

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juin 2014

Présidence de Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Mestre Carvalho

* * * * *

Cause pendante entre :

**D.D. _____ et K.D. _____, agissant pour eux-mêmes ainsi que pour
Y.D. _____ et A.D. _____, à [...], recourants, représentés par Me Flore
Primault, avocate à Lausanne,**

et

E. _____ [...], à [...], intimée.

Art. 3 et 64a LAMal ; art. 105b OAMal.

E n f a i t :

A. De par sa profession de médecin-dentiste, K.D._____ (ci-après : l'assurée), née en 1955, bénéficiait par l'intermédiaire de la Caisse-Maladie C._____ d'une couverture d'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10) auprès d'E._____ [...] (ci-après : E._____ ou la caisse), couverture s'étendant également à son époux D.D._____ (ci-après : l'assuré), né en 1953, ainsi qu'au deux filles du couple, Y.D._____ et A.D._____, nées respectivement en 1988 et 1991. Pour l'année 2011, le montant total des primes de la famille D._____ s'élevait à 1'443 fr. 60 par mois.

Le 5 mars 2012, E._____ a fait notifier à K.D._____ un commandement de payer n° [...] de l'Office des poursuites du district de V._____ pour un montant de 2'667 fr. 75 se rapportant aux « *[p]rimes LAMal impayées du [mois de] mars 2011 plus diverses participations 2009/2010/2011* », avec intérêt à 5 % dès le 11 septembre 2011, plus 130 fr. de frais de rappel et 20 fr. de frais administratifs. L'intéressée a fait opposition totale.

Par écrit du 30 mars 2012, l'assurée et ses deux filles - celles-ci agissant par leur mère - ont fait savoir à la Caisse-Maladie C._____ qu'elles résiliaient leur couverture d'assurance obligatoire des soins avec effet au 30 avril 2012, toutes trois devant être assurées auprès d'un autre assureur-maladie dès le 1^{er} mai 2012.

Le 30 avril 2012, D.D._____ s'est adressé en anglais à E._____ concernant une offre relative à l'assurance de base pour l'année 2012 dans le cadre d'un contrat collectif avec N._____ [...] (ci-après : N._____), expliquant que suite à un entretien téléphonique et à une correspondance d'une dénommée G._____ du 30 mars 2012, des formulaires destinés à N._____ avaient été faxés en vue d'être transmis à ce dernier assureur.

Le 29 juin 2012, E. _____ a fait notifier à K.D. _____ un commandement de payer n° [...] de l'Office des poursuites du district de V. _____ pour un montant de 6'494 fr. 05 relatif aux « *[p]rimes de base selon LAMal impayées de juillet, septembre, octobre, décembre 2011 + div. participations de 2011* », plus intérêt à 5 % dès le 11 septembre 2011, ce à quoi s'ajoutaient 90 fr. de frais de rappel et 20 fr. de frais administratifs. Opposition totale a été faite par D.D. _____.

Dans un courriel du 30 juin 2012 rédigé en anglais à l'attention de W. _____, responsable de la section indemnités journalières/contrats collectifs de la Caisse-Maladie C. _____, D.D. _____ s'est exprimé sur les raisons ayant motivé les oppositions aux poursuites n^{os} [...] et [...]. En substance, il a indiqué qu'il avait reçu une communication d'E. _____ en mars 2012, concernant une hausse des primes mensuelles et la possibilité de changer d'assureur-maladie au profit de N. _____. L'intéressé avait alors téléphoné à E. _____ et s'était vu expliquer que cette assurance ne désirait plus couvrir les assurés vaudois, dont les primes avaient été délibérément augmentées en vue de les inciter à changer de compagnie d'assurance. D.D. _____ a souligné que seules son épouse et ses deux filles avaient procédé aux démarches utiles en vue d'être affiliées auprès d'N. _____ mais que, pour preuve de sa bonne volonté, lui-même n'avait pas résilié sa couverture d'assurance auprès d'E. _____ afin de résoudre les procédures en suspens - ce dont il avait fait part à E. _____ au cours d'un entretien téléphonique lors duquel il lui avait été répondu que l'assurance bloquerait toute demande de transfert auprès de N. _____ jusqu'au paiement des sommes encore dues. N'ayant ensuite plus reçu de nouvelles, l'assuré présumait donc que toute la famille était encore assurée auprès d'E. _____. Sous un autre angle, D.D. _____ a affirmé avoir récemment appris par un courtier indépendant qu'E. _____ leur avaient fait payer des primes trop élevées des années durant : en effet, leur médecin de famille se trouvait sur la liste des praticiens accrédités par E. _____ de sorte que leurs primes auraient dû être réduites de quelques centaines de francs par mois, tel n'ayant cependant jamais été le cas. Cela étant, l'assuré a invité l'assurance à renoncer aux poursuites

précitées au profit d'une solution à l'amiable et a demandé à ce que son épouse et ses deux filles puissent être transférées auprès d'un autre assureur-maladie, lui-même étant disposé à rester affilié auprès d'E._____ jusqu'à résolution des questions pendantes mais en se voyant appliquer le tarif de primes normal dont bénéficiaient les clients suisses allemands de cette dernière.

Par deux décisions distinctes datées du 16 octobre 2012, E._____ a prononcé la mainlevée des oppositions aux poursuites n^{os} [...] et [...].

Aux termes d'un écrit en langue anglaise du 16 novembre 2012, D.D._____ a formé opposition à l'encontre de ces décisions. Il a tout d'abord expliqué qu'étant anglophone, il lui était plus commode de s'adresser à E._____ dans cette langue, ainsi qu'il l'avait du reste toujours fait. Pour le surplus, l'assuré a essentiellement réitéré l'argumentation développée dans son courriel du 30 juin 2012. Il a par ailleurs proposé une solution transactionnelle, consistant en un paiement immédiat de sa part d'un montant de 5'000 fr. moyennant l'obtention de plus amples informations en rapport avec les points abordés dans le courriel du 30 juin 2012, la renonciation aux poursuites engagées inutilement et la résiliation de la couverture d'assurance obligatoire des soins de toute la famille pour le 30 novembre 2012.

Par décision sur opposition du 23 août 2013, E._____ a rejeté l'opposition du 16 novembre 2012 et confirmé les décisions de mainlevée d'opposition rendues le 16 octobre 2012. Dans sa motivation, elle a notamment exposé ce qui suit :

"Le 16/11/2012, nous avons émis deux décisions concernant la levée de l'opposition dans la procédure de poursuite de l'Office des poursuites du district de V._____, procédure de poursuite n° [...] pour arriérés de primes pour la période de juillet à décembre 2011 ainsi qu'arriérés de participations aux coûts d'un montant total de 6 494,05 Fr. [...], plus 5 % d'intérêts moratoires à compter du 11/09/2011, 90,- Fr. de frais de rappel, 20,-Fr. de frais de dossiers et frais de recouvrement à ce jour de 73,- Fr. Par la procédure de poursuite séparée n° [...], nous avons revendiqué une autre créance pour arriérés de participations aux coûts et arriérés de primes pour

les mois de mars d'un montant total [de] 2 667,75 Fr. [...], plus 5 % d'intérêts moratoires à compter du 30/09/2011, 130,- Fr. de frais de rappel, frais de dossier hauteur de 20,- Fr. et frais de recouvrement à ce jour de 73,- Fr. [...]. Nous avons levé les oppositions faites aux deux procédures de poursuite le 16/10/2012 par une décision séparée pour chacune. Étant donné que vous faites opposition par un seul et même courrier du 16 novembre 2012 et que les deux [états de] faits sont identiques tant du point de vue de la procédure que pour les questions juridiques qu'ils posent, il est justifié de les regrouper et de les traiter dans une seule décision sur opposition. Dans votre opposition, vous avancez du début à la fin des arguments étrangers aux faits. Vous affirmez que l'augmentation des primes qui nous a été imposée par les autorités à compter du 01/05/2012 a été instaurée dans l'intention de nous débarrasser des assurés de votre région, ce qui relève du domaine de l'imagination la plus fantaisiste. Ensuite, le fait que votre médecin de famille ait été intégré à la liste des médecins de famille agréés par nous dans l'assurance médecin de famille vous incite à tirer la conclusion surprenante selon laquelle vous auriez été trompés parce que les primes de l'assurance médecin de famille auraient été encore inférieures. Nous nous contenterons de vous faire remarquer à ce sujet qu'il appartient aux assurés de se donner la peine de trouver une assurance médecin de famille ayant les restrictions correspondantes et de faire une demande correspondante, ce qui n'a jamais été le cas pour vous. Enfin, il est clair que le changement de caisse que vous souhaitiez effectuer au 01/05/2012 n'était pas possible du fait des arriérés [...]. [...] le principe applicable est le suivant : [...] la personne assurée en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant que l'intégralité des arriérés de primes et de participations aux coûts et des intérêts moratoires et frais de recouvrement n'a pas été payée. [...] L'arrangement proposé par vous, à savoir que vous souhaiteriez effectuer au 30/11/2012 un changement de caisse par un versement unique de 5 000,- Fr., s'avère clairement contraire à la loi. Il ne nous reste donc pas d'autre possibilité que d'appliquer à votre encontre la procédure légale de recouvrement et de vous refuser tout changement de caisse avant le paiement de l'intégralité des sommes dues."

B. Par l'entremise de leur conseil, les époux D._____, agissant également pour leurs deux filles, ont recouru le 23 septembre 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à son annulation et au maintien de l'opposition aux poursuites n^{os} [...] et [...], subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à E._____ pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, les recourants font valoir qu'ils ont été mal conseillés par un courtier d'E._____ et qu'ils ont de ce fait été empêchés de quitter l'assurance de base en s'acquittant des primes – point déterminant sur lequel l'intimée n'est pourtant pas entrée en matière. Ils relèvent plus particulièrement

que D.D._____, d'origine indienne et parlant très mal le français, était persuadé qu'il pouvait prétendre à une réduction de 10% des primes de base « *au titre de médecin de famille* », qu'il a appliqué lui-même ce rabais pensant y avoir droit et que ce n'est que très tardivement qu'il compris n'être pas légitimé à procéder ainsi de manière unilatérale. Or, les recourants estiment que si l'intimée s'était conformée à son devoir d'information, le malentendu à l'origine des poursuites en cause aurait pu être évité.

Dans sa réponse du 21 octobre 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours. Concernant les difficultés linguistiques alléguées par les recourants, E._____ observe qu'en tant qu'assureur-maladie selon la LAMal, il lui incombe de réaliser les entretiens et de rédiger les courriers dans une des langues officielles et qu'un assuré ne maîtrisant pas ces langues est tenu d'avoir recours à un traducteur de sa propre initiative. S'agissant du défaut d'information invoqué par les intéressés, l'intimée conteste les griefs formulés sur ce point et se réfère à une prise de position de W._____ du 8 octobre 2013, produite dans sa version originale allemande ainsi qu'avec une traduction française. De surcroît, E._____ relève que les recourants n'étaient juridiquement pas habilités à opérer une réduction de prime de leur propre initiative et que, conformément à la législation applicable, il ne leur est pas possible de changer d'assureur tant que subsiste un arriéré de primes. Il résulte par ailleurs des pièces produites par l'intimée que les montants en souffrance réclamés dans le cadre de la poursuite n° [...] comprennent 1'443 fr. 60 pour les primes du mois de mars 2011 et 1'224 fr. 15 en lien avec douze factures de participations aux coûts émises entre 2009 et 2011, soit 2'667 fr. 75 en tout, et que les arriérés de paiement faisant l'objet de la poursuite n° [...] englobent 5'774 fr. 40 équivalant aux primes impayées pour les mois de juillet, septembre, octobre et décembre 2011 ainsi que 719 fr. 65 correspondant à cinq factures de participations aux coûts sur l'année 2011, soit 6'494 fr. 05 au total. On extrait en outre ce qui suit de la traduction française de la prise de position de W._____ du 8 octobre 2013 :

"La famille D._____ est dans une grande confusion en matière de paiement des primes depuis des années et l'époux de Madame K.D._____ m'avait déjà rencontré au cours des premières années afin de discuter personnellement avec moi de ces questions. Cela n'a plus été le cas ces deux dernières années. [...]

En liaison avec la majoration des primes E._____ au cours de l'année 2012, nous avons envoyé aux clients un courrier d'information sur les alternatives envisageables. Suite aux demandes nombreuses, comme vous pouvez l'imaginer, les offres ont été envoyées ensuite en partie par le groupe N._____, en partie par nous. Madame M._____, [...] actuellement en congé maternité, s'était probablement chargée de l'envoi d'offres N._____ à la famille suite à la demande de cette dernière. Mon nom apparaît sur toutes les offres qui sont établies dans notre bureau. La question si Madame M._____ a étudié la situation des primes des D._____ ne peut être abordée, ce qui n'est toutefois pas significatif en termes d'établissement des offres étant donné que nous ne sommes pas en mesure de juger de manière générale quand et si les assurés paieront intégralement leurs primes avant le changement.

Il est clair qu'après réception de la résiliation des D._____ (envoyée par télécopie du 30.03.12 à l'attention de Madame G._____) le courrier E._____ qui stipulait qu'il existait des arriérés de primes qui devaient être réglés pour pouvoir procéder à un changement devait avoir été reçu en bonne et due forme (courrier établi dès le 3.4.12 par Madame T._____). Par ailleurs, les D._____ n'ont jamais renvoyé les offres de N._____ et nous ne pouvions de ce fait procéder à des conseils complémentaires.

Nous avons fait, à notre niveau, tout ce qui était possible (en présentant des alternatives) dans cette situation déplaisante pour tous, sachant que nous devons laisser en finale au client la décision relative à un éventuel changement. Nous ne pouvons juger pour quelle raison les D._____ n'ont pas réagi (en temps utiles) au courrier de confirmation.

L'affaire en justice n'est pour moi pas claire, les D._____ devant être conscients qu'ils ne pourront changer simplement de caisse de maladie alors que des poursuites sont en cours et éviter ainsi le paiement des arriérés (avant le 30.04.12)."

Par réplique du 13 décembre 2013, les recourants ont maintenu leurs conclusions. Ils soutiennent tout d'abord que l'aspect linguistique a constitué un « *argument de vente* » pour l'intimée, que W._____ est bilingue et qu'il est malvenu d'indiquer à un client qu'il aurait dû se renseigner et se faire traduire des documents lorsque celui-ci a précisément fait confiance au courtier qui parle sa langue et qui se présente comme bilingue. Par ailleurs, les assurés affirment avoir demandé à bénéficier du tarif applicable pour le modèle d'assurance « *médecin de famille* » dans leur courriel du 30 juin 2012, auquel aucune suite n'a été donnée. Ils réfutent par ailleurs la prise de position du 8

octobre 2013 de W._____, dont ils requièrent le témoignage ; ils allèguent notamment n'avoir jamais reçu le « *courrier d'information sur les alternatives envisageables* » évoqué par ce dernier et contestent avoir omis de renvoyer les offres destinées à N._____. Les recourants relèvent également que W._____ ne les a pas renseignés sur les diverses options permettant d'obtenir des primes réduites et qu'il a ainsi failli au devoir de conseil incombant à un courtier en assurances. Ils estiment en tout état de cause qu'à l'aune des principes découlant de la "*culpa in contrahendo*", il incombait à l'intimée de les informer de la possibilité de conclure une assurance moins chère, par exemple sous la forme de celle dite du « *médecin de famille* ». En outre, ils font valoir que l'intimée n'a jamais procédé au remboursement de certaines factures qu'ils lui ont communiqué sous forme de photocopies. Ils soulignent de surcroît avoir tenté la conciliation par un courrier de leur mandataire du 13 septembre 2013 - joints à leurs écritures avec divers calculs en annexe - resté sans réponse jusqu'à aujourd'hui. Les recourants rappellent encore s'être vu confirmer par oral que l'intimée avait haussé les primes des assurés vaudois en vue de leur exclusion. Enfin, ils demandent à ce que l'intimée prenne position quant à sa politique à l'égard des assurés vaudois et à l'importance de la réduction des primes dans le modèle d'assurance comportant la clause « *médecin de famille* ».

Aux termes de sa duplique du 5 février 2014, l'intimée a confirmé sa position. Sur le plan linguistique, elle relève que les recourants ont reçu les conditions d'assurance déterminantes en français lors de leur affiliation, qu'il n'y a pas lieu de satisfaire au devoir d'information hors d'une langue officielle et que la responsabilité quant aux connaissances insuffisantes d'une langue officielle incombe à la personne assurée. En outre, E._____ observe que les recourants étaient manifestement informés de l'existence d'un modèle d'assurance lié au médecin de famille lors de la rédaction du courriel du 30 juin 2012 mais qu'ils n'ont néanmoins pas opté pour un transfert vers ce modèle. Cela étant, l'intimée estime que l'audition de W._____ est inutile au vu de sa prise de position claire et exhaustive. L'intimée explique de surcroît informer le cercle des assurés quant aux possibilités de réaliser des

économies sur leurs primes - y compris au moyen du modèle d'assurance « *médecin de famille* » - dans un courrier de fin d'année et que même si les recourants contestent avoir reçu de telles informations, il demeure que le sujet fait régulièrement l'objet d'émissions télévisées ou d'articles de presse. Elle estime également que les intéressés se prévalent à tort des principes tirés de la "*culpa in contrahendo*", le devoir d'information étant déjà rempli du fait de la remise des conditions d'assurance avant la prise d'effet de l'assurance et d'un certificat d'assurance après sa souscription. Quant au remboursement de factures photocopiees, l'intimée relève qu'il ne fait pas l'objet de la présente affaire et qu'il n'est du reste pas autorisé en raison du risque de falsification. Elle rejette en outre formellement les propositions formulées en vue du règlement du litige. Enfin, E. _____ observe que les allégations des recourants relatives à sa politique en matière de primes dans le canton de Vaud sont inexactes, la fixation des primes faisant l'objet d'une procédure de contrôle et d'approbation par les autorités fédérales, et que cette problématique est étrangère à la présente contestation.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (cf. art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (cf. art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. au vu des montants réclamés par la caisse intimée, la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et ATF 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le bien-fondé de la décision sur opposition rendue le 23 août 2013 par l'intimée, confirmant les décisions de mainlevée d'opposition prises le 16 octobre 2012 dans le cadre des poursuites n^{os} [...] et [...] en relation avec des arriérés de primes pour les mois de mars, juillet, septembre, octobre et décembre 2011, ainsi qu'avec des participations aux coûts impayées pour les années 2009, 2010 et 2011.

3. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (cf. ATF 126 V 265 consid. 3b et la référence). Aussi consacre-t-elle le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (cf. art. 3 al. 1 LAMal). 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) (cf. TF 9C_5/2008 du 13 février 2008).

Les primes d'assurance-maladie doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (cf. art. 90 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]). Le paiement des primes dans le respect des délais est une obligation générale qui s'impose de manière implicite aux assurés (cf. Guy Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, thèse Lausanne 2004, p. 223).

b) En l'occurrence, les recourants estiment ne pas être redevables des arriérés de primes et de participations aux coûts visés par les poursuites n^{os} [...] et [...].

Dans leur mémoire de recours du 23 septembre 2013, ils font valoir que D.D. _____, d'origine indienne et ayant une maîtrise imparfaite du français, avait initialement pensé être légitimé à appliquer unilatéralement une réduction de 10% sur les primes d'assurance de base « *au titre de médecin de famille* » et qu'il n'a réalisé que tardivement être dans l'erreur, situation ayant amené l'intimée à ouvrir les poursuites en cause mais qui aurait pu être évitée si cette dernière n'avait pas failli à son devoir de conseil.

Aux termes de leur réplique du 13 décembre 2013, les recourants précisent que l'intimée s'est servie de l'aspect linguistique comme d'un argument de vente et que W. _____ est bilingue. Ils ajoutent avoir demandé en vain à bénéficier du modèle d'assurance dit « *médecin de famille* » dans leur courriel du 30 juin 2012 ; à cet égard, ils contestent avoir reçu un courrier d'information quant à la possibilité de contracter une telle assurance, reprochent à W. _____ d'avoir failli à son devoir d'information et invoquent une violation des principes découlant de la "*culpa in contrahendo*". Par ailleurs, ils font grief à l'intimée d'avoir adopté une politique visant à exclure les assurés vaudois.

aa) L'argumentation des assurés est principalement axée sur le fait que les montants impayés faisant l'objet des poursuites n^{os} [...] et [...] doivent être imputés aux lacunes de français de D.D._____ et à un défaut d'information de la part de l'intimée, circonstances qui auraient amenés les recourants à pratiquer unilatéralement un rabais de 10% sur leurs primes d'assurance-maladie « *au titre de médecin de famille* » avant de finir par réaliser leur erreur. Cette thèse ne trouve toutefois aucune assise dans le dossier.

Il ressort en effet des documents fournis par l'intimée avec sa réponse - dont les recourants, par leur conseil, ont été invités à prendre connaissance (cf. avis du juge instructeur du 23 octobre 2013) - que les arriérés de primes ayant donné lieu aux poursuites n^{os} [...] et [...] portent sur la cotisation mensuelle totale de la famille D._____, soit 1'443 fr. 60, pour les mois de mars, juillet, septembre, octobre et décembre 2011 (cf. notamment pièces n^{os} 11, 12, 15 et 16 de l'intimée), et non sur un soi-disant solde de prime après un prétendu facteur de réduction appliqué par les intéressés de leur propre chef « *au titre de médecin de famille* ». D'ailleurs, loin d'évoquer un quelconque élément en ce sens dans son courriel du 30 juin 2012 concernant l'opposition aux poursuites précitées, D.D._____ a indiqué, bien au contraire, qu'il avait récemment appris l'existence de réductions de primes liées à la personne du médecin de famille, sa propre famille n'en ayant jamais bénéficié jusqu'alors et ayant payé des années durant des cotisations selon lui trop élevées. Ces premières déclarations - réitérées dans l'opposition du 16 novembre 2012 et auxquelles il convient d'accorder la préférence, conformément à la jurisprudence dite des premières déclarations ou des déclarations de la première heure (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a et 115 V 143 consid. 8c) - tendent par conséquent à discréditer les explications avancées ultérieurement par les recourants quant à l'origine des poursuites en cause.

A cela s'ajoute que ces poursuites se rapportent non seulement à des primes impayées pour certains mois (mars, juillet, septembre, octobre et décembre) de l'année 2011 mais également à des

arriérés de participations aux coûts entre 2009 et 2011, pour lesquels les recourants n'ont apporté aucune justification. A ce propos, il convient de préciser 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 des recourants était de s'opposer aux factures en cause, ils devaient s'en ouvrir au fournisseur de soins concerné, seul à même de procéder à leur 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.

Il découle de ce qui précède que les allégations des recourants quant à la nature des montants réclamés par E. _____ tombent à faux et que, de ce fait, leurs arguments sont sujets à caution dans la mesure où ils reposent sur une prémisse erronée.

bb) On peine notamment à comprendre comment les lacunes de français de D.D. _____ pourraient justifier le non-paiement des primes d'assurance-maladie pour les mois de mars, juillet, septembre, octobre et décembre 2011 ainsi que de diverses participations aux coûts entre 2009 et 2011. Peu importe néanmoins, dès lors que c'est en vain que les recourants tentent de se disculper en invoquant les difficultés linguistiques du prénommé.

Il faut relever en effet que dans les rapports avec les autorités (comme en l'espèce un assureur pratiquant l'assurance obligatoire des soins), la liberté de la langue - qui garantit l'usage de la langue maternelle, ou d'une autre langue proche, voire de toute langue de son choix - est limitée par le principe de la langue officielle (cf. TFA C 166/03 du 2 septembre 2003 consid. 2). Ainsi, sous réserve de dispositions particulières (p. ex. art. 5 par. 2 et art. 6 par. 3 let. a CEDH [Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101]), il n'existe en principe aucun droit à communiquer avec les autorités dans une autre langue que la langue officielle. Celle-ci est elle-même liée au principe de la territorialité, au sens où elle correspond normalement à la langue qui est

parlée dans le territoire concerné (cf. ATF 136 I 149 consid. 4.3 et les références citées), à savoir en l'espèce le français (cf. art. 3 Cst-VD [Constitution du canton de Vaud du 14 avril 2003 ; RSV 101.01]). Au demeurant, ni l'art. 6 CEDH, ni la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu ne confèrent au justiciable le droit d'obtenir la traduction dans sa propre langue des pièces du dossier dans une langue qu'il ne maîtrise pas ou de manière seulement imparfaite ; aussi appartient-il en principe au justiciable de se faire traduire les actes officiels du dossier (cf. ATF 131 V 35 consid. 3.3 et les références citées). Dans ces conditions, les difficultés linguistiques de D.D. _____ - auquel il incombait, le cas échéant, de prendre les mesure utiles afin de pallier à ses lacunes - ne sauraient servir à asseoir les prétentions des recourants. On notera au surplus que si les recourants font valoir que l'intimée aurait utilisé l'aspect linguistique comme argument de vente et que W. _____ serait bilingue, ils n'ont toutefois avancé aucun indice concret susceptible d'étayer leurs allégations, de sorte que celles-ci ne peuvent être considérées comme établies au degré de la vraisemblance prépondérante ; à cet égard, le simple fait que le recourant ait adressé un écrit en anglais à W. _____ (cf. courriel du 30 juin 2012) ou que de précédents entretiens soient intervenus entre les deux hommes (cf. prise de position de W. _____ du 8 octobre 2013) ne suffit aucunement à préjuger des connaissance d'anglais - et encore moins d'un quelconque bilinguisme - de l'employé de la Caisse-Maladie C. _____.

A cela s'ajoute que quand bien même le recourant ne maîtriserait pas le français, tel n'est manifestement pas le cas de la recourante, laquelle (selon les informations à disposition de la Cour de céans [cf. registre des professions médicales de l'Office fédéral de la santé publique, consultable sur internet à l'adresse : <http://www.medregom.admin.ch/FR>]) est de nationalité suisse et exerce la profession de médecin-dentiste dans le canton de Vaud, où elle dispose d'une autorisation de pratiquer depuis 1988. En l'état du dossier, on ne voit donc pas ce qui aurait pu empêcher l'assurée de saisir les différents enjeux en présence et, le cas échéant, de pallier aux difficultés linguistiques de son époux.

Pour l'ensemble de ces motifs, il apparaît que les recourants ne sauraient tirer argument des lacunes de français de D.D._____ dans le cadre de la présente affaire.

cc) C'est par ailleurs à tort que les recourants reprochent à l'intimée, singulièrement à W._____, d'avoir failli au devoir de renseignement tel que prévu par la loi.

c/aa) Selon l'art. 27 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2).

Tandis que l'al. 1 de cette disposition pose une obligation générale et permanente de renseigner, indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées - obligation de renseigner qui sera satisfaite par le biais de brochures, fiches, instructions, etc. -, l'al. 2 prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents. Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations. Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit savoir pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique ; son contenu dépend de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (cf. ATF 131 V 472 consid. 4 ; cf. TF 9C_865/2010 du 8 juin 2011 consid. 5.2).

Lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, le défaut de renseignement est assimilé à une déclaration erronée de sa part qui peut, à certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101). Parmi les conditions posées par la jurisprudence (cf. ATF 131 II 627 consid. 6.1), il faut que l'absence de renseignement ou de conseil ait conduit l'assuré à adopter un comportement préjudiciable (cf. TF 8C_406/2010 du 18 mai 2011 consid. 5.3 et la référence).

c/bb) Dans le cas d'espèce, les recourants se prévalent d'un défaut de renseignement de la part de l'intimée, singulièrement de W._____ de la Caisse-Maladie C._____, concernant la possibilité de contracter un modèle d'assurance comportant des primes moins onéreuses.

La Cour de céans peine toutefois à comprendre en quoi pareil argument serait pertinent dans le présent contexte. Il faut en effet rappeler que le litige porte sur des primes impayées pour les mois de mars, juillet, septembre, octobre et décembre 2011 ainsi que sur des arriérés de participations aux coûts entre 2009 et 2011 (cf. consid. 2b supra). Cela dit, on ne voit pas en quoi le choix d'un modèle d'assurance plutôt qu'un autre pourrait être interprété - même à l'aune des principes découlant de l'art. 27 LPGA - comme un motif libératoire du paiement de ces prestations, attendu que tous les assurés sont légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes et des participations aux coûts de l'assurance-maladie (cf. consid. 3a supra), et ce quel que soit le modèle d'assurance choisi. Par ailleurs et surtout, ce n'est qu'après s'être vu notifier, les 5 mars et 29 juin 2012, les commandements de payer afférents aux poursuites n^{os} [...] et [...] que les recourants ont formulé des revendications quant au modèle d'assurance choisi. C'est plus particulièrement aux termes de son courriel du 30 juin que D.D._____ a indiqué pour la première fois avoir récemment appris l'existence d'un

modèle d'assurance moins onéreux lié à la personne du médecin de famille – sans pour autant formuler de requête à cet égard, contrairement à ce qui ressort de la réplique du 13 décembre 2013 (p. 2). Partant, le fait que les recourants aient pris conscience en 2012 de l'existence d'un modèle d'assurance considéré comme plus favorable n'est manifestement pas à l'origine des primes et des participations aux coûts impayées entre 2009 à 2011. En conséquence, il apparaît que les griefs soulevés quant au choix du modèle d'assurance ne sont pas propres à remettre en cause le bien-fondé des créances d'E._____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions des recourants visant à ce que l'intimée se prononce sur le sujet.

Par surabondance, on ajoutera que les circonstances du cas particulier ne permettraient guère d'imputer à l'assureur un défaut d'information concernant le choix du modèle d'assurance. En premier lieu, les critiques des recourants sont sur ce point sujettes à caution dans la mesure où ils sont allés jusqu'à détourner l'argumentation de l'intimée en contestant avoir reçu un « *un courrier spécifique à leur attention sur la possibilité de contracter une assurance "médecin de famille"* » (cf. réplique du 13 décembre 2013 p. 3), alors même que l'envoi d'un tel courrier a été évoquée par W._____ non pas en relation avec les différents modèles d'assurance mais en lien avec l'augmentation des primes annoncées pour le 1^{er} mai 2012 et les différentes alternatives envisageables à cet égard (cf. prise de position du 8 octobre 2013). Sous l'angle du devoir général de renseigner, il faut par ailleurs relever que les différents modèles d'assurance figurent dans les conditions d'assurances remises par l'assureur et que les recourants ne prétendent pas – et a fortiori ne démontrent pas – que cette documentation ne leur aurait pas été fournie. Quant à un devoir de conseil plus spécifique, la jurisprudence retient qu'aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (cf. ATF 133 V 249 consid. 7.2). Or, force est d'admettre que les différentes raisons susceptibles d'inciter un assuré à opter pour un

certain modèle d'assurance plutôt que pour un autre relèvent de facteurs aléatoires liés à la volonté hypothétique de chacun et ne constituent pas un risque de perte d'une prestation dont l'assureur, en prêtant l'attention usuelle, pourrait être conscient. Il n'y a dès lors pas lieu d'attendre de l'assureur social qu'il apporte spontanément des conseils individualisés sur ces questions dans chaque cas particulier. Cela étant, on ne saurait conclure à un défaut du devoir de renseigner dans le cas particulier.

Au demeurant, contrairement à ce qu'invoquent les recourants (cf. réplique du 13 décembre 2013 p. 4), on ne voit pas en quoi les principes de droit privé tirés de la "*culpa in contrahendo*" devraient être appliquées dans le cas particulier, ni en quoi ils permettraient d'aboutir à un résultat différent de celui exposé ci-dessus sur la base des préceptes de droit public idoines, propres au domaine des assurances sociales. Il convient par ailleurs d'écarter les griefs invoqués à l'encontre de W. _____ en lien avec le devoir d'information du courtier (cf. *ibid.* p. 3), dès lors que le prénommé n'est nullement courtier en assurances mais qu'il est intervenu dans la présente affaire en sa qualité de responsable de la section indemnités journalières/contrats collectifs de la Caisse-Maladie C. _____, si bien que les règles régissant la relation contractuelle entre un particulier et un courtier en assurances ne sont pas pertinentes dans le présent contexte.

dd) C'est par ailleurs en vain que les recourants ont mis en cause la prétendue stratégie d'E. _____ consistant à augmenter les primes d'assurance-maladie dès le 1^{er} mai 2012 de manière à exclure les assurés vaudois. En effet, cette problématique est clairement extrinsèque à l'objet du présent litige, circonscrit à la question de savoir si c'est ou à non à juste titre que l'intimée a prononcé la mainlevée d'opposition aux poursuites n^{os} [...] et [...] visant des primes impayées pour les mois de mars, juillet, septembre, octobre et décembre 2011 ainsi que des arriérés de participations aux coûts en 2009, 2010 et 2011 (cf. consid. 2b supra). Il n'y a dès lors pas lieu de se prononcer plus avant sur cette hausse de prime.

Tout au plus relèvera-t-on, au surplus, que les intentions que les recourants prêtent à l'intimée ne manquent pas de surprendre dans la mesure où elles ne trouvent aucun ancrage dans la réalité. De fait, c'est dans le but de reconstituer ses réserves qu'E. _____ a procédé, après avoir obtenu l'approbation de l'Office fédéral de la santé publique, à une augmentation des primes d'assurance-maladie dans 21 cantons avec effet au 1^{er} mai 2012, et cela à des degrés divers en fonction de la perte connue dans chaque canton concerné, l'augmentation atteignant par exemple 35% dans le canton de Vaud pour une franchise de 300 fr. (cf. Bulletin officiel [BO] 2012 N 155, spéc. 156), étant précisé que ces événements avaient du reste reçu une couverture médiatique non négligeable à l'époque. Peu importe, dès lors, que les recourants prétendent s'être vu confirmer oralement qu'E. _____ cherchait à exclure les assurés vaudois, cette affirmation - en décalage total avec la réalité des faits - ne reposant sur aucun élément de preuve concret mais sur les seuls dires des intéressés.

ee) Pour le reste, rien au dossier ne vient mettre en doute le bien-fondé des créances de l'intimée concernant les arriérés de primes et de participations aux coûts visés par les poursuites n^{os} [...] et [...]. Faute de précision, on ne saurait notamment prendre position sur les factures - de nature indéterminées - communiquées aux dires des assurés sous forme de photocopie, qui n'auraient pas été remboursées par E. _____ (cf. réplique du 13 décembre 2013 p. 4).

c) En définitive, il apparaît que les recourants, affiliés auprès d'E. _____ pour l'assurance obligatoire des soins durant la période pour laquelle les primes et participations aux coûts litigieuses sont réclamées, à savoir entre 2009 et 2011, n'ont apporté aucun élément sérieux susceptible de démontrer que ces créances ne seraient pas dues. Au surplus, les montants réclamés à titre d'arriérés de primes et de participations aux coûts pour les périodes concernées ne sont pas contestés et, vérifiés d'office, peuvent être confirmés.

Cela étant, on ne voit pas en quoi le témoignage de W._____, requis par les recourants, pourrait être pertinent. Il faut en particulier relever que les assurés ont sollicité l'audition de ce dernier en lien avec sa prise de position du 8 octobre 2013, dont ils contestent la teneur (cf. réplique du 13 décembre 2013 p. 2 s.). Or, dans cette prise de position, W._____ n'a évoqué aucun aspect portant sur le bien-fondé des arriérés de primes et de participations aux coûts à l'origine de la présente contestation, dont il a tout au plus constaté l'existence. Ainsi, par appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu de l'entendre comme témoin (cf. TF 9C_543/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2 et les références ; TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009 consid. 3 et les références).

4. a) 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 phr. 1).

L'art. 64a LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 applicable en l'espèce (cf. ATF 130 V 445 et les références), lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie un rappel écrit et lui impartit un délai de 30 jours en attirant son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas ses paiements dans ce délai (al. 1). 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 arriérés ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (al. 4 phr. 1). Le Conseil fédéral fixe les modalités

d'encaissement et la procédure de rappel, et règle les conséquences d'un retard de paiement (al. 5).

Selon l'art. 105b OAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 applicable en l'espèce (cf. ATF 130 V 445 cité), les primes et les participations aux coûts de l'assurance obligatoire des soins échues et impayées doivent faire l'objet, dans les trois mois qui suivent leur exigibilité, d'une sommation écrite qui sera précédée d'au moins un rappel et qui sera distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, il doit impartir à l'assuré un délai de 30 jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences s'il n'effectue pas le paiement (al. 1). Si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai imparti, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent, de manière distincte des autres retards de paiement éventuels (al. 2). 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 (al. 3). En cas de retard dans le paiement des primes, la faute de l'assuré ne peut pas être présumée (cf. Longchamp, loc. cit.). Selon la jurisprudence, il y a néanmoins faute de l'assuré lorsque, par son comportement, il oblige la caisse à lui adresser des rappels pour l'exhorter à payer ses cotisations (cf. ATF 125 V 276 ; cf. TFA K 28/02 et K 30/02 du 29 janvier 2003 consid. 6).

L'art. 105d OAMal prévoit que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 4 LAMal dès la notification de la sommation écrite visée à l'art. 105b al. 1 OAMal.

b) Dans le cas particulier, à défaut de s'être acquittés des primes afférentes aux mois de mars, juillet, septembre, octobre et décembre 2011 ainsi que de diverses participations aux coûts pour les années 2009 à 2011, les recourants ne pouvaient donc pas résilier leur couverture d'assurance obligatoire des soins auprès d'E._____,

conformément à l'art. 64a al. 4 LAMal. La jurisprudence développée à ce propos retient du reste qu'il n'apparaît pas arbitraire que l'assuré en retard de paiement ne puisse pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes. En effet, le but de l'art. 64a al. 4 LAMal est de protéger la communauté des assurés contre des augmentations de primes dues aux assurés qui changent d'assureur sans avoir préalablement réglé leurs arriérés (cf. Message du Conseil fédéral du 26 mai 2004, FF 2004 4103 ; cf. TF 9C_477/2008 du 26 août 2008 consid. 4.2). Partant, dans la mesure où les assurés n'étaient pas habilités à changer d'assureur avant d'avoir payé l'ensemble des montants en souffrance, peu importe que les formulaires d'affiliation à N. _____ aient ou non été transmis à cette dernière (cf. réplique du 13 décembre 2013 p. 3).

c) Subsiste l'examen du bien-fondé de la mainlevée prononcée par l'intimée.

Tout d'abord, il faut rappeler que les arriérés de primes – s'élevant à 1'443 fr. 60 pour le mois de mars 2011 (poursuite n° [...]) et à 5'774 fr. 50 pour les mois de juillet, septembre, octobre et décembre 2011 (poursuite n° [...]) – de même que les sommes réclamées à titre de participations aux coûts – à hauteur de 1'224 fr. 15 (poursuite n° [...]), respectivement 719 fr. 65 (poursuite n° [...]) – sont dus par les recourants (cf. consid. 3c supra).

Cela étant, l'art. 26 al. 1 LPGA énonce que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. L'art. 105a OAMal précise quant à lui que le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5% par année. Le dies a quo de l'intérêt moratoire est fixé au lendemain de l'échéance de la prime mensuelle concernée (les primes devant être payées d'avance et en principe tous les mois [cf. art. 90 al. 1 OAMal]) et court jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (cf. art. 7 al. 2 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11]). En revanche, les participations aux coûts

ne peuvent pas faire l'objet d'un tel intérêt moratoire (cf. art. 26 al. 1 LPGA et 105a OAMal a contrario). A l'aune de cette réglementation, s'agissant de la poursuite n° [...] qui porte sur un arriéré de primes pour le seul mois de mars 2011, il convient de fixer le dies a quo de l'intérêt dû au 1^{er} mars 2011, et non au 30 novembre 2010 (cf. commandement de payer n° [...]) ou au 30 septembre 2011 (cf. décision sur opposition du 23 août 2013). Concernant la poursuite n° [...] qui porte sur des primes impayées pour les mois de juillet, septembre, octobre et décembre 2011, le dies a quo de l'intérêt dû peut être fixé au 11 septembre 2011 (cf. commandement de payer n° [...] et décision sur opposition du 23 août 2013) pour la prime de juillet 2011 en tant que cela est favorable aux assurés et admissible au regard des normes précitées ; par contre, ces mêmes principes imposent de reporter le dies a quo au 15 septembre 2011 pour les primes afférentes aux mois de septembre et octobre 2011 (échéance moyenne), respectivement au 1^{er} décembre 2011 pour la prime relative au mois de décembre 2011.

Par ailleurs, les conditions générales d'assurance conformément à la LAMal édictées par l'intimée prévoient notamment que des frais peuvent être facturés en cas de transgression de l'obligation de collaborer et que des frais de rappel sont prélevés lors d'un deuxième rappel (cf. art. 11 par. 4). C'est donc à juste titre que l'intimée a mis des frais de rappel à la charge des recourants, soit 130 fr. dans le cadre de la poursuite n° [...] (concernant le paiement des primes mensuelles de mars 2011 ainsi que de douze factures de participations aux coûts entre 2009 et 2011) et 90 fr. dans le cadre de la poursuite n° [...] (concernant le paiement des primes mensuelles de juillet, septembre, octobre et décembre 2011 ainsi que de cinq factures de participations aux coûts). Le montant de ces frais n'apparaît pas disproportionné. En ce qui concerne les frais de dossier arrêtés à 20 fr. dans chacune des deux poursuites précitées, ils sont également justifiés notamment au regard des multiples rappels que l'intimée a dû adresser aux recourants.

Quant aux frais de commandement de payer, qui se montent en l'occurrence à 73 fr. dans chacune des deux poursuites en cause, ils

suivent le sort de la poursuite (cf. art. 68 LP [loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1] ; cf. notamment JdT 1974 II 95, avec note de Pierre-Robert Gilliéron, et JdT 1979 II 127 ; cf. aussi RAMA 5/2003 n° KV 251 p. 226 consid. 4) et ne peuvent donc faire l'objet de la décision litigieuse.

Pour le surplus, la procédure de recouvrement n'est pas contestée par les recourants.

5. a) A la lumière de ce qui précède, le recours doit être très partiellement admis et la décision sur opposition litigieuse réformée comme suit :

- l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de V._____ est levée à raison d'un montant de 1'443 fr. 60 représentant les primes impayées pour le mois de mars 2011, avec un intérêt débiteur de 5 % l'an dès le 1^{er} mars 2011, d'une somme 1'224 fr. 15 pour des participations aux coûts durant les années 2009 à 2011, ainsi que de 130 pour des frais de rappel et 20 fr. pour des frais de dossier ;

- l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de V._____ est levée à raison d'un montant de 5'774 fr. 50 représentant les primes impayées pour les mois de juillet, septembre, octobre et décembre 2011, avec un intérêt débiteur de 5 % l'an dès le 11 septembre 2011 pour les primes de juillet 2011, dès le 15 septembre 2011 pour les primes de septembre et octobre 2011 et dès le 1^{er} décembre 2011 pour les primes de décembre 2011, d'une somme de 719 fr. 65 pour diverses participations aux coûts durant les années en 2011, ainsi que de 90 pour des frais de rappel et 20 fr. pour des frais de dossier.

Les oppositions aux commandements de payer dans les poursuites n^{os} [...] et [...] sont définitivement levée à concurrence des montants mentionnés ci-dessus et maintenues pour le surplus.

b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA).

Le recours étant très partiellement admis, les recourants peuvent prétendre à des dépens réduits (cf. art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD), qu'il convient d'arrêter à 200 fr., à la charge de l'intimée.

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

- I. Le recours est très partiellement admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 23 août 2013 par E. _____ [...] est réformée en ce sens que :
 - l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de V. _____ est levée à raison d'un montant de 1'443 fr. 60 représentant les primes impayées pour le mois de mars 2011, avec un intérêt débiteur de 5 % l'an dès le 1^{er} mars 2011, d'une somme 1'224 fr. 15 pour des participations aux coûts durant les années 2009 à 2011, ainsi que de 130 pour des frais de rappel et 20 fr. pour des frais de dossier ;
 - l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de V. _____ est levée à raison d'un montant de 5'774 fr. 50 représentant les primes impayées pour les mois de juillet, septembre, octobre et décembre 2011, avec un intérêt débiteur de 5 % l'an dès le 11 septembre 2011 pour les primes de juillet 2011, dès le 15 septembre 2011 pour les primes de septembre et octobre 2011 et dès le 1^{er}

décembre 2011 pour les primes de décembre 2011, d'une somme de 719 fr. 65 pour diverses participations aux coûts durant les années en 2011, ainsi que de 90 pour des frais de rappel et 20 fr. pour des frais de dossier.

III. Les oppositions formées aux commandements de payer n^{os} [...] et [...] sont définitivement levées à concurrence des montants mentionnés au chiffre II ci-dessus ; elles sont maintenues pour le surplus.

IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.

V. Un montant de 200 fr. (deux cents francs) est alloué aux recourants à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Flore Primault (pour les recourants) ;
- E. _____ [...]
- 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 :