

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 décembre 2010

Présidence de M. JOMINI, juge unique

Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

D._____, à Chevilly, recourante

et

O._____, à Pully, intimée.

Art. 3, 7 al. 5 et 64a al. 4 LAMal

E n f a i t :

A. O. _____ (ci-après O. _____) a fait notifier le 20 novembre 2009 à D. _____ un commandement de payer n° [...] de l'Office des poursuites du district de [...], pour un montant de 512 fr. 40 (« *redevances d'assurance-maladie LAMal échues : D. _____, primes du 01.07.2009 au 30.09.2009 n° d'assurée [...]* ») plus 50 fr. de frais administratifs de l'assurance. La débitrice a formé opposition totale.

Par une décision du 20 janvier 2010, O. _____ a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° [...].

D. _____ a formé le 26 février 2010 opposition contre cette décision (opposition auprès de l'assureur, au sens de l'art. 52 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]). Elle s'est bornée à déclarer qu'elle contestait « *le principe et la quotité, y compris les frais* ». Auparavant, par lettre du 27 novembre 2009, elle avait rappelé à O. _____ sa lettre du 28 novembre 2006 tendant à la résiliation de la police n° [...] avec effet au 31 décembre 2006.

B. O. _____ a rendu le 16 juin 2010 une décision sur opposition dont le chiffre 1 du dispositif est ainsi libellé :

"L'opposition est rejetée ;O. _____ est fondée à requérir la continuation de la poursuite n° [...] pour le montant de 562 fr. 40, frais de poursuite non compris, plus intérêts de 5 % sur le montant de 512 fr. 40 dès le 30 septembre 2009".

Dans la motivation,O. _____ a retenu que D. _____ était valablement affiliée auprès d'elle depuis l'année 1996, étant au bénéfice en 2009 de la catégorie d'assurance Basis (assurance obligatoire des soins, risque accident inclus) avec une franchise de 2'500 fr. Des rappels lui ont été adressés les 19 août et 16 septembre 2009 après que les primes dues au titre de l'assurance obligatoire des soins pour les mois de juillet, août et septembre 2009 n'avaient pas été payées. Puis une « *mise en demeure LAMal* », pour un montant de 562 fr. 40 (montant des primes

plus frais de rappels et de sommation) a été envoyée à l'assurée le 30 septembre 2009. La poursuite n° [...] a été engagée dès lors que D._____ n'a pas payé ces montants.

C. Par un acte non motivé du 23 août 2010, D._____ a déclaré recourir contre la décision sur opposition. Invitée à fournir une motivation (sur la base de l'art. 61 let. b LPGA), elle a exposé, dans une écriture du 13 septembre 2010, qu'elle avait résilié la police d'assurance depuis le 1^{er} janvier 2007, que depuis lors «O._____ n'[était] en aucune façon intervenue quant aux frais et autres qu'[elle a] dû assumer personnellement », qu'elle ne devait rien à O._____, parce que cette caisse ne l'assurait pas, et qu'elle demandait en conséquence l'annulation du commandement de payer.

Dans sa réponse du 1^{er} octobre 2010, O._____ conclut au rejet du recours. Elle expose notamment ce qui suit :

"L'assurée a demandé la résiliation de son contrat au 31 décembre 2006 par courrier du 28 novembre 2006, reçu le 30 novembre 2006. Par courrier du 12 décembre 2006, O._____ a confirmé la résiliation sous réserve que les deux conditions des articles 7, alinéa 2, et 64a, alinéa 4, LAMal soient impérativement remplies, à savoir respectivement la transmission par un nouvel assureur d'une attestation dès le 1^{er} janvier 2007 et le règlement de toutes les primes, participations aux frais médicaux, frais de poursuite et intérêts moratoires avant le 31 janvier 2007. Or, aucune de ces conditions n'a été remplie dans les délais impartis. Par conséquent, c'est à juste titre que par courrier du 7 février 2007, O._____ a signifié à Madame D._____ qu'en application de l'art. 64a alinéa 4 LAMal, elle demeurait affiliée auprès de la compagnie".

D._____ a déposé des déterminations le 10 décembre 2010, en reprenant les mêmes argumentation et conclusions.

E n d r o i t :

1. La voie du recours au Tribunal cantonal est ouverte contre la décision sur opposition rendue par O._____ le 16 juin 2010 en application des dispositions de la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10) sur l'assurance obligatoire des soins (art. 1 LAMal, art. 56 al. 1 LPGA). La contestation porte sur le paiement d'un

montant inférieur à 30'000 fr. de sorte que le juge unique est compétent pour statuer (art. 94 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

2. La recourante ne conteste pas avoir été invitée à payer les primes réclamées ; elle ne conteste pas non plus les montants en cause. Elle fait valoir en revanche qu'après sa déclaration de résiliation de la police d'assurance pour le 1^{er} janvier 2007, elle ne peut plus être tenue de payer des primes. Seule la portée de cette déclaration est litigieuse.

Compte tenu de l'obligation de s'assurer (art. 3 LAMal), il ne peut pas être mis fin à l'affiliation auprès d'un assureur sans qu'un nouvel assureur assure l'intéressé. Aussi l'art. 7 al. 5 LAMal prévoit-il, à propos du changement d'assureur, que « *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* ». En l'espèce, la recourante ne prétend pas être affiliée auprès d'un nouvel assureur depuis le 1^{er} janvier 2007, voire depuis une date plus récente mais antérieure au 1^{er} juillet 2009 ; au contraire, elle fait valoir qu'elle assume personnellement les frais médicaux. O._____ était donc fondée à considérer qu'elle assurait toujours la recourante et que, partant, les primes étaient encore dues, y compris en été 2009.

O._____ se prévaut encore de l'art. 64a al. 4 LAMal aux termes duquel, « *en dérogation à l'art. 7, 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* ». Elle relève que la recourante n'a pas apporté la preuve que toutes ses primes et participations aux frais médicaux auraient été intégralement acquittées au 31 janvier 2007. Ce point n'est toutefois pas décisif, dès lors que la recourante ne prétend pas avoir été empêchée de procéder à un changement d'assureur après une

promesse d'affiliation auprès d'un nouvel assureur. Il n'y a donc pas lieu de l'examiner plus avant.

3. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée (laquelle confirme la décision prononçant la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° [...]). Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice ni d'allouer des dépens.

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 16 juin 2010 par O. _____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- D. _____
- O. _____
- 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).

La greffière :