

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 février 2013

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

U. _____, à [...], recourant,

et

I. _____ **ASSURANCE-MALADIE SA**, à Lucerne, intimée,

Art. 49 LPGA

E n f a i t :

A. U._____ (ci-après: l'assuré) est affilié auprès d'I._____ Assurance-maladie SA (ci-après: I._____) pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après: LAMal) et pour l'assurance complémentaire selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (ci-après: LCA). Il s'acquitte en un versement du montant de toutes les primes pour une année, bénéficiant ainsi d'un escompte d'un pour-cent. S'agissant des primes de l'année 2010, il a versé un montant de 4'017 fr. pour l'assurance obligatoire des soins, sous son numéro d'assuré 572-72-834, le 22 janvier 2010, et un montant de 2'556 fr. 60 pour l'assurance complémentaire, sous son numéro d'assuré 512-98-385, le 3 mars 2010.

I._____ a regroupé, avec effet au 1^{er} juin 2010, les deux numéros d'assuré pour une même personne. U._____ avait désormais pour unique numéro d'assuré le 512-98-385. Cependant, au niveau de la comptabilité, les deux comptes restaient distincts. Le système informatique a, par la suite, refacturé automatiquement un montant de 2'343 fr. 75 pour les primes LAMal des mois de juin à décembre 2010. Il s'en est suivi que le 18 septembre 2010, I._____ a adressé à son assuré un rappel pour le paiement des primes LAMal du 1^{er} juin au 31 décembre 2010, correspondant au montant de 2'343 fr. 75. En l'absence de paiement au 6 octobre 2010, I._____ a envoyé à l'assuré une sommation pour le montant précité, le 23 octobre 2010.

B. Le 13 mars 2010, I._____ a adressé à l'assuré un décompte de prestations établissant qu'un montant total de 308 fr. 35 était à sa charge. L'assuré devait participer au traitement médical ambulatoire dispensé par le Dr M._____ du 20 novembre au 31 décembre 2009, pour un montant de 279 fr. 35, ainsi qu'à des frais de "laboratoires, analyses" à hauteur de 29 fr., au motif de "non obligatoire, aucune couverture appropriée".

Le 26 mai 2010, I._____ a envoyé un rappel pour le paiement du montant de 308 fr. 35. En l'absence de réaction le 19 juin 2010, une sommation a été adressée à l'assuré, avec échéance au 8 juillet suivant.

Dans un nouveau décompte de prestations du 25 juin 2010, I._____ a corrigé son décompte du 13 mars 2010; alors que ce dernier mentionnait que l'assurance-maladie réglerait le montant de 308 fr. 35 directement au Dr M._____, il appartenait à l'assuré de s'en acquitter dans la mesure où sa franchise n'était pas atteinte.

Le 30 juin 2010, I._____ a versé par inadvertance le montant de 308 fr. 35 sur le compte de l'assuré.

Le 21 août 2010, I._____ a adressé un rappel à l'assuré relatif à son décompte de prestations du 25 juin 2010. En l'absence de réaction, une sommation lui a été adressée le 18 septembre 2010.

A la suite des rappels et sommations, I._____ a requis à l'encontre de l'assuré, le 2 février 2011, une poursuite pour un montant total de 2'652 fr. 10 (soit 2'343 fr. 75 de primes et 308 fr. 35 de prestations selon décompte du 13 mars 2010), avec intérêts moratoires à 5% depuis le 19 juin 2010, auquel s'ajoutait 80 fr. de frais administratifs. Le même jour, elle a requis une poursuite à l'encontre de l'assuré pour le montant de 308 fr. 35 (prestations selon décompte du 25 juin 2010), avec intérêts moratoires à 5% depuis le 2 août 2010, et des frais administratifs à hauteur de 60 francs.

A la suite de ces réquisitions, le commandement de payer n° 5682006, concernant le montant de 308 fr. 35, a été établi le 8 février 2011 par l'Office des poursuites du district de [...]; il a été frappé d'opposition le jour même, lors de sa notification. Le 9 février 2011, le commandement de payer n° 5683713 a été établi pour le montant de 2'652 fr. 10 et frappé d'opposition le 10 février 2011, jour de sa notification.

Le 10 février 2011, l'assuré s'est acquitté du montant de 308 fr. 35. Le 22 juin suivant, l._____ a décidé de lever l'opposition du 8 février 2011 à la poursuite n° 5682006. Il en résultait un solde de 90 fr. à charge de l'assuré relatifs aux frais administratifs et frais de poursuites.

Par décision du 9 mai 2011, l._____ a levé l'opposition du 10 février 2011 à la poursuite n° 5683713. Il demeurait un arriéré de paiement de 2'652 fr. 10, auquel s'ajoutaient les intérêts moratoires, les frais de rappel et des frais de poursuite à hauteur de 70 fr., soit un montant total de 2'919 fr. 80.

Le 30 mai 2011, l'assuré a formé opposition contre la décision du 9 mai 2011. Il mentionnait en outre qu'il procéderait à une déduction de 250 fr. sur le prochain décompte de participation ou de primes d'l._____ pour ses frais postaux, administratifs, de photocopies et de déplacements.

En mettant à jour les deux comptes de l'assuré, l._____ a constaté, le 30 juin 2011, que ce dernier avait versé un montant de 4'017 fr. le 22 janvier 2010, s'acquittant ainsi de la prime LAMal de 2'343 fr. 75.

Après avoir envoyé la réquisition de continuer la poursuite n° 5682006, l._____ a retiré la poursuite et demandé la radiation, le 14 février 2012, ayant constaté le paiement du montant de 308 fr. 35.

Le 28 juin 2012, l._____ a informé l'Office des poursuites du district de [...] qu'elle retirait la poursuite n° 5683713, demandant corollairement sa radiation.

C. Par décision sur opposition du 2 juillet 2012, l._____ a admis partiellement l'opposition au sens des considérants, retenant ce qui suit:

"Dans son opposition du 30 mai 2011, l'opposant déclare avoir réglé les primes pour l'année 2010.

Concernant les primes correspondant à l'année 2010, l'opposant s'est acquitté du montant de CHF 2'343.75.

Compte tenu de ce qui précède, l'opposition se révèle fondée sur ce point.

En ce qui concerne les prestations (à savoir le traitement médical ambulatoire du Dr M. _____ du 20 novembre 2009 jusqu'au 31 décembre 2009 et le paiement du montant de CHF 29.00 pour "laboratoires, analyses") d'un montant total de CHF 308.35, l'opposant s'est acquitté de ce montant total le 10 février 2011.

Compte tenu de ce qui précède, l'opposition se révèle fondée sur ce point.

Est litigieux en l'espèce, dès lors, le point de savoir si I. _____ est en droit de réclamer le montant de CHF 80.00 de frais administratifs et 5% d'intérêts moratoires depuis le 19 juin 2010 et si les conditions sont réunies pour lever l'opposition dans la poursuite n° 5683713 établi le 9 février 2011 par l'Office des poursuites du district de [...].

Les primes pour l'année 2010 ainsi que les prestations d'un montant de CHF 308.35 ont été réglées avant le 19 juin 2010. Dès lors, un intérêt moratoire de 5% depuis le 19 juin 2010 ne peut plus être réclamé.

I. _____ a inclus les frais administratifs dans le montant mis en poursuite. Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (article 105b al. 3 OAMal, ATF 125V 277 cons.l 2c/bb). Le règlement des assurances selon la LAMal, édition 2005, dispose à son article 14 ch. 3 que les dépenses d'I. _____ pour frais de sommation et de poursuite sont à la charge de la personne assurée.

Certes, l'opposant s'est acquitté du montant de 308.35 le 10 février 2011. Cependant, il l'a fait après qu'I. _____ lui a envoyé un rappel et une sommation et après que le commandement de payer n° 5682006 lui a été notifié. I. _____ a dès lors, bel et bien, eu des frais administratifs, à savoir des frais internes pour envoyer le rappel et la sommation ainsi que pour préparer la réquisition de poursuite.

En l'espèce, les frais administratifs à hauteur de CHF 80.00 sont à réduire puisque la valeur litigieuse a changé. En fait, il est approprié de les fixer à CHF 0.00.

En ce qui concerne la poursuite n° 5683713 établie le 9 février 2011 par l'Office des poursuites du district de [...], I. _____ a demandé sa radiation le 28 juin 2012. Il ne convient plus de statuer sur ce point.

Par ailleurs, il faut néanmoins rappeler à l'opposant que selon l'article 11 du Règlement des assurances selon la LAMal, « les créances d'I. _____ envers la personne assurée sont déduites des

prestations dues par I._____. La personne assurée ne dispose d'aucun droit de compensation à l'égard d'I._____».

L'opposant n'a, dès lors, aucun droit de compenser. Il n'a pas le droit de procéder « à une déduction de 250 CHF pour frais administratifs, déplacements, photocopie et poste sur votre prochain décompte soit de participation ou de primes » comme mentionné dans son opposition. En cas de compensation, il doit en assumer les conséquences. Compte tenu de ce qui précède, l'opposition se relève mal fondée sur ce point."

D. Le 15 août 2012, l'assuré a adressé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal un courrier à la teneur suivante:

"Suite à l'opposition que j'ai faite au C.P. du 10 août 2012 ainsi qu'au recours contre la décision sur opposition de la société I._____ Caisse Maladie à Lucerne du 13 août 2012, je n'ai malheureusement pas eu la possibilité de consulter mon conseil durant cette période de vacances. Je sollicite donc de votre part un délai supplémentaire pour vous présenter mon recours en bonne et due forme se rapportant à cette affaire."

Le recourant a été invité à compléter son recours dans un délai échéant le 18 septembre 2012, sous peine d'irrecevabilité.

Le 22 août 2012, I._____ a transmis à la Cour de céans, comme valant recours contre sa décision sur opposition du 2 juillet 2012, un courrier de U._____ daté à la fois du 8 et 12 août 2012. I._____ se prononçait comme suit:

"En date du 14 août 2012, I._____ Assurance-maladie SA a reçu de Monsieur U._____ le courrier cité en marge (voir annexe).

Après avoir étudié ledit courrier, nous l'interprétons de la manière suivante:

1. Dossier no. 5683713

Le 2 juillet 2012, I._____ Assurance-maladie SA a rendu une décision sur opposition concernant la poursuite no 5683713 selon l'article 52 LPGA. I._____ interprète « l'opposition à la décision sur opposition mentionnée dans dite lettre comme un recours selon l'article 56 LPGA. Toutefois, Monsieur U._____ s'est trompé d'autorité compétente. Dès lors, nous nous permettons de vous transmettre le courrier cité en marge accompagné de notre décision sur opposition du 2 juillet 2012.

2. C.P. 6286031

Dans la poursuite no 6286031, l'office des poursuites du district de [...] a notifié à Monsieur U._____ en date du 25 juillet 2012, un

commandement de payer pour le montant de CHF 1'187.75 avec intérêt à 5% dès le 31 janvier 2012 auquel s'ajoute le montant de CHF 80.00. Ledit commandement de payé a été frappé d'opposition le 10 août 2012. D'après la procédure, l. _____ Assurance-maladie rendra une décision formelle selon l'article 49 LPGA."

Par le biais de son courrier, l'assuré se réservait le droit de demander des dommages et intérêts engendrés par les multiples commandements de payer, poursuites et avis de saisie injustifiés. Il mentionnait également déduire du montant de ses prochaines primes les frais et dérangements subis en raison de la mauvaise gestion de son dossier par la caisse. Finalement, il s'opposait au commandement de payer du 10 août 2012 et à la décision sur opposition du 13 août 2012, et maintenait également son opposition au commandement de payer n° 6286031 au motif qu'il n'avait pas de raison d'être.

U. _____ a complété son recours le 18 septembre 2012. Il fait valoir que depuis de nombreuses années, l. _____ répète les mêmes erreurs malgré ses indications et lui adresse des sommations et commandements de payer, avec frais et intérêts moratoires, sans fondement, en raison d'une mauvaise gestion de son dossier. Il ajoute que les heures passées à vérifier et apporter les corrections nécessaires aux erreurs récurrentes de l'intimée doivent être couvertes par celle-ci. Partant, il conclut à ce que les frais de sommation et de commandements de payer se rapportant à ces erreurs soient mis à la charge d'l. _____ et à ce qu'une indemnité compensatoire de 590 fr. – conformément à ses courriers des 15 juillet 2011 et 19 août 2011 – lui soit allouée.

Dans sa réponse du 31 octobre 2012, l. _____ conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Par réplique du 26 novembre 2012, le recourant réitère ses arguments et précise ses conclusions, en ce sens qu'un montant "d'au moins 1'000 fr". lui est dû par l. _____ à titre d'indemnité compensatoire pour ses frais accessoires, envois postaux, temps de travail et recherches, temps consacré à justifier ses oppositions aux sommations et

commandements de payer, ainsi que pour tort moral. Il conclut également à ce qu'il soit ordonné à l'intimée d'établir des décomptes justes et clairs.

L'intimée duplique le 13 décembre 2012 et maintient ses conclusions.

Dans l'intervalle, le recourant a remis à la Cour de céans une détermination du 10 décembre 2012, intitulée "complément à traiter de toute urgence", à la teneur suivante:

"En date du 19 septembre 2012 de retour de déplacement et sous la pression d'un courrier recommandé reçu de la société I._____, j'ai payé par erreur le montant réclamé (Document 1a [avis de débit d'un montant de 1'187 fr. 75]) qui avait fait l'objet d'une opposition de ma part et pour lequel, les services d'I._____ avaient levé l'opposition en question (Document 1b [décision du 30 août 2012]). En effet le montant réclamé est injustifié puisque j'ai payé mes deux primes LAMal et Complémentaire, l'une le 2.02.2012 pour un montant de CHF 4'547.- (Document 2) et l'autre le 8.02.2012 pour un montant de CHF 2'150.- (Document 3). Tout ceci est déjà précisé dans mon courrier du 26 novembre 2012 adressé à la Cour des assurances sociales.

En tous les cas, la totalité des primes a été payée voir (Doc. 2) de mon courrier du 26 novembre 2012 et une nouvelle fois, je reçois aujourd'hui (Document 4a + 4b) un avis de saisie pour des montant injustifiés et sans raison. Le cas a fait l'objet d'un recours qui est devant le Tribunal Cantonal des assurances (Voir références ci-dessus).

[...] Je vous serais reconnaissant de faire suspendre de toute urgence vu l'avis de saisie, la procédure de poursuite (Document 4a et 4b) engagée par I._____ jusqu'au prononcé du jugement de ce dossier."

Le 21 décembre 2012, I._____ se détermine comme suit:

"[...] nous constatons que le contenu de la lettre du 10 décembre 2012 ne concerne en aucun cas la présente affaire, à savoir le recours déposé contre la décision sur opposition du 2 juillet 2012 d'I._____ suite à la décision de cette dernière du 9 mai 2011 en matière de mainlevée de l'opposition au commandement de payer n° 5683713 concernant les primes LAMal de juin à décembre 2010 d'un montant de CHF 2'343.75 et la participation aux coûts du 13 mars 2010 de CHF 308.35 ainsi que des frais administratifs de CHF 80.00 et les intérêts moratoires depuis le 19 juin 2010.

Dès lors, l'écriture "complément à traiter de toute urgence" du recourant n'est pas recevable. En fait, le recourant y mentionne des éléments et conclusions qui ne concernent pas le litige en l'espèce.

III. OBSERVATIONS

Sous l'hypothèse que le Tribunal cantonal des assurances entrera en matière en ce qui concerne ladite lettre du 10 décembre 2012, l. _____ observe ce qui suit:

1. l. _____ maintient les faits et motivations ainsi que les conclusions des écritures précédentes.

2. Dans son écriture du 10 décembre 2012, le recourant mentionne les primes d'assurance pour l'année 2012. A ce titre, il faut retenir que la prime annuelle du recourant s'élève au montant de CHF 7'964.40 (pièce 29). Lorsqu'il paye sa prime avant le 31 janvier 2012, le recourant bénéficie d'un escompte de 1%, à savoir de CHF 79.65 (pièces 29 et 30). Il est correcte que le recourant a payé les montants de CHF 4'547.00 en date du 2 février 2012 et le montant de CHF 2'150.00 en date du 8 février 2012. Toutefois, il reste un montant dû de CHF 1'267.40 concernant la prime 2012. Egalement, lesdits deux paiements sont intervenus après le 31 janvier 2012, il ne bénéficie, dès lors, plus de l'escompte de CHF 79.65 (pièce 30).

En ce qui concerne ce montant de CHF 79.65, une facture, y relatif, a été établie le 27 février 2012 (pièce 30). Puisque le paiement n'est pas intervenu dans le délai imparti, un rappel a été émis en date du 19 mai 2012 (pièce 31) et une sommation d'un montant de CHF 89.65 en date du 16 juin 2012, incluant ainsi les frais de sommation de CHF 10.00 (pièce 32).

En ce qui concerne le montant restant pour la prime annuelle 2012 de CHF 1'187.75, un rappel a été émis en date du 18 février 2012 (pièce 33) et une sommation en date du 17 mars 2012 pour un montant de CHF 1'197.75 incluant ainsi les frais de sommation de CHF 10.00 (pièce 34).

Sans paiement intervenu dans le délai imparti, l. _____ s'est vue contrainte de requérir une poursuite pour le montant mentionné en y ajoutant les frais administratifs de CHF 80.00 et les intérêts moratoire à 5% depuis le 31 janvier 2012 (pièce 35). Concernant les montants mentionnés, un commandement de payer dans la poursuite n° 6286031 a été notifié le 25 juillet 2012. Le recourant y a fait opposition. l. _____ a rendu une décision de mainlevée le 30 août 2012 concernant la poursuite n° 6286031 (pièce 36).

Après ladite décision, le recourant a payé, le 21 septembre 2012, le montant de CHF 1'187.75. Comme il n'a pas payé les frais administratifs, les frais de poursuite ainsi que les intérêts moratoires y relatif, l. _____ a continué la poursuite pour lesdits montants. Ils ont été payés par l'Office des poursuites en date du 21 novembre 2012.

3. En ce qui concerne l'avis de saisie mentionnée dans la lettre du 10 décembre 2012, celle-ci concerne la poursuite n° 6077346, introduite pour récupérer le montant restant de la prime annuelle de 2007 (pièce 37). En fait, la décision de mainlevée du 13 mars 2012 est devenue exécutoire à défaut d'une opposition du recourant. Dès lors, l. _____ a envoyé le 3 décembre 2012 une réquisition de

continuer la poursuite n° 6077346 (pièce 38). Par le biais de la présente procédure, notamment l'écriture du 10 décembre 2012, le recourant ne saurait combler à son manquement d'avoir déposé une opposition contre la décision de mainlevée du 13 mars 2012.

4. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recourant ne paie pas les primes dans les délais impartis et s'étonne par la suite s'il reçoit des rappels, sommations, commandement de payer et avis de saisie. Toutefois, ce comportement engendre des frais à l._____. Selon l'art. 105b, al. 2 OAMal, "lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant appropriés". Dès lors, le recourant doit à l._____ le montant total des primes annuelles mais également les frais administratifs, les frais de poursuite et les intérêts moratoire à 5% conformément à la loi. l._____ est en droit de poursuivre le recourant pour le paiement de ces montants.

IV. CONCLUSIONS

Au vu des éléments développés dans la présente écriture ainsi que dans la réponse du 31 octobre 2012 et la duplique du 13 décembre 2012, plaise à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de:

1. Déclarer la présente détermination recevable.
2. Déclarer irrecevable l'écriture, notamment les conclusions, du 10 décembre 2012 de Monsieur U._____.
3. Confirmer la décision sur opposition du 2 juillet 2012 d'l._____ Assurance-maladie SA.
4. Rejeter le recours de Monsieur U._____ dans toutes ses conclusions.
5. Dire que la procédure est gratuite et que Monsieur U._____ n'a pas droit à des dépens."

En droit :

1. Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), applicable dans le domaine de l'assurance-maladie en vertu de l'art. 1 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10), l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3).

En cas de désaccord avec la décision rendue, l'assuré peut former opposition, dans les trente jours, auprès de l'assureur qui a statué (art. 52 al. 1 LPGA). Les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié. Elles sont motivées et indiquent les voies de recours (al. 2). La motivation doit porter sur l'ensemble des éléments de fait et de droit qui sont déterminants pour le dispositif de la décision (Ulrich Meyer/Isabel Von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre Moor, Berne 2005, p. 442).

Si le désaccord persiste, une voie de recours devant un tribunal est ouverte conformément aux art. 56 ss LPGA. Chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour connaître des recours conformément à l'art. 57 LPGA (art. 93 al. 1 et 94 al. 4 LPA-VD [loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

2. La procédure de décision et de décision sur opposition est importante. Elle assure d'abord un cadre formel garantissant une certaine sécurité juridique; le dispositif de la décision règle un rapport juridique précis (droit à une prestation d'assurance, obligation de restituer, etc.) et entre en force en l'absence d'opposition dans le délai utile.

La procédure de décision et de décision sur opposition est ensuite un instrument privilégié de règlement des désaccords qui peuvent survenir entre assuré et assureur social: le premier oppose différents arguments à l'encontre d'une décision, qui pourront éventuellement amener l'assureur social à modifier sa position dans la décision sur opposition; dans le cas contraire, la motivation de la décision sur opposition pourra amener l'assuré, dans un certain nombre de cas, à mieux accepter la décision rendue par l'assureur social. Dans ce sens, la procédure d'opposition a notamment pour but de réduire le nombre de recours devant les tribunaux.

Enfin, la procédure de décision et de décision sur opposition définit les limites de la contestation susceptible d'être soumise par la suite à un tribunal, par voie de recours. Sous réserve d'exceptions dont les conditions ne sont pas remplies en l'espèce, le juge des assurances sociales ne peut pas se saisir et trancher un rapport juridique qui n'a pas fait l'objet d'une décision et d'une décision sur opposition. En l'absence de décision, la contestation n'a pas d'objet et aucun jugement sur le fond ne peut être prononcé (cf. ATF 125 V 414 consid. 1a et les références; Ulrich Meyer/Isabel Von Zwehl, op. cit., p. 439).

3. En l'occurrence, le 22 août 2012, l'intimée a transmis à la Cour de céans un courrier daté à la fois du 8 et 12 août 2012 que le recourant lui avait adressé. Elle considérait que ce courrier, adressé à tort à l'assureur-maladie, valait comme recours à l'encontre de la décision sur opposition du 2 juillet 2012 ainsi qu'à l'encontre du commandement payé n° 6286031 du 25 juillet 2012. A cet égard, l'intimée expliquait qu'une décision formelle, au sens de l'art. 49 LPGA, allait être rendue par l'assurance-maladie. En outre, elle rappelait que s'agissant du montant restant à payer pour les primes annuelles 2012 de 1'187 fr. 75, un rappel avait été adressé le 18 février 2012, suivi d'une sommation le 17 mars 2012 pour un montant de 1'197 fr. 75, incluant 10 fr. de frais de sommation. A défaut de paiement intervenu dans le délai imparti, l'intimée s'était vue contrainte de requérir une poursuite pour le montant précité, auquel s'ajoutait des frais administratifs de 80 fr. et l'intérêt moratoire de 5% depuis le 31 janvier 2012. Il s'ensuivait qu'un commandement de payer dans la poursuite n° 6286031 avait été notifié le 25 juillet 2012 et frappé d'opposition par le recourant. Le 30 août 2012, l'intimée a dès lors rendu une décision levant l'opposition.

Le 21 septembre 2012, le recourant s'est acquitté d'un montant de 1'187 fr. 75. Les frais administratifs, les frais de poursuite et les intérêts moratoires n'ayant pas été payés, l'intimée a continué la poursuite pour ces montants. Ceux-ci ont finalement été payés par l'Office des poursuites le 21 novembre 2012.

4. Le dépôt d'un recours a pour effet de créer la litispendance. Celle-ci prend fin avec le terme formel de la procédure, c'est-à-dire par le prononcé d'une décision ou d'un jugement au fond, ou par celui d'une décision de procédure, lorsque l'une des conditions préalables au prononcé d'une décision au fond fait défaut (Benoît Bovay, Procédure administrative, Berne 2000, p. 173; cf. TF 8C_466/2011 du 10 mai 2012 consid. 4.1).

En l'occurrence, une procédure était pendante devant la Cour de céans, de sorte que la litispendant privait l'intimée qui entendait rendre une décision de son pouvoir sur l'objet du recours. L'intimée ne pouvait dès lors pas rendre une décision *pendente lite* le 30 août 2012. Une telle décision ne saurait revêtir la force matérielle d'une décision administrative. Il s'ensuit qu'à défaut d'une décision susceptible de recours, le recours de l'assuré était prématuré et, partant, irrecevable.

Cela étant, on relèvera que la dette faisant l'objet du commandement de payer litigieux a été éteinte le 21 novembre 2012 (prime, frais et intérêts compris). Partant, un éventuel recours de U._____ à l'encontre de la décision sur opposition à venir de l'intimée ne paraît plus avoir d'objet.

La question de l'escompte d'un pour-cent versé pour la prime annuelle 2012 comme celle relative à la prime annuelle 2007 qui a fait l'objet d'une mainlevée devenue exécutoire à défaut d'opposition du recourant ne sont pas l'objet du présent litige et la conclusion du recourant portant sur cette question est également irrecevable.

5. Compte tenu de ce qui précède, le recours est prématuré et n'est donc pas recevable.

La cause relève de la compétence du juge unique dans la mesure où la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a

LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (art. 61 let. a LPGA) ni d'allouer de dépens.

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

I. Le recours est irrecevable.

II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- U. _____
- I. _____ Assurance-maladie 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).

La greffière :