

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 mai 2013

---

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

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à Chevilly, recourante,

et

**ASSURA ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT**, à Pully, intimée.

---

**Art. 3 al. 1, 7 et 64a LAMal; 105a, 105b et 105I OAMal**

**E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1957, est affiliée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996 auprès d'Assura pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), risque accident inclus. Le montant de la prime mensuelle nette pour l'année 2012 s'élevait à 361 fr. 20, l'assurée étant en outre au bénéfice d'une franchise annuelle de 300 francs (police n° 271 533).

Le 14 mai 2012, Assura a fait notifier à l'assurée un commandement de payer n° 6214932 de l'Office des poursuites du district de Morges pour un montant de 1'083 fr. 60, plus intérêt à 5% dès le 1<sup>er</sup> février 2012, représentant les primes échues des mois de janvier à mars 2012, ainsi que pour des frais administratifs à hauteur de 50 francs. Etait en outre réclamée une participation aux frais médicaux par 126 fr. 75 en relation avec une facture établie par l'Hôpital [...]. L'assurée a formé opposition totale.

Par décision du 23 juillet 2012, Assura a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° 6214932.

Le 14 septembre 2012, l'assurée a formé opposition à 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 des primes, les participations, ainsi que les frais et intérêts». Elle s'est en outre prévalu de la résiliation de la relation d'assurance (police n° 271 533) avec effet au 31 décembre 2006.

**B.** Le 15 août 2012, Assura a fait notifier à l'assurée un commandement de payer n° 6313234 de l'Office des poursuites du district de Morges pour un montant de 1'083 fr. 60, plus intérêt à 5% dès le 1<sup>er</sup>

mai 2012, représentant les primes échues des mois d'avril à juin 2012, frais administratifs par 50 fr. en sus. L'assurée a formé opposition totale.

Par décision du 21 septembre 2012, Assura a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° 6313234.

Le 31 octobre 2012, l'assurée a formé opposition à cette décision (opposition auprès de l'assureur, au sens de l'art. 52 LPGA). Elle s'est bornée à déclarer qu'elle contestait «le principe et la quotité des primes, ainsi que les frais et intérêts». Elle s'est en outre prévalu de la résiliation de la relation d'assurance (police n° 271 533) avec effet au 31 décembre 2006.

**C.** Assura a rendu le 9 novembre 2012 une décision sur opposition dont le chiffre 1 du dispositif était ainsi libellé: «L'opposition est rejetée; Assura est fondée à requérir la continuation des poursuites n<sup>os</sup> 6214932 et 6313234 pour le montant de Fr. 1'260.35, frais de poursuite non compris, plus intérêts de 5% sur le montant de Fr. 1'083.60 dès le 1<sup>er</sup> février 2012 et de Fr. 1'133.60, frais de poursuite non compris, plus intérêts de 5% sur le montant de Fr. 1'083.60 dès le 1<sup>er</sup> mai 2012».

Dans la motivation, Assura a en substance retenu que l'assurée était valablement affiliée auprès d'elle depuis l'année 1996, étant au bénéfice en 2012 de la catégorie d'assurance Basis (assurance obligatoire des soins, risque accident inclus) avec une franchise de 300 fr. (police n° 271 533). Elle devait par conséquent s'acquitter des primes mensuelles pour les mois de janvier à juin 2012. Les poursuites n° 6214932 et n° 6313234 ont été engagées dès lors que l'assurée n'avait pas payé les montants réclamés (après rappels et mises en demeure).

La décision sur opposition indique la voie du recours au Tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré. Elle précise que le mémoire de recours doit contenir un exposé des faits, une motivation et des conclusions.

**D.** Par acte du 7 janvier 2013, S. \_\_\_\_\_ a déclaré recourir contre la décision sur opposition du 9 novembre 2012, qu'elle affirme avoir reçue le 21 novembre suivant. Elle fait valoir ce qui suit:

«J'ai rappelé notamment le 27 novembre 2009 et le 29 novembre 2011 à l'Assura que j'avais résilié au 31 décembre 2006 la police n° 271 533 de l'assurance-maladie.

Je conteste le principe et la quotité des primes réclamées, les frais et intérêts, ainsi que les participations de Fr. 126,75».

Le 8 janvier 2013, le juge instructeur a demandé à la recourante de lui faire parvenir l'enveloppe contenant la décision entreprise. Le 23 janvier 2013, elle a produit une copie de celle-ci, dont il ressort qu'elle a été notifiée le 21 novembre 2012 (cf. aussi le «suivi des envois» de l'office postal versé au dossier et confirmant les allégations de la recourante).

Dans sa réponse du 21 février 2013, Assura a implicitement conclu au rejet du recours et à ce que la recourante soit reconnue débitrice des montants qui lui sont réclamés dans la décision sur opposition du 9 novembre 2012. L'intimée s'est pour l'essentiel attachée à expliquer en quoi la participation aux frais médicaux était due et a pour le surplus renvoyé à la décision querellée quant au principe de l'assurance, de la quotité des primes, des frais et intérêts y afférents. Elle a produit son dossier.

Invitée à se déterminer dans le délai de réplique imparti, la recourante n'a pas procédé plus avant.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La voie du recours au Tribunal cantonal est ouverte contre la décision sur opposition rendue en application des dispositions de la LAMal (art. 1 al. 1 LAMal; art. 56 al. 1 LPGA). Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art.

60 al. 1 LPGA), le recours a été déposé en temps utile compte tenu de la suspension des délais durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA).

**b)** La contestation porte sur le paiement d'un montant inférieur à 30'000 fr., de sorte que le magistrat instructeur est compétent pour statuer en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative vaudoise; RSV 173.36]).

**2.** En vertu de l'art. 61 let. b, première phrase, LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions. Cette exigence de recevabilité était indiquée dans la décision attaquée; elle avait du reste déjà été rappelée à la recourante dans des procédures de recours précédemment ouvertes devant la Cour des assurances sociales (cf. en particulier la cause AM 7/12 liquidée par un arrêt du 14 février 2012, ainsi que la cause AM 29/11 jugée le 18 juillet 2011).

La motivation du présent recours est des plus sommaires. Il n'est pas certain que d'un point de vue formel, l'acte de recours satisfasse aux exigences de l'art. 61 let. b LPGA. Cette question peut toutefois demeurer indécise car on comprend en définitive ce que demande la recourante et quels sont ses griefs. Dès lors que la Cour peut entrer en matière, il n'y a pas lieu d'impartir à la recourante un délai supplémentaire pour compléter son recours, sous peine d'irrecevabilité, sur la base de l'art. 61 let. b, deuxième phrase, LPGA.

**3.** La recourante fait valoir qu'ensuite de la résiliation de sa police d'assurance-maladie (n° 271 533) pour le 1<sup>er</sup> janvier 2007, elle ne peut plus être redevable des primes, dans leur principe comme dans leur quotité ainsi que des frais et intérêts y afférents, de même que des frais de participation au traitement par 126 fr. 75.

**a)** A teneur de l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (sur l'obligation d'assurance, cf. ATF 129 V 77 consid. 4; TF 9C\_750/2009 du 16 juin 2010 consid. 2.1). L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés (art. 61 al. 1, première phrase, LAMal).

**b)** Selon 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 (al. 5, première phrase).

Selon la jurisprudence, la déclaration de volonté par laquelle un assuré démissionne d'une caisse-maladie est un acte juridique unilatéral produisant ses effets indépendamment du consentement de l'assureur. La résiliation du contrat est un acte formateur (résolutoire) soumis à réception (ATF 126 V 480 consid. 2d).

**c)** Dans sa teneur en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, applicable en l'espèce (cf. TFA K 88/05 du 1<sup>er</sup> septembre 2006 consid. 2 et les références), l'art. 64a al. 1 LAMal dispose que lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement. Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai impartit les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2, première phrase). 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 et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (al. 6, première phrase). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8, deuxième phrase).

Suivant l'art. 105b OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102), dans sa teneur en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 applicable en l'espèce (cf. TFA K 88/05 cité), l'assureur envoie la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels (al. 1). 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 approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (al. 2).

L'art. 105l OAMal prévoit que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 LAMal dès la notification de la sommation visée à l'art. 105b al. 1 OAMal.

**4. a)** En l'espèce, la recourante rappelle avoir exposé à plusieurs reprises qu'elle avait résilié son contrat d'affiliation avec l'intimée. On constate à cet égard que la recourante ne produit aucune lettre de résiliation qu'elle aurait adressée à l'intimée dans le délai légal (art. 7 LAMal), ni aucune attestation d'affiliation à une autre institution pour la couverture d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Rien au dossier ne permet de considérer que le contrat la liant à l'intimée aurait été valablement résilié avant la fin de l'année 2011. En ne produisant aucune preuve de ses allégations, il convient d'admettre que le contrat est resté valable pour l'année 2012, faute pour l'assurée d'avoir fait parvenir une résiliation à l'intimée avant le 30 novembre 2011, d'une part, et en l'absence de toute attestation d'assurance auprès d'une autre assurance-

maladie, d'autre part. Par ailleurs le contrat n'a pas pu être résilié entre le premier et le deuxième semestre 2012, compte tenu des primes en souffrance pour le premier semestre 2012, qui ont fait l'objet de deux procédures de recouvrement par voie de poursuite, en date des 14 mai et 15 août 2012.

**b)** Compte tenu de ce qui précède, les primes litigieuses – s'élevant à 1'083 fr. 60 pour les mois de janvier à mars 2012 et au même montant pour le second trimestre 2012 – sont dues par la recourante, avec l'intérêt à 5% demandé par l'intimée (art. 26 al. 1 LPGA et 105a OAMal), à compter respectivement du 1<sup>er</sup> février 2012 et du 1<sup>er</sup> mai 2012. Ces primes ont fait l'objet de rappels et d'une sommation, sans que la recourante invoque un motif pertinent pour justifier son retard, de sorte qu'elle doit également supporter les frais administratifs qu'elle a occasionnés (art. 105b al. 2 OAMal et art. 17.1 des «Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal»). Ceux-ci se composent de frais de rappel et de mise en demeure par 50 fr. pour chacune des deux procédures d'exécution forcée.

**c)** S'agissant enfin du montant de la participation aux frais médicaux que la recourante conteste devoir payer, il convient de rappeler que le système du tiers payant place l'assureur dans l'obligation de s'acquitter de la facture que lui adresse le fournisseur de soins et ce, en lieu et place de l'assuré. Dès lors, si l'intention de l'assurée était de s'opposer à cette facture, elle devait s'en ouvrir au fournisseur de soins, seul à même de procéder à son annulation éventuelle. Dans le cas contraire, l'art. 64 al. 1 et 2 LAMal prévoit la participation des assurés aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Au reste, aucun motif ne faisait obstacle au règlement de la facture disputée. En l'occurrence, la franchise légale de la recourante étant de 300 fr., l'intimée était par conséquent fondée à lui demander de s'acquitter du montant de 126 fr. 75.

**d)** En définitive, chacune des deux procédures de recouvrement a régulièrement été conduite, conformément aux

dispositions topiques applicables. Quant aux frais administratifs, ainsi qu'aux intérêts de retard et à la participation aux frais médicaux, ils se fondent chacun sur la base légale y afférent, leur calcul ne prêtant au demeurant pas le flanc à la critique.

**5. a)** Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours dans la mesure où il est recevable.

**b)** La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue par Assura assurance maladie et accident le 9 novembre 2012 est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Mme S. \_\_\_\_\_,
- Assura assurance maladie et accident,
- 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 :