

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juin 2011

Présidence de Mme PASCHE, juge unique
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

A.X. _____, à Rolle, recourante,

et

AVANEX ASSURANCES SA, à Lausanne, intimée.

Art. 7 al. 2 et 64a al. 4 LAMal

E n f a i t :

A. a) A.X._____ (ci-après: l'assurée), née en 1977, et son époux, B.X._____, né en 1968, sont affiliés pour l'assurance obligatoire des soins auprès de Avanex Assurances SA (ci-après: Avanex ou la caisse) depuis le 1^{er} janvier 2006.

Le 29 novembre 2006, A.X._____, ainsi que son époux, ont envoyé à Avanex par pli recommandé, une résiliation au 31 décembre 2006 de leur couverture d'assurance. Ces courriers ont été reçus par Avanex le 30 novembre 2006. En date du 11 décembre 2006, Avanex a accusé réception du courrier de l'assurée et l'a informée que son compte présentait des arriérés, dont elle était dans l'obligation de s'acquitter avant de pouvoir, par écrit et dans le délai légal le plus proche, résilier son assurance obligatoire des soins.

b) Le 6 juin 2009, Avanex a adressé à l'assurée une facture relative à des primes LAMal pour elle-même et son époux afférentes au mois de juillet à décembre 2009 pour un montant total de 3'136 fr. 80. Le paiement devait intervenir d'ici au 2 août 2009.

Faute de paiement, la caisse a envoyé à l'assurée le 16 août 2009 un rappel lui réclamant le même montant que celui ressortant de sa facture du 6 juin précédent. Il était précisé que le paiement devait intervenir d'ici au 2 septembre 2009.

Le montant de 3'136 fr. 80 n'ayant toujours pas été acquitté dans le délai fixé, la caisse a adressé à l'assurée un second rappel en date du 20 septembre 2009. Etait réclamée la somme de 3'176 fr. 80, la caisse ayant cette fois facturé 40 fr. de frais administratifs. Il était précisé que le versement du montant dû devait intervenir d'ici au 5 octobre 2009, sans quoi la caisse se verrait contrainte d'engager des poursuites.

Le 28 octobre 2009, Avanex a envoyé à l'assurée un ultime rappel relatif aux primes dues pour les mois de juillet à décembre 2009. La caisse réclamait le paiement d'un montant de 3'298 fr. 70, soit 3'149 fr. 40 correspondant aux primes dues par les deux époux pour la période en cause, auxquels s'ajoutaient un intérêt moratoire de 5% l'an courant du 2 août au 28 octobre 2009 par 61 fr. 90 et des frais administratifs par 100 fr., le tout sous déduction de paiement s'élevant à 12 fr. 60. Le montant réclamé devait être réglé dans un délai de 30 jours, faute de quoi la caisse se verrait contrainte d'engager des poursuites, voire de suspendre le droit des époux X. _____ aux prestations.

Le 30 novembre 2009, les époux X. _____ ont adressé à la caisse par pli recommandé une résiliation de leur couverture de l'assurance obligatoire des soins au 31 décembre 2009. Ils indiquaient que leur nouvel assureur ferait parvenir une attestation d'assurance dans les plus brefs délais. Ce courrier a été reçu par Avanex le 1^{er} décembre 2009.

Le 2 décembre 2009, Avanex a fait parvenir à l'Office des poursuites de Nyon-Rolle une réquisition de poursuite par laquelle elle réclamait à A.X. _____ paiement de la somme de 3'136 fr. 80 avec intérêts à 5% l'an dès le 2 août 2009 au titre des primes LAMal dues par elle-même et son époux pour les mois de juillet à décembre 2009, à laquelle s'ajoutaient 100 fr. de frais administratifs.

Un commandement de payer n° 5256824 a été notifié le 11 janvier 2010 au mari d'A.X. _____, lequel a formé opposition totale. Outre les montants faisant l'objet de la réquisition de poursuite, étaient réclamés les frais du commandement de payer et d'encaissement par respectivement 70 fr. et 16 fr. 85.

Par courrier du 13 janvier 2010, Avanex a accusé réception de la résiliation d'A.X. _____. Elle a informé cette dernière qu'en raison des arriérés de paiement, sa résiliation serait sans effet tant que tous les montants arriérés n'auraient pas été payés jusqu'à la fin du contrat. Il était précisé qu'en cas de paiement de ses arriérés jusqu'à la fin du contrat et

moyennant une confirmation écrite de sa part dans ce sens, Avanex accepterait sa résiliation pour le 31 décembre 2010. Enfin, l'assurée était priée d'informer sa nouvelle assurance de cette situation.

B. a) Le 16 mars 2010, Avanex a adressé à A.X._____ une décision formelle levant l'opposition au commandement de payer.

Un entretien téléphonique a eu lieu le 19 mars 2010 entre le mari de l'assurée et un collaborateur de la caisse. Il ressort de la note établie à cette occasion que le mari soutient avoir tout payé. Tel n'est toutefois pas le cas selon la comptabilité de la caisse. Il lui est ainsi demandé de transmettre les récépissés de paiement s'il s'est acquitté de cette créance. Il lui est aussi rappelé que, contrairement à ce qu'il prétend, le contrat d'assurance est toujours en vigueur, le changement d'assureur n'étant pas possible tant que les arriérés de primes n'ont pas été acquittés. L'accusé de réception de la résiliation a attiré l'attention des époux X._____ sur ce point. En dépit des explications renouvelées fournies par le collaborateur de la caisse, celui-ci constate que le mari de l'assurée ne semble pas vouloir comprendre les faits.

L'époux de l'assurée a adressé à la caisse un courrier d'opposition non daté contre la décision du 16 mars 2010, reçu par Avanex le 7 avril 2010.

b) Par décision sur opposition du 11 juin 2010 notifiée en pli recommandé avec accusé de réception à A.X._____, Avanex a rejeté l'opposition formée contre la décision de mainlevée d'opposition du 16 mars 2010, qu'elle a ainsi confirmée. Se fondant sur les dispositions légales topiques, la caisse souligne que l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérés ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. La caisse rappelle que l'assurée, malgré plusieurs sommations, ne s'est pas acquittée des primes d'assurance maladie selon la LAMal pour la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2009. Elle relève que la quittance n° 200910449 présentée par

l'assurée à l'appui de son opposition et établie par l'Office des poursuites du district de Nyon le 16 décembre 2009 pour un montant de 3'460 fr. 05, concerne la poursuite n° 5088528, laquelle est sans rapport avec la présente créance faisant l'objet de la poursuite n° 5256824. Par le paiement intervenu dans le cadre de la poursuite n° 5088528, les primes dues pour les mois de janvier à juin 2009 ont été acquittées. Il en découle que les primes pour les mois de juillet à décembre 2009 restent impayées à ce jour. En conséquence, par le maintien de son affiliation, l'assurée reste tenue de s'acquitter du paiement des primes et des frais y relatifs. La créance faisant l'objet de la poursuite porte ainsi sur les primes dues pour les mois de juillet à décembre 2009, soit 3'136 fr.80, intérêt moratoire à 5% l'an dès le 2 août 2010 (recte: 2009, réd.) en sus, auxquels s'ajoutent 40 fr. de frais de rappel et 60 fr. de frais administratifs.

C. B.X._____, époux de l'assurée, a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 9 juillet 2010. A l'appui de son recours, il expose s'être acquitté de ses primes dues pour le premier semestre 2009, ce qui a entraîné l'annulation des poursuites intentées à son endroit mais pas celles formées contre sa femme. Il explique qu'ils sont désormais affiliés auprès d'une autre caisse et qu'ils s'acquittent régulièrement du paiement de leurs primes depuis le mois de janvier 2010. Il rappelle avoir demandé la résiliation de son contrat dans les délais, espérant pouvoir régler ses primes avant la fin de l'année, ce qu'il est parvenu à faire. Il conclut ainsi implicitement à l'annulation de la décision attaquée. Il a produit un lot de pièces, parmi lesquelles figure un avis de saisie dressé le 7 décembre 2009 par l'Office des poursuites de Nyon-Rolle dans le cadre de la poursuite n° 5088528.

Par réponse du 11 août 2010, la caisse a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Elle rappelle que la recourante doit être considérée comme étant en retard de paiement pour les primes de juillet à décembre 2009 dès le 28 octobre 2009, date de la dernière sommation indiquant les conséquences d'un défaut de paiement. Puisque la recourante était en retard de paiement, la caisse pouvait exiger qu'elle demeure assurée auprès d'elle jusqu'au versement des primes

ayant fait l'objet du retard. La caisse souligne par ailleurs qu'aucune attestation d'un quelconque assureur LAMal ne lui est parvenue, rendant impossible un changement d'assureur. Elle indique enfin que la lettre de résiliation des époux X. _____ a été remise à la poste le dernier jour du terme légal, soit tardivement. Cette résiliation ne peut ainsi prendre effet que pour le prochain terme légal, raison pour laquelle l'assurée et son mari ont continué d'être assurés auprès d'Avanex durant l'année 2010. En définitive, l'assurée est non seulement demeurée assurée chez Avanex, mais le montant réclamé en poursuites est justifié puisque la poursuite honorée concernait les primes de janvier à juin 2009, alors que la poursuite pour les primes de juillet à décembre 2009 est restée ouverte à ce jour.

Le 3 septembre 2010, la recourante expose avoir payé en mains de l'Office des poursuites de Nyon en 2009 la somme de 11'240 fr. 40 en faveur de l'intimée, alors que le total des primes dues par la recourante et son époux s'élèverait en 2009 à 6'273 fr. 60. Elle joint en outre à son écriture les deux propositions pour elle-même et son époux, signées en date du 5 janvier 2010 et la police d'assurance établie pour chacun d'eux par leur nouvel assureur. La police d'assurance est entrée en vigueur le 1^{er} février 2010. La recourante indique par ailleurs que l'Office des poursuites de Nyon lui a confirmé que le paiement effectué le 16 décembre 2010 [recte: 2009, réd.] concernait les primes dues pour les mois de janvier à juillet 2009, et non celles de juillet à décembre 2009, contrairement à ce que la recourante et son mari avaient toujours cru. La recourante admet aussi avoir confondu les dates de paiement de ses factures. Elle reconnaît ainsi avoir commis une erreur, en dépit du fait que son but était de liquider les retards de paiement qu'elle et son mari avaient accumulés. Elle signale que sa nouvelle caisse-maladie a elle aussi commis une erreur en ne transmettant pas à Avanex l'attestation d'assurance. Tout en se plaignant d'être assurée à double, la recourante se déclare toutefois prête à payer les sommes en souffrance, si la consultation du décompte financier de la caisse fait apparaître des sommes restant dues.

Le 16 septembre 2010, l'intimée a maintenu les conclusions prises à l'appui de sa réponse. Elle relève qu'il semblerait que les époux X._____, qui se plaignent d'être assurés à double, n'aient pas informé leur nouvelle assurance du fait qu'ils étaient débiteurs de primes en retard au 31 décembre 2009, alors que le courrier du 13 janvier 2010 indiquait clairement qu'ils devaient le faire. Par ailleurs, la proposition d'assurance auprès du nouvel assureur n'a été signée que le 5 janvier 2010 par les époux X._____, raison pour laquelle la couverture auprès du nouvel assureur n'est entrée en vigueur que le 1^{er} février 2010 selon la police. L'intimée constate n'avoir reçu à ce jour aucune attestation d'un nouvel assureur, de sorte que la recourante continue d'être assurée auprès de l'intimée, qui n'encourt ainsi aucune responsabilité de ce chef. Enfin, l'intimée produit le décompte détaillé du service du contentieux, que les époux X._____ ont réclamé. Il ressort de ce décompte que les primes de juillet à décembre 2009, objet du présent litige, n'ont toujours pas été acquittées et qu'elles font l'objet de la poursuite n° 5256824. Au surplus, l'intimée signale que, depuis leur affiliation, quasiment toutes les primes des époux X._____ ont dû être récupérées au moyen de poursuites.

Le 8 novembre 2010, la recourante s'étonne de ce que sa nouvelle assurance maladie ne lui ait pas encore remis d'attestation malgré ses nombreux rappels. A la lecture du décompte de l'intimée, elle affirme avoir payé 13'731 fr. 80 en 2009, estimant dès lors avoir tout fait pour la résiliation de sa couverture auprès d'Avanex. Elle se demande en outre si le paiement de frais administratifs, frais d'intervention et intérêt moratoire par 2'632 fr. 30 est justifié. Elle reproche également à l'intimée de n'avoir effectué aucun remboursement de soins en faveur d'elle-même et de sa famille, tout en relevant l'incongruité qu'il y aurait de vouloir les garder comme assurés alors qu'ils seraient, aux dires de l'intimée, de mauvais payeurs.

Le 22 novembre 2010, la caisse intimée relève que la dernière écriture de la recourante n'amène aucun élément nouveau, sauf à dire que si la nouvelle assurance maladie des époux X._____ refuse de délivrer une attestation, c'est sans doute que la recourante n'est pas assurée

après de cette assurance, raison pour laquelle elle continue de l'être après de l'intimée. Elle souligne une nouvelle fois que les époux X._____ demeurent assurés auprès d'Avanex en 2010, d'une part, parce qu'ils étaient débiteurs de primes arriérées au 31 décembre 2009, d'autre part, parce qu'aucune attestation de la nouvelle assurance maladie n'a été transmise à la caisse intimée, la résiliation étant au surplus tardive. Elle maintient dès lors ses conclusions.

Dans une lettre du 2 janvier 2011, la recourante expose qu'elle a demandé, sans succès à ce jour, une attestation d'assurance de leur nouvel assureur maladie. Elle soutient en outre que la correspondance de la caisse du 13 janvier 2010 ne contient aucune indication quant au délai de résiliation à observer. Le 12 janvier 2011, elle a produit une attestation d'assurance établie pour chacun des époux X._____ par leur nouvel assureur maladie faisant apparaître une couverture pour l'assurance obligatoire des soins prenant effet le 1^{er} février 2010. Elle a également produit la liste des nouveaux assurés que la nouvelle caisse-maladie des époux X._____ a communiquée à l'intimée le 13 janvier 2010.

Le 26 janvier 2011, l'intimée a fait savoir que les dernières écritures de la recourante ainsi que les pièces produites n'apportaient aucun élément nouveau, car même si la nouvelle caisse maladie des époux X._____ devait avoir transmis une attestation d'assurance à l'intimée, les autres raisons empêchant la recourante de changer d'assurance subsistaient. Ainsi, selon l'intimée, la recourante reste assurée auprès d'Avanex en 2010 et en 2011, d'une part parce qu'elle est débitrice de primes en retard au 31 décembre 2009 (et l'est toujours), d'autre part parce que la résiliation était tardive. L'intimée maintient dès lors ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD).

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente *ratione materiae* pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 83c al. 2 LOJV [loi cantonale vaudoise du 12 décembre 1979 sur l'organisation judiciaire, RSV 173.01]).

c) Le recours du 9 juillet 2010 a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision sur opposition du 11 juin précédent (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1], laquelle loi est en principe applicable en vertu de l'art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10]); il est en outre recevable au regard des art. 56 à 60 LPGA, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 c. 2c).

b) Doit, préalablement à la question de la quotité des redevances réclamées et du bien-fondé de la mainlevée prononcée, être tranchée la question du maintien de la couverture d'assurance auprès de l'intimée dès le 1^{er} janvier 2010, la recourante faisant valoir qu'elle a

valablement résilié sa couverture obligatoire pour s'affilier à un autre assureur.

3. a) Aux termes de l'art. 7 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique (...) au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (al. 2). L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance; (...) dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus (al. 5).

L'art. 64a al. 4 LAMal prévoit qu'en dérogation à l'art. 7 LAMal, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite. (...).

Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 126 V 265 c. 3b *in initio*). Ce principe est consacré à l'art. 3 al. 1 de la loi.

Au regard de la systématique et du but de la loi, la *ratio legis* de l'art. 64a LAMal, spécialement de son alinéa 4, ici topique, est de prohiber par principe toute discontinuité dans l'assurance en cas de changement d'assureur alors qu'il subsiste des primes ou autres redevances impayées, ce en maintenant l'affiliation auprès du premier assureur.

b) A propos du terme de résiliation, il ressort ce qui suit d'un arrêt rendu le 1^{er} décembre 2000 par le Tribunal fédéral des assurances (ATF 126 V 480 c. 2e):

"Selon le Message du Conseil fédéral du 21 septembre 1998 concernant la révision partielle de la LAMal, la nouvelle formulation de l'art. 7 al. 2 LAMal vise à permettre aux assurés de changer d'assureur, non plus seulement en cas d'augmentation des primes comme jusqu'ici, mais également lorsque les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral des assurances sociales ne varient pas ou sont inférieures aux précédentes. Il s'est également agi, dans l'esprit du législateur, d'uniformiser la date à laquelle le changement d'assureur peut intervenir, en ce sens que «si les primes sont valables pour le 1^{er} janvier, les assureurs les annoncent pour le 31 octobre au plus tard et les assurés peuvent communiquer leur changement jusqu'au 30 novembre» (FF 1999 753 ss, 767). Il apparaît ainsi qu'en ce qui concerne le principe de soumettre la personne assurée à l'observation d'un délai de préavis d'un mois pour changer d'assureur, le nouvel art. 7 al. 2 LAMal n'a pas introduit de nouveauté par rapport à son ancienne version, son but étant simplement d'instaurer un terme de résiliation unique. Dès lors, en disant que les «assurés peuvent communiquer leur changement d'assureur jusqu'au 30 novembre» (en allemand: «die Versicherten können ihren Wechsel bis zum 30. Nov. mitteilen» [BBl 1999 836]; en italien: «gli assicurati possono comunicare il cambiamento per al 30 nov.» [FF 1999 727]), le législateur témoigne clairement de sa volonté de voir appliquer la théorie de la réception pour computer le délai de préavis d'un mois".

Cette jurisprudence a été confirmée dans un arrêt du 28 juillet 2005 publié à la RAMA 4/2005 n° KV 337 p. 295 (K 26/05), selon lequel la résiliation doit arriver chez l'assureur jusqu'au 30 novembre pour avoir effet à la fin de l'année.

4. Le 30 novembre 2009, les époux X._____ ont adressé à la caisse intimée par pli recommandé une résiliation de leur couverture de l'assurance obligatoire des soins pour le 31 décembre 2009. Ils indiquaient que leur nouvel assureur ferait parvenir une attestation d'assurance dans les plus brefs délais. Ce courrier a été reçu par Avanex le 1^{er} décembre 2009. Par lettre du 13 janvier 2010, Avanex a accusé réception de la résiliation des époux X._____. Elle les a informés qu'en raison des arriérés de paiement qu'ils présentaient, leur résiliation serait sans effet tant que tous les montants arriérés n'auraient pas été payés jusqu'à la fin du contrat. Il était précisé qu'en cas de paiement de leurs arriérés jusqu'à la fin du contrat et moyennant une confirmation écrite de leur part dans ce sens, Avanex accepterait leur résiliation pour le 31 décembre 2010. Enfin,

les époux X._____ étaient priés d'informer leur nouvelle assurance de cette situation.

Tout en ne contestant nullement que son courrier de résiliation soit parvenu hors délai à Avanex, soit le 1^{er} décembre 2009, la recourante fait valoir que l'intimée aurait dû refuser la résiliation au moment d'accuser réception de sa correspondance du 30 novembre 2009. En ne le faisant pas, elle s'est retrouvée dans une situation de double assurance. A cet égard, la recourante perd de vue que l'intimée a bien refusé la résiliation, dès lors qu'il subsistait un arriéré de primes non réglé. La lettre du 13 janvier 2010 ne souffre nulle ambiguïté sur ce point. Certes, les attestations d'assurance et les cartes d'assuré fournies par le nouvel assureur et produites par la recourante ont pu l'induire en erreur et lui faire croire qu'elle était valablement assurée auprès de sa nouvelle caisse-maladie. Il n'en demeure pas moins que la lettre du 13 janvier 2010 invitait la recourante à informer son nouvel assureur du fait qu'elle faisait l'objet de poursuites pour des primes non acquittées. Rien au dossier n'indique qu'elle l'ait fait. Quoi qu'il en soit, c'est à juste titre que l'intimée a considéré, au regard de la législation et de la jurisprudence topiques résumées ci-avant (cf. supra considérants 3a et 3b), que la résiliation était tardive, si bien qu'elle a valablement maintenu l'affiliation des époux X._____ pour la période postérieure au 31 décembre 2009. Au reste, la recourante - pas plus que son époux - n'a établi qu'elle s'était acquittée de l'arriéré de primes dû pour les mois de juillet à décembre 2009, ce d'autant plus qu'elle reconnaît elle-même avoir commis une erreur dans le règlement de ses factures, ce que l'Office des poursuites de Nyon lui a également confirmé (cf. écriture du 3 septembre 2010). On relèvera en outre que la recourante avait déjà manifesté sa volonté de changer d'assureur-maladie en 2006. A cet égard, le courrier adressé par la caisse intimée aux époux X._____ le 11 décembre 2006, faisant suite à leur avis de résiliation du 29 novembre précédent, les rendait expressément attentifs au fait que le changement d'assureur-maladie n'était autorisé que si l'arriéré de primes avait été préalablement acquitté. Dans l'intervalle, la couverture était maintenue auprès du premier assureur. La recourante connaissait donc les conditions posées par la loi au

changement d'assureur et la correspondance précitée invitait même les assurés à s'adresser à elle en cas d'éventuelles questions.

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre qu'Avanex a valablement maintenu l'affiliation des époux X._____ pour la période postérieure au 31 décembre 2009, en raison de la résiliation tardive de leur couverture d'une part et de l'arriéré de primes qu'ils présentent auprès d'elle, d'autre part.

5. Subsiste l'examen de la quotité des redevances réclamées et du bien-fondé de la mainlevée prononcée par la caisse intimée.

Les montants sur lesquels porte la décision querellée sont les suivants:

Fr. 3'136.80 pour les primes du second semestre 2009 (A.X._____ et B.X._____)

Fr. 40.00 pour les frais de rappel

Fr. 60.00 pour les frais administratifs

Fr. 3'236.80 total (sans les frais du commandement de payer)

Ces montants ne sont pas contestés en eux-mêmes. Par la décision attaquée, la caisse intimée réclame à la recourante 40 fr. de frais de rappel et 60 fr. au titre de frais administratifs. Ces montants paraissent appropriés compte tenu des circonstances et doivent être confirmés. La caisse, pas plus que le juge des assurances, n'est en droit de mettre les frais de poursuite à la charge des assurés. De tels frais sont l'accessoire de la créance en poursuite, dont ils suivent le sort (cf. art. 68 LP [loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite, RS 281.1]; voir notamment JdT 1974 II 95, avec note de P.-R. Gilliéron; JdT 1979 II 127; cf. aussi RAMA 5/2003 n° KV 251 p. 226 c. 4). *In casu*, cette règle a été respectée, le montant faisant l'objet de la décision entreprise ne comprenant ni les frais du commandement de payer, ni les frais d'encaissement. Cela étant, la caisse a expressément attiré l'attention de la recourante sur le fait qu'elle lui était redevable des frais de poursuite et d'un intérêt moratoire de 5% sur ses primes arriérées, conformément au

sort de la créance déduite en justice. La caisse était en outre fondée à prononcer la mainlevée de l'opposition (cf. ATF 131 V 147 c. 6.2), ce qui est conforme à l'ordre légal et n'est pas contesté par la recourante.

Vérifié d'office, le calcul effectué par la caisse n'est infirmé par aucune pièce versée au dossier constitué, de sorte qu'il doit être confirmé. Au reste, il y a lieu d'ajouter que la recourante peut être poursuivie pour le paiement des primes de son époux, ce qui est le cas en l'occurrence, et inversement (art. 166 al. 3 CC [code civil suisse du 10 décembre 1907, RS 210]; cf. TFA K 63/05 du 26 juin 2006 c. 9).

6. En définitive, le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise. Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens à la recourante, au demeurant non assistée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 11 juin 2010 par Avanex est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire, ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Mme A.X. _____,
- Avanex Assurances SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :