.01 pour les positions relatives à l'imagerie médicale spécifique à la grossesse, ainsi que des codes 2950.01 à 2950.10 concernant les analyses prénatales non invasives à partir du sang maternel de la liste des analyses à laquelle l'art. 13 let. a de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS - RS 832.112.31) renvoyait. Au demeurant, le Dr C_____ se référait à l'avis d'un spécialiste selon lequel l'échographie diagnostique et endovaginale était soumise à la franchise. Pour ces motifs, la demande de restitution des prestations remboursées à tort était justifiée. L'intimée a produit sa requête en mainlevée de l'opposition au commandement de payer, poursuite n° 1_____ du 2 mars 2018, déposée auprès du Tribunal de première instance, concluant au prononcé de la mainlevée définitive pour un montant de CHF 705.45 (CHF 695.05 + CHF 120.- [frais administratifs] – CHF 109.60 [acompte du 27 juin 2017]). 23. Le 22 août 2018, l'intimée a versé au dossier une copie du jugement du Tribunal de première instance du 2 août 2018 (n° JTPI/11522/2018), prononçant la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer précité à concurrence de la somme de CHF 705.45. 24. Le 17 septembre 2018, la chambre de céans a tenu une audience de comparution personnelle, au cours de laquelle le conseil de la recourante a fait savoir qu'elle avait recouru contre le jugement précité et avait obtenu l'effet suspensif au recours. La recourante a demandé à ce que les prétentions de l'intimée soient examinées sur le fond et que soit déterminé le montant qu'elle devrait lui rembourser, moyennant que le médecin-conseil contacte le gynécologue traitant à cet effet et que la poursuite en cours soit retirée. La recourante a ajouté que les prestations de la Dresse E_____, admises par l'intimée comme relevant de la maternité, ne lui avaient pas encore été remboursées. La représentante de l'intimée a déclaré qu'elle serait disposée à reprendre l'instruction du dossier. Sur quoi, la chambre de céans a imparti un délai aux parties afin qu'elles lui indiquent si elle pouvait rendre un arrêt d'accord, annuler la décision entreprise et renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. Dans ses observations du 1er octobre 2018, l'intimée a relevé que les démarches entreprises auprès du gynécologue traitant avaient permis de confirmer que les factures en cause ne concernaient pas des prestations spécifiques de maternité. Contrairement aux dires de la recourante, la facture de la Dresse E_____ avait été prise en compte et déduite dans le décompte du 14 juillet 2016. Le courrier par lequel l'intimée demandait à l'office des poursuites de surseoir à la saisie avait été adressé à ce dernier afin de corriger l'envoi par erreur de la réquisition de continuer la poursuite du 12 juin 2017. La poursuite serait retirée uniquement si les factures litigieuses devaient être modifiées. Si la recourante devait se voir restituer un montant de la part de son médecin traitant, par accord entre eux, la facture litigieuse devrait être maintenue et honorée afin d'éviter toute surindemnisation de la recourante. Enfin, la recourante avait versé à deux reprises un montant de CHF 119.60. Le premier paiement avait été affecté au règlement d'une facture du 20 mars 2017, tandis que les CHF 10.-, provenant du second versement, avaient été comptabilisés en règlement des frais de rappel de la facture du 20 mars 2017, et le solde (CHF 109.60) correspondait à l'acompte sur la poursuite n° 1_____. L'intimée a produit, en particulier : - le procès-verbal du 27 septembre 2018, retranscrivant l'entretien que son médecin-conseil avait eu ce jour-ci avec le Dr C_____. Ce dernier avait indiqué que, selon le Dr F_____, responsable de l'académie suisse de gynécologie-obstétrique, durant le premier trimestre

d'une grossesse, le contrôle médical était facturé selon les positions tarifaires « maladie » car il n'y avait pas de contrôle spécifique effectif. Une ultrasonographie (US) abdominale ne permettant pas de visualiser un embryon d'une taille de 2 mm, le Dr C_____ avait expliqué à sa patiente qu'un ultrason endovaginal permettait de confirmer la grossesse, mais que cet acte serait facturé selon le tarif « maladie » ;

le procès-verbal d'entretien du 28 septembre 2018, relevant que le Dr C_____ avait proposé trois ans auparavant de modifier la facture, mais que le médecin-conseil de l'époque lui avait répondu qu'une fois établie, une facture ne pouvait pas être modifiée. Le Dr C_____ s'était ensuite renseigné auprès de la FMH et de l'académie suisse de gynécologie-obstétrique. Le Dr F_____ avait formellement déclaré que, durant les douze premières semaines d'une grossesse, aucune position de maternité ne pouvait être indiquée dans la facturation. Le Dr C_____ était prêt, par gain de paix, à annuler la facture et à rembourser sa patiente ;

le courrier de l'intimée du 1^{er} octobre 2018, demandant à la chambre civile de la Cour civile, la suspension de la procédure de recours interjeté par la recourante, compte tenu de la ré-instruction du dossier sur le plan médical dans le cadre de la procédure devant la chambre de céans.

25. Dans ses observations du 1^{er} octobre 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions, relevant qu'elle n'avait reçu aucune proposition d'accord de la part de l'intimée. Cette dernière lui avait indiqué que le Dr C_____ maintenait le libellé « maladie » pour les factures litigieuses, la « maternité » entrant en ligne de compte à partir de la treizième semaine de grossesse. Or, le Dr C_____ avait confirmé que la facture en cause concernait un contrôle d'un début de grossesse et que sa patiente ne souffrait d'aucune maladie.

La recourante a joint notamment : - son acte de recours du 16 août 2018 adressé à la chambre civile de la Cour de justice contre le jugement du Tribunal de première instance du 2 août 2018 (n° JTPI/11522/2018), dans lequel elle exposait que, dans la mesure où la prétention de l'intimée relevait du droit public, cette dernière devait agir par la voie administrative pour faire connaître son droit, procédure qu'elle avait d'ailleurs suivie lorsque, par décision du 1^{er} mai 2017, elle avait levé l'opposition au commandement de payer. Dès lors qu'une opposition avait été formée à cette décision, celle-ci ne constituait pas un titre de mainlevée définitive. Un recours étant pendant auprès de la chambre de céans, l'intimée ne pouvait saisir le Tribunal de première instance ;

la décision de la chambre de civile de la Cour de justice du 12 septembre 2018, suspendant l'effet exécutoire attaché au jugement du 2 août 2018 jusqu'à droit jugé sur le recours formé par la recourante ;

un courrier de l'autorité précitée du 21 septembre 2018, informant les parties de ce que la cause était gardée à juger.

26. Dans son écriture du 25 octobre 2018, la recourante a relevé que l'examen médical litigieux avait été pratiqué pour confirmer une grossesse. Le Dr C_____ avait mentionné qu'il avait réalisé une échographie à but diagnostique de la présence et de la localisation d'une éventuelle grossesse. L'intimée faisait abstraction du fait que la maternité, dans le régime de l'assurance-maladie obligatoire, débutait avec la fécondation de l'ovule et que les prestations spécifiques de maternité étaient accordées dès le début de la grossesse. L'intimée avait indiqué de manière erronée au Dr C_____ qu'il ne pouvait plus modifier la facture litigieuse une fois celle-ci établie. La recourante a contesté la prise en compte du paiement de CHF 119.60 en tant qu'acompte de la poursuite litigieuse, dès lors que la facture de CHF 119.60 ne concernait pas une prestation de grossesse. Elle ne se souvenait pas avoir payé ce montant à double. Si tel devait être le cas, elle en demandait le remboursement, puisqu'elle n'avait jamais souhaité payer un acompte sur la poursuite

litigieuse. Enfin, l'intimée se trompait lorsqu'elle évoquait la « surindemnisation », notion qui prohibait l'enrichissement obtenu par le concours de prestations de différentes assurances sociales. [endif]>[if> 27. Dans sa détermination du 15 novembre 2018, l'intimée a exposé que les factures litigieuses n'étaient pas spécifiques à la maternité et qu'elle n'était pas autorisée à modifier le libellé des factures ni les points tarifaires. En outre, le médecin traitant confirmait le bien-fondé de sa facturation. Les examens pratiqués auraient pu aboutir à un autre diagnostic que la grossesse ou constater une grossesse extra-utérine. En pareil cas, ils auraient été facturés sous « maladie ». Contrairement à l'avis du Dr C_____, joint à son écriture, les prestations de laboratoire prescrites n'étaient pas en lien avec un examen de contrôle de grossesse, dès lors qu'elles avaient été réalisées pour établir un diagnostic. Or, il était impossible de faire modifier la tarification des soins en fonction du diagnostic final posé. Enfin, le montant de CHF 119.60 avait été à juste titre imputé sur la dette exigible. [endif]>[if> L'intimée a produit: - le rapport du Dr C_____ du 29 septembre 2018 adressé à l'intimée, indiquant que, dans son courrier du 13 décembre 2016, il avait spécifié que la facture de grossesse relevait de la « maladie » puisque la prestation avait eu lieu avant la treizième semaine, avec échographie diagnostique. Selon le Dr F_____, une échographie diagnostique et/ou endo-vaginale devaient être classées sous « maladie » dans tous les cas, car ces prestations évoquaient une maladie ou une complication. L'échographie de grossesse lors du premier trimestre ne correspondait pas une prestation de grossesse. Les prestations de laboratoires prescrites étaient par contre exemptées de la participation aux coûts avant même la treizième semaine de grossesse ; [endif]>[if> - la prise de position du médecin-conseil du 14 novembre 2018, relevant que les codes mentionnés dans les factures des 24 et 31 juillet 2014 ne concernaient pas des analyses effectuées uniquement en cas de maternité. [endif]>[if> 28. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. [endif]>[if> EN DROIT 1. a. 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 loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). [endif]>[if> b. Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal). Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts et ils doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré par la voie de l'exécution forcée selon la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite du 11 avril 1889 (LP - RS 281.1). Par conséquent, si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP, auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition - soit le juge de la mainlevée du canton où a lieu la poursuite conformément à l'art. 80 al. 1 LP (cf. ATF 134 III 115 consid. 4.1.1) lequel ne revoit pas, sur le fond, la décision administration invoquée comme titre à la mainlevée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 63/05 du 26 juin 2006 consid. 7.1 ; Pierre-Robert GILLIÉRON, Droit administratif général/ La mainlevée administrative, « eine lächerliche Farce » ?, in Mélanges Pierre Moor, Théorie du Droit – Droit administratif - Organisation du territoire, 2005, p. 289). Si l'administration a statué avant d'exercer des poursuites, elle ne peut pas

lever elle-même l'opposition, mais doit saisir le juge de la mainlevée (art. 80 al. 2 LP ; cf. André SCHMIDT, Commentaire romand de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite ainsi que des articles 166 à 175 de la loi fédérale sur le droit international privé, 2005, n. 23 ad art. 79 LP). En revanche, si l'assureur ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (cf. ATF 131 V 147 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1). Selon la jurisprudence, à certaines conditions, les assureurs-maladie sont en droit de lever par une décision formelle l'opposition à un commandement de payer portant sur une créance découlant de la LAMal. Les assureurs peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre de mainlevée entré en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite. Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 LP. Dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation pécuniaire de l'assuré, mais elle statuera simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée. Il en va de même des tribunaux en cas de recours (ATF 119 V 329 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2009 du 11 décembre 2009 consid. 2.1). 2. a/aa. En l'occurrence, dans le cadre de sa réponse du 6 février 2018, l'intimée a rendu une décision de reconsidération « pendente lite », annulant la décision sur opposition du 2 septembre 2017 (dont est recours) et remplaçant la décision de mainlevée de l'opposition du 1^{er} mai 2017, considérant qu'elle aurait dû agir par la voie de la procédure de mainlevée définitive au sens de l'art. 80 LP - auprès du Tribunal de première instance, soit le juge de la mainlevée du canton où a lieu la poursuite (art. 84 et 46 al. 1 LP, art. 86 al. 3 let. a LOJ) -, dans la mesure où le décompte de participations rectificatif du 14 juillet 2016, qui constituerait une décision entrée en force, faute d'avoir fait l'objet d'une opposition, serait assimilé à un titre exécutoire.

!endif]>!if> a/bb. Aux termes de l'art. 53 al. 3 LPGA, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. Cette disposition légale règle le cas particulier de la reconsidération « pendente lite » d'une décision ou d'une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 497/03 du 31 août 2004; voir aussi ATF 127 V 232 consid. 2b/bb). Par ailleurs, en vertu de l'art. 67 de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA - E 5 10), le recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales a un effet dévolutif (al. 1) et l'administration peut, en cours de procédure, reconsidérer ou retirer sa décision pour autant qu'elle notifie, sans délai, sa nouvelle décision aux parties et en donne connaissance à l'autorité de recours (al. 2). Toutefois, l'autorité de recours continue à traiter le recours dans la mesure où la nouvelle décision ne l'a pas rendu sans objet (al. 3). La décision prise « pendente lite » ne met donc fin au litige que dans la mesure où elle correspond aux conclusions du recourant. Le litige subsiste dans la mesure où la nouvelle décision ne règle pas toutes les questions à satisfaction du recourant; l'autorité saisie doit alors entrer en matière sur le recours dans la mesure où l'intéressé n'a pas obtenu satisfaction, sans que celui-ci doive attaquer le nouvel acte administratif (ATF 113 V 237). Dans un arrêt non publié du 15 juin 2007 (I 115/06 consid.

2.1) appliquant l'art. 53 al. 3 LPGA, le Tribunal fédéral des assurances a confirmé cette jurisprudence. b/aa. Dès lors que l'octroi de la mainlevée définitive dépend du caractère exécutoire du titre en question, il convient d'examiner le décompte de participations rectificatif du 14 juillet 2016 (par lequel l'intimée exige le remboursement de CHF 695.05) sous cet angle. b/bb. Au regard de l'art. 25 LPGA et de la jurisprudence y relative, la procédure de restitution de prestations implique trois étapes en principe distinctes: une première décision sur le caractère indu des prestations, soit sur le point de savoir si les conditions d'une reconsidération de la décision par laquelle celles-ci étaient allouées sont réalisées; une seconde décision sur la restitution en tant que telle des prestations, qui comprend en particulier l'examen des effets rétroactifs ou non de la correction à opérer en raison du caractère indu des prestations, à la lumière de l'art. 25 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA et des dispositions particulières et, le cas échéant, une troisième décision sur la remise de l'obligation de restituer au sens de l'art. 25 al. 1, 2^{ème} phrase, LPGA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 5.2 et la référence). En l'espèce, le décompte de participations rectificatif du 14 juillet 2016 ne comprend aucune référence (hormis le simple renvoi, en petits caractères, à l'art. 25 LPGA) aux conditions auxquelles une restitution des prestations est possible. Ce document comporte, certes, implicitement la reconsidération des décisions des 6 et 27 octobre 2014. Aux termes de l'art. 80 al. 1 LAMal, les prestations d'assurance sont en effet allouées selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA. Ainsi, les décomptes de prestations des 6 et 27 octobre 2014 en lien avec le remboursement des frais médicaux sont assimilés à des décisions informelles conformément aux art. 80 al. 1 LAMal et 51 LPGA. Par conséquent, l'intimée peut demander la restitution des prestations indûment allouées par une décision implicite non contestée, aux conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (ATF 130 V 318 consid. 5.2). Dans le décompte du 14 juillet 2016, l'intimée n'a toutefois ni exposé clairement les conditions d'une reconsidération (cf. art. 53 al. 2 LPGA) ni les motifs de la rectification effectuée. À cet égard, le fait d'indiquer brièvement, près de deux ans après le remboursement opéré en octobre 2014, « mise à jour de votre compte de participations après vérification des prestations de maternité », ne constitue pas une explication suffisante. La recourante ne pouvait donc raisonnablement comprendre les motifs qui fondaient la créance de l'intimée. La recourante s'est d'ailleurs plainte dans son opposition du 29 mai 2017 du manque d'informations de la part de l'intimée en relation avec la demande de restitution des frais. b/cc. En outre, l'indication des voies de droit (opposition/recours ; autorité ou juridiction à laquelle le moyen de droit doit être adressé ; délai pour l'utiliser) doit être faite de manière claire, de sorte que le moyen à utiliser soit reconnaissable pour l'assuré (Valérie DÉFAGO GAUDIN, Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 34 ad art. 49 LPGA et la référence). La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3, 3^{ème} phrase, LPGA). Or, en l'occurrence, l'indication des voies de droit figure au verso du décompte en plus petits caractères. Ce nonobstant, à réception du décompte rectificatif, la recourante a contacté l'intimée par téléphone, ne comprenant pas les motifs pour lesquels cette dernière lui réclamait le remboursement des frais médicaux. À cette occasion, cette dernière lui ayant fait savoir qu'il manquait le certificat de grossesse dans son dossier, la recourante lui a alors transmis l'attestation du Dr C _____ du 3 octobre 2016. Dans ces circonstances, la recourante ne pouvait pas s'attendre à ce que le décompte rectificatif présente un caractère définitif, dès lors qu'elle ne pouvait pas juger utile de former une opposition par écrit si, comme demandé, elle transmettait le certificat de grossesse, dont

l'absence au dossier avait motivé, aux dires de son interlocuteur, la demande de restitution des frais médicaux. Au demeurant, vu l'absence de motivation suffisante et l'indication peu claire des voies de droit, on doit convenir que c'est plutôt dans le cadre d'une procédure simplifiée, par simple décompte de prestations rectificatif, que l'intimée a arrêté le montant dont elle demande la restitution. À cet égard, dans son opposition du 29 mai 2017, la recourante s'est exprimée comme suit : « Malgré mes efforts, aucun courrier ne m'est jamais parvenu de votre part, si ce n'est les factures concernant ces frais ». La jurisprudence a fixé à un an le délai pendant lequel l'assuré peut demander qu'une décision formelle soit rendue lorsque la procédure simplifiée a été utilisée à tort (ATF 134 V 145 consid. 5). In casu, le besoin de protection juridique de la recourante, non représentée par un professionnel avant le dépôt de son recours, à obtenir une décision en bonne et due forme, doit prévaloir, d'autant qu'en contestant le 29 mai 2017 le décompte rectificatif, elle a agi dans un délai raisonnable pour manifester son désaccord quant au montant réclamé et formuler ses critiques (absence de décision et de motivation). Dans ces conditions, on ne saurait admettre que le décompte de prestations rectificatif du 14 juillet 2016 équivaut à une décision formelle ayant acquis force de chose décidée. c. Par conséquent, ledit document ne saurait constituer un titre exécutoire. Il s'agit d'un simple décompte rectificatif. C'est donc à tort que l'intimée a rendu une décision de reconsidération « pendente lite », annulant la décision sur opposition du 2 septembre 2017 (dont est recours) et remplaçant la décision de mainlevée de l'opposition du 1^{er} mai 2017, en vue de saisir le juge civil d'une requête de mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer, poursuite n°1_____ selon l'art. 80 LP. C'est donc bien par la voie de la procédure administrative conformément à l'art. 79 LP que l'intimée devait agir. Le litige subsiste dès lors que la décision «pendente lite » ne règle pas les questions à satisfaction de la recourante. Partant, la chambre de céans est compétente pour juger du cas d'espèce. 3. a. La compétence de la chambre de céans est du reste donnée, même dans l'hypothèse où le décompte rectificatif constituerait une décision entrée en force. ![endif]>![if> b. En effet, par courriel du 28 octobre 2016, auquel était jointe l'attestation du Dr C_____ du 3 octobre 2016, la recourante a demandé à l'intimée de revoir sa participation aux coûts de l'année 2014. Ce faisant, elle a requis la reconsidération du décompte rectificatif - auquel serait attribuée la valeur d'une décision. La recourante a réitéré sa demande dans son opposition du 29 mai 2017, en contestant le montant qui lui était réclamé. Dans sa décision sur opposition du 2 septembre 2017, l'intimée est entrée en matière sur la demande de reconsidération. Elle s'est à nouveau prononcée sur le fond et a confirmé le principe de la restitution des prestations indûment allouées. Elle a donc considéré que le décompte rectificatif n'était pas manifestement erroné sur la base d'une application correcte, selon elle, du droit fédéral. c. En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger du bien-fondé d'une reconsidération, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision initiale a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références). De jurisprudence constante, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 117 V 8 consid. 2a et les références). Il n'existe ainsi pas de droit à la reconsidération que l'assuré pourrait déduire en justice. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible

d'être attaquée par la voie d'un recours. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 117 V 8 consid. 2a). Lorsque le juge considère que tel est le cas, il doit renvoyer la cause à l'assureur social pour que ce dernier revienne sur sa décision sous l'angle de la reconsidération et se prononce sur le droit aux prestations de la personne assurée ; le juge n'est pas habilité à rendre lui-même une décision par laquelle il reconsidérerait la décision administrative. Il n'a pas le pouvoir non plus de prescrire à l'administration les modalités de la reconsidération et ne peut pas étendre le réexamen à un objet différent de celui pris en considération par l'assureur social (Margit MOSER-SZELESS, Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, n. 92 ad art. 53 LPGA et les références). d. Il s'ensuit que c'est bel et bien la chambre de céans qui est compétente pour constater, le cas échéant, que la décision sur opposition du 2 septembre 2017 doit être annulée au motif que le décompte rectificatif est entaché d'inexactitude manifeste, et renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède elle-même à une reconsidération et se prononce sur le droit aux prestations. Le juge de la mainlevée selon l'art. 80 LP ne statue pas sur le fond de la contestation. 4. 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 2 septembre 2017 est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 5. Le litige porte, principalement, sur le point de savoir si la recourante doit participer aux coûts des traitements prodigués entre le 27 juin et le 24 juillet 2014 ou si ceux-ci tombent sous le coup de prestations spécifiques de maternité exemptées des participations légales. 6. 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). 7. 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 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal - RS 832.102]), lequel a édicté l'OPAS (cf. chiffre 22 ci-dessus). 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). 8. 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). 9. 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). Bien que la maternité ne soit pas considérée comme étant une maladie, l'art. 29 al. 1 LAMal assimile cette éventualité à la maladie sous l'angle du droit aux prestations. Cette assimilation signifie que lorsque la maternité est perturbée par l'apparition de complications ou de troubles nécessitant un traitement médical, ceux-ci doivent être considérés comme une maladie (on parle alors de grossesse pathologique); les traitements ainsi occasionnés relèvent des prestations générales en cas de maladie au sens de l'art. 25 LAMal (par renvoi de l'art. 29 al. 1 LAMal). Tel est le cas, par exemple, des traitements destinés à éviter un accouchement prématuré ou une fausse couche (cf. ATF précité consid. 3.3 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 précité consid. 3.4). 10. a. 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. 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/krankenversicherung-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).

b. Selon l'art. 13 let. b ch. 1 OPAS (dans sa teneur en vigueur en 2014, au moment des examens médicaux litigieux), l'assurance prend en charge, en cas de grossesse normale : deux contrôles ultrasonographiques (ou échographies), le premier entre la onzième et la quatorzième semaine de grossesse; le second entre la vingtième et la vingt-troisième semaine de grossesse. L'ultrasonographie permet, notamment, de déterminer le lieu d'implantation de l'embryon/fœtus ainsi que la vitalité, la position et la morphologie fœtale, d'établir l'âge gestationnel, de diagnostiquer une grossesse multiple ou d'éventuelles malformations fœtales et de mesurer la quantité de liquide amniotique (PERRENOUD, op cit., p. 621).

c. Entrent dans la catégorie des prestations générales en cas de maladie au sens de l'art. 25 LAMal (par renvoi de l'art. 29 al. 1 LAMal) toutes les mesures, diagnostiques ou thérapeutiques, qui tendent à soigner une maladie ou des complications qui surviennent en cours de la grossesse ou qui visent à éviter une naissance prématurée ou une fausse couche, à l'instar de l'administration d'un traitement médicamenteux préventif, figurant dans la liste des spécialités, par injection à une femme enceinte afin de neutraliser les anticorps maternels dirigés contre les érythrocytes de l'enfant en cas d'incompatibilité des groupes sanguins rhésus de la mère et de l'enfant ; la prescription d'acide folique ou de préparations à base de fer conformément à la liste des spécialités (cf. PERRENOUD, op cit., p. 624 et les références).

11. a. En l'espèce, les prestations effectuées le 27 juin 2014 par le Dr D_____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, correspondent aux positions Tarmed suivantes : n° 00.0140 (étude de dossier) ; 22.0010 (examen par le spécialiste en gynécologie et obstétrique) ; 22.0030 (consultation gynécologique spéciale par le spécialiste) ; 39.3320 (endosonographie rectale et/ou vaginale) ; 39.3840/39.3320 (prestation de base technique 3, en dehors du service d'ultrasons). La position n° 3358.00 correspond quant à elle à la dénomination « microscopie spéciale (orange acridine, Ziehl-Neelsen, auramine-rhodamine, y compris sur fond noir, contraste de phase, etc., KOH, recherche de champignons » de la liste des analyses - dans sa version en vigueur au moment de la prescription de cette analyse en juin 2014 (cf. arrêt du Tribunal fédéral

9C_462/2016 du 25 avril 2017 consid. 3.2.). Les positions n° 4707.00 ; 4707.20 et 4708.00 de la liste des analyses se réfèrent, respectivement, à la taxe de présence pour le laboratoire de cabinet médical, par commande et par patient avec consultation y compris analyses de laboratoire et par jour; au supplément pour chaque analyse ne présentant pas le suffixe C; et au supplément de transition, par analyse. Les prestations fournies le 15 juillet 2014 par le Dr C_____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, correspondent aux positions Tarmed suivantes : n°00.0010 (consultation, première période de 5 min [consultation de base]) ; n° 00.0030 (supplément de consultation) ; n° 00.0050 (entretien d'information du spécialiste avec le patient ou ses proches avant une intervention diagnostique ou thérapeutique, par période de 5 min) ; n° 22.0090 (colposcopie) ; 39.0020 (taxe de base pour la radiologie et le diagnostic par ultrasons par le médecin au cabinet médical et par le non-radiologue à l'hôpital) ; n°39.3320 (endosonographie rectale et/ou vaginale) ; 39.3800 (prestation de base technique 0, grand examen par ultrasons, patient ambulatoire) ; n° 00.0715 (ponction veineuse pour prise de sang, toute localisation, par du personnel non médical). La position n°3358.00 découle de la liste des analyses (cf. ci-dessus). Les examens réalisés le 15 juillet 2014 par Centre de génétique et pathologie Augen correspondent aux positions Tarmed suivantes : n° 37.0620 (supplément pour préparation de sédimentation ou de filtration [méthodes fondées sur l'état liquide]) ; n°37.0320 (cytopathologie, prestation médicale: interprétation de l'examen et rédaction du rapport médical, catégorie II) ; n°37.0280 (cytopathologie, prestation médicale: examen systématique de frottis cytologiques par le spécialiste, une lame) ; n°37.0600 (cytopathologie, prestation non médicale: réception, préparation et examen systématique de frottis réalisés à l'extérieur, une lame) et n° 00.0140 (cf. ci-dessus). Les analyses du laboratoire Polyanlytic du 24 juillet 2014 correspondent, quant à eux, aux positions suivantes de la liste des analyses : n°1013.00 (AB0, groupe sanguin et antigène D y compris exclusion d'un antigène D faible si Rhésus D négatif) ; n° 1292.00 (érythrocytes, détermination des antigènes érythrocytaires, par antigène sauf AB0, Rhésus D et phénotype) ; n° 1314.00 (ferritine) ; n° 1371.00 (hémogramme II, automatisé: hémogramme I, plus thrombocytes) ; n°1653.00 (rhésus, phénotype) ; n° 1718.10 (thyroïdostimuline) ; n°1720.00 (thyroxine libre) ; n°3094 (HIV-1et HIV-2, anticorps et l'antigène p24 HIV-1, ql, screening) ; n° 3549 (toxoplasma gondii, Ig ou IgG, qn/ Limitation: uniquement lors de suspicion clinique de toxoplasmose) ; n°3553 (toxoplasma gondii IgM, ql/ limitation: uniquement lors de suspicion clinique de toxoplasmose) et n° 4700.00 (taxe de commande pour mandataires de demandes externes, par mandat et par jour). b/aa. Dans son rapport du 6 octobre 2017, le Dr D_____ a relevé qu'il avait examiné la recourante le 27 juin 2014, en l'absence de son gynécologue traitant, pour un dépistage de grossesse qu'il avait datée de quatre semaines. À cet effet, il avait pratiqué une endosonographie rectale et/ou vaginale, à l'instar du Dr C_____, examen effectué pour confirmer la grossesse de la recourante (cf. opposition du 29 mai 2017; rapport du Dr C_____ du 5 octobre 2017). Le premier contrôle ultrasonographique est toutefois pris en charge par l'assurance, sans franchise ni quote-part, entre la onzième et la quatorzième semaine de grossesse (cf. art. 13 let. b ch. 1 OPAS). Cet examen ayant été effectué in casu une première fois lors de la quatrième semaine de grossesse, puis une seconde fois lors de la septième semaine et trois jours, il ne peut pas être exempté de la participation aux coûts. Du reste, les consultations médicales destinées à déterminer si une assurée est enceinte ou non, comme en l'espèce, de même que les tests de grossesse ne constituent pas des prestations spécifiques de maternité (cf. consid. 8 ci-dessus). Quant aux autres prestations fournies par le Dr D_____, dès lors qu'elles ont

été effectuées avant la sixième semaine de grossesse (cf. consid. 10a ci-dessus), elles ne sauraient correspondre au premier examen de contrôle au sens de l'art. 13 let. a ch. 1 OPAS. Ces prestations (soit la consultation gynécologique spéciale et la microscopie spéciale [recherche de champignons]) se rapportent, quand bien même elles ont été accordées à une femme enceinte, à des prestations gynécologiques indépendantes de l'état de grossesse de la recourante. Ces prestations peuvent en effet être effectuées dans le cadre d'un contrôle gynécologique de routine. Il s'ensuit que c'est à tort que l'intimée a été remboursée en faveur de la recourante la facture du Dr D_____, sans déduction de la franchise et/ou de la quote-part. b/bb. Le premier examen de contrôle a été effectué par le Dr C_____ le 15 juillet 2014, soit entre la sixième et la neuvième semaine de grossesse. Pour les motifs exposés ci-dessus, l'endosonographie vaginale (n°39.3320) et les autres prestations s'y rapportant (n°39.0020 [taxe de base pour la radiologie et le diagnostic par ultrasons] et n°39.3800 [prestation de base technique 0, grand examen par ultrasons, patient ambulatoire]) ne sont pas exemptées de la participation aux coûts. En revanche, contrairement à ce que paraît croire l'intimée, le premier examen de contrôle comprend un examen gynécologique et clinique généraux, ainsi que la prescription des analyses de laboratoire nécessaires prescrites dans ce contexte selon l'indication médicale (cf. consid. 10a ci-dessus). Ces analyses de laboratoire ne se limitent pas exclusivement aux analyses prénatales non invasives à partir du sang maternel selon les positions n°2950.01 à 2950.10 de la liste des analyses. Ces positions, qui apparaissent dans ladite liste à compter du 1^{er} janvier 2016, visent principalement à détecter voire exclure une maladie génétique chez le fœtus (p. 6 de la liste des analyses ; cf. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Analysenliste.html>). À cet égard, l'art. 13 let. b bis OPAS, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016, relatif au test du premier trimestre, prévoit la prise en charge de l'analyse prénatale du risque de trisomies 21, 18 et 13 (en mesurant la clarté nucale par échographie [entre la 12^e et la 14^e semaine], par dosage de la PAPP-A et de la fraction libre de la bêta-hCG dans le sang maternel, sur la base d'autres facteurs liés au fœtus et à la mère). Force est ainsi de constater que la prise en charge des analyses prénatales selon la liste des analyses aux conditions requises par l'art. 13 let. b bis OPAS n'exclut pas la prise en charge des analyses de laboratoire conformément à la liste des analyses prescrites dans le cadre du premier examen de contrôle selon l'art. 13 let. a OPAS. Dans le cas d'espèce, les analyses de laboratoire effectuées par l'établissement Polyanalytic, à la demande du Dr C_____, ne sont pas des analyses prénatales non invasives à partir du sang maternel. Elles correspondent néanmoins à des positions expressément prévues sur la liste des analyses et sont exemptées de la participation aux coûts conformément à l'art. 13 let. a ch. 1 OPAS. Ainsi, l'examen sanguin, qui est une mesure de nature diagnostique, peut être effectué dans le cadre du premier examen de contrôle, lequel comprend, entre autres, un examen clinique général (cf. art. 13 let. a ch. 1 OPAS). Aussi les analyses de laboratoire prescrites à cette occasion selon l'indication médicale sont-elles exemptées de la participation aux coûts. Ce sont, le cas échéant, les traitements prodigués avant la treizième semaine de grossesse en raison d'éventuelles atteintes à la santé, à l'instar d'une incompatibilité des groupes sanguins rhésus de la mère et de l'enfant, qui donnent lieu au paiement de la franchise et/ou de la quote-part, ce qui n'a été ni allégué par la recourante ni contesté par l'intimée. S'agissant des autres prestations exemptées de la participation aux coûts, on relèvera que la colposcopie est un examen qui permet de visualiser le col de l'utérus et du vagin au moyen d'une loupe binoculaire (colposcope) (cf. <https://www.hug-ge.ch/gynecologie/consultation-colposcopie>). La

cytopathologie permet de diagnostiquer des maladies sur la base de matériel prélevé sur des patient-e-s. Une fraction importante de ce travail est dévolue à l'examen de frottis gynécologiques dans le cadre du programme de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus (cf. <https://www.chuv.ch/fr/pathologie/ipa-home/pathologie-clinique/nos-secteurs-dactivites/cytopathologie/>). On imagine bien que ces examens gynécologiques, de nature diagnostique, sont nécessaires dans le cadre du premier examen de contrôle, afin de détecter, le cas échéant, des risques susceptibles d'altérer la santé de la mère et/ou de l'enfant à naître, dès lors que le col de l'utérus joue un rôle clé durant la grossesse et l'accouchement (cf. <http://www.doctissimo.fr/grossesse/accouchement/deroulement-de-l-accouchement/dilatation-col-uterus>). C'est bien à l'occasion d'un tel examen, exempté de la franchise et/ou de la quote-part, que l'opportunité, voire la nécessité, d'un traitement médical se présente, traitement qui, quant à lui, donnera lieu à la participation aux coûts s'il intervient avant la treizième semaine de grossesse. Il s'ensuit que c'était à juste titre que l'intimée avait, dans un premier temps, considéré que la facture du Dr C_____ du 22 juillet 2014, celle du laboratoire Polyanalytic du 24 juillet 2014 ainsi que celle du Centre génétique et pathologie Aurigen du 31 juillet 2014 étaient exemptées de la participation aux coûts, hormis en ce qui concernait les positions n°39.3320 ; n°39.0020 et n°39.3800 (cf. ci-dessus) et les positions n°3549 et 3553 (toxoplasma ; examen remboursé uniquement lors de suspicion clinique de toxoplasmose, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. La recourante ne le conteste d'ailleurs pas). 12. Sur le vu de ce qui précède, peu importe que l'intimée ait introduit une poursuite sur la base d'un simple décompte rectificatif (celui du 14 juillet 2016) - auquel cas la décision sur opposition du 2 septembre 2017 peut être examinée sur le fond -, ou qu'elle ait rendu une décision (le décompte précité), entrée en force, faute de contestation (de son point de vue), laquelle a toutefois été reconsidérée par l'intimée dans le cadre de la décision sur opposition du 2 septembre 2017 (cf. consid. 3b ci-dessus) - auquel cas le contrôle juridictionnel porte sur le point de savoir si la décision initiale (celle du 14 juillet 2016) présente une inexactitude manifeste et si sa rectification revêt une importance notable. Dans les deux cas de figure, force est de constater que la décision sur opposition du 2 septembre 2017 peut et doit être annulée pour les motifs exposés au consid. 11 ci-dessus. La seule différence est que, dans la seconde hypothèse, la chambre de céans n'est pas habilitée à annuler elle-même la décision du 14 juillet 2016. Il appartiendra alors à l'intimée, à qui la cause doit être renvoyée, de procéder elle-même à une reconsidération de cette décision et de statuer au moyen d'une décision formelle. Dans la première hypothèse, le dossier doit de toute manière être renvoyé à l'intimée, afin qu'elle vérifie si elle doit renoncer (ou non) à exiger la restitution des montants - qu'elle avait en réalité remboursés à juste titre à la recourante - indiqués dans la facture du Dr C_____ du 22 juillet 2014, dans celle du laboratoire Polyanalytic du 24 juillet 2014 ainsi que dans celle du Centre génétique et pathologie Aurigen du 31 juillet 2014, à l'exception des positions n°39.3320 ; n°39.0020 ; n°39.3800 ; n°3549 et n°3553. En effet, dans la mesure où, en vertu de l'art. 13 let. a ch. 1 OPAS, l'assurance prend en charge, lors d'une grossesse normale, sept examens médicaux de contrôle, et qu'en l'occurrence, l'intimée n'a pas comptabilisé le contrôle médical du 15 juillet 2014 et les analyses de laboratoire y relatifs en tant que premier examen de contrôle, il n'est pas exclu qu'elle ait déjà payé d'autres prestations, exemptées de la participation aux coûts, dans le cadre de sept autres examens de contrôle. Il convient encore de rappeler que le montant réclamé par l'intimée s'élevait à la base à CHF 695.05, dont il y aura lieu de retrancher, en principe, les montants qu'elle avait remboursés en réalité à juste titre en faveur de la recourante ainsi que

l'acompte de CHF 109.60. Or, un montant de CHF 606.20 n'a pas été jugé suffisamment important pour justifier une reconsidération (soit in casu des décisions informelles des 6 et 27 octobre 2014), à l'inverse d'un montant de CHF 706.25 (cf. MOSER-SZELESS, op cit., n. 84 ad art. 53 LPGA et les références). **13.** Par conséquent, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 2 septembre 2017 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour qu'elle statue dans une décision formelle. **14.** La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). **15.** Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.