

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 septembre 2015

Composition : M. DÉPRAZ, juge unique
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourant,

et

O._____ **ASSURANCE-MALADIE**, à Lucerne, intimée.

**Art. 43, 49, 56 LPGA ; 3, 61, 64 et 64a LAMal ; 90, 103 - 105b
OAMal ; 79 LP**

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : le recourant) est l'époux de feu L._____ (ci-après : l'assurée).

Depuis le 1^{er} août 2009, L._____ était assurée auprès d'O._____ Assurances (ci-après : O._____ Assurances) pour l'assurance obligatoire des soins ([...]) ainsi que pour deux assurances complémentaires ([...] et [...]).

O._____ fait partie du Groupe W._____, qui est un groupe comprenant plusieurs entités juridiques distinctes actives dans le secteur des assurances. Il apparaît que la cocontractante de l'assurée pour l'assurance obligatoire des soins était O._____ Assurance-maladie. Selon les pièces figurant au dossier, une autre entité juridique était la cocontractante de l'assurée pour les assurances complémentaires, soit O._____ Assurance SA.

L'assurée ne recevait toutefois qu'un avis pour l'ensemble de ses primes à l'enseigne de «O._____ Assurances », puis de «O._____ ».

Le montant mensuel des primes s'élevait en 2010 à 381 fr. 70 pour l'assurance obligatoire des soins (ci-après : primes LAMal) et à 64 fr. et 177 fr. pour les assurances complémentaires (ci-après : primes LCA) soit au total 615 fr. 90 (cf. certificat d'assurance et police établi le 2 octobre 2009) ; en 2011, à respectivement 404 fr. 95 (LAMal), 64 fr. et 177 fr. (LCA) soit au total 645 fr. 95 (cf. police d'assurance établie le 7 octobre 2010).

L'assurée a été hospitalisée au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV) du 8 janvier 2011 au 10 mars 2011. Selon un rapport médical du CHUV du 13 mars 2011, elle était en fin de vie suite à une sclérose latérale amyotrophique. A la fin du séjour, l'équipe médicale

a préconisé des soins palliatifs qui ont été refusés par l'assurée et le recourant.

Le 10 mars 2011, l'assurée a été transférée par ambulance du CHUV à l'Hôpital M._____ d'I._____ (France).

Le 17 mars 2011, l'assurée est décédée à I._____ (France).

Les primes LAMal et LCA de l'assurée pour les mois de décembre 2010 et de janvier, février, mars et avril 2011 sont restées impayées.

Le 27 mai 2011, O._____ Assurance-maladie a facturé à l'assurée une participation aux frais de 1'930 fr. pour l'hospitalisation au CHUV du 8 janvier 2011 au 10 mars 2011, le montant total de la facture réglée par O._____ Assurance-maladie pour cette hospitalisation s'étant élevé à 77'023.25 francs.

O._____ Assurance-maladie a adressé à l'assurée différents rappels et sommations en lien avec les montants dus par l'assurée soit :

- un rappel du 22 janvier 2011 et une sommation du 19 février 2011 pour non paiement des primes LAMal et LCA de décembre 2010 ;
- un rappel du 19 février 2011 et une sommation du 19 mars 2011 pour non paiement des primes LAMal et LCA de janvier 2011 ;
- un rappel du 19 mars 2011 et une sommation du 23 avril 2011 pour non paiement des primes LAMal et LCA de février 2011 ;
- un rappel du 23 avril 2011 et une sommation du 21 mai 2011 pour non paiement des primes LAMal et LCA de mars 2011 ;

- un rappel du 23 juillet 2011 et une sommation du 20 août 2011 pour non paiement de la participation aux coûts facturée le 27 mai 2011.

Le 26 mars 2012, O._____ a adressé un courrier au recourant indiquant que, selon ses renseignements, celui-ci était le successeur légal de son assurée et lui remettant un décompte des primes et prestations encore dues en l'invitant à payer la somme dans un délai de 30 jours.

Le 28 mai 2013, la Justice de paix du District de la Riviera - Pays d'Enhaut a informé O._____ que l'assurée avait pour seul héritier son époux, Y._____.

Le 16 décembre 2013, O._____ a adressé à l'Office des poursuites du district de la Riviera - Pays d'Enhaut une réquisition de poursuite au nom d'O._____ Assurance-maladie contre le recourant pour un montant de 4'483 fr. 75 plus 5 % d'intérêt sur 4'483 fr. 75 depuis le 16 avril 2011.

Le 15 janvier 2014, l'Office des poursuites du district de la Riviera - Pays d'Enhaut a notifié au recourant un commandement de payer pour les sommes de 3'519 fr. 75 correspondant à l'arriéré des primes pour l'assurance obligatoire des soins (LAMal) soit 374 fr. 90 + 1'214 fr. 85 (soit 404.95 X 3) ainsi qu'à la participation aux frais du séjour hospitalier (1'930 fr.) ainsi que 964 fr. pour le paiement des primes des assurances complémentaires (LCA), les deux sommes portant intérêt à 5 % l'an depuis le 16 avril 2011. Le recourant a formé opposition totale au commandement de payer.

B. Le 18 février 2014, O._____ a rendu une décision formelle fondée sur l'art. 49 LPGA retenant qu'il existait un arriéré de paiement de 4'134 fr. 90 (soit 1'589 fr. 75 au titre des primes LAMal ; 1'930 fr. au titre de la participation aux frais et 615 fr. 15 correspondant aux intérêts

moratoires à 5 % l'an sur 4'483 fr. 75) et levant l'opposition du recourant à la poursuite n° 6879930 du 15 janvier 2014.

Par courrier du 17 mars 2014, le recourant s'est formellement opposé à la décision précitée. Il a fait valoir que les factures concernant l'hospitalisation de feu son épouse qui étaient restées à sa charge devaient être compensées avec la somme qui lui était réclamée. Le recourant invoque notamment que l'hospitalisation à l'étranger était un cas de force majeure « notamment après la décision abusive de son euthanasie [...] par les responsables du Service Neurologie du CHUV de Lausanne ». A l'appui de son opposition, le recourant a entre autres produit une facture des Hôpitaux du [...] (France) pour l'hospitalisation du 10 au 17 mars 2011 à l'Hôpital M._____ (France) pour un montant de 8'712 € ainsi qu'une facture du CHUV pour le transport en ambulance du CHUV à l'Hôpital M._____ (France) pour un total de 888 francs.

Par décision du 26 mai 2014, O._____ Assurance-maladie a rejeté l'opposition et a constaté que le recourant devait à O._____ Assurance-maladie le montant total de 3'519 fr. 75 pour les primes et participations échues, plus intérêt à 5 % l'an dès le 16 avril 2011 sur le seul montant de 1'589.75 francs. Par la même décision, O._____ Assurance-maladie a prononcé la mainlevée [de l'opposition] dans la poursuite n° 6879930 de l'Office des poursuites du district de la Riviera-Pays d'Enhaut pour un montant de 3'519 fr. 75, « auquel s'ajoute un intérêt moratoire de 5 % dès le 16 avril 2011 sur le seul montant de 1'589.75 francs »

C. Par acte du 27 juin 2014, Y._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision sur opposition du 26 mai 2014.

Le recourant invoque à nouveau la compensation des montants réclamés par O._____ Assurance-maladie avec les frais liés à la maladie de sa défunte épouse dont il réclame la prise en charge par l'intimée. Outre les frais qu'il avait déjà fait valoir dans le cadre de la

procédure d'opposition, le recourant invoque également avoir dû engager des frais en vue du rapatriement à son domicile de son épouse, notamment la location du matériel médical, ainsi que divers montants pour consulter des spécialistes à Paris et à Marseille. Selon les pièces produites par le recourant, le montant total des coûts dont il demande le remboursement à O. _____ Assurance-maladie s'élève à 14'587.35 francs. Il demande que ce montant soit compensé avec celui dû à O. _____ Assurance-maladie pour les arriérés de primes et de participation aux coûts, respectivement que le solde lui soit versé directement ou aux prestataires médicaux.

Dans sa réponse du 1^{er} septembre 2014, l'intimée s'est pour l'essentiel référée à l'argumentation déjà développée dans la décision sur opposition contestée. Elle a notamment considéré que les montants réclamés à titre de primes pour l'assurance obligatoire des soins étaient dus en application des art. 3 et 61 LAMal et ceux à titre de participation aux coûts des prestations en application de l'art. 64 al. 2 LAMal. L'intimée relève par ailleurs qu'elle a expressément informé le médecin de l'assurée que les conditions de prise en charge d'une hospitalisation à l'étranger n'étaient pas remplies. L'intimée conclut au rejet du recours.

Sur demande du magistrat instructeur, l'intimée a complété son dossier par envois des 11 et 25 septembre 2014.

Appelé à se déterminer le 30 novembre 2014 sur la réponse et les pièces produites par l'intimée, le recourant n'est pas intervenu en temps utile.

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 (art. 1 al. 1 LAMal). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas

ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

b) La valeur litigieuse est déterminée par l'objet du litige.

Le recourant conteste devoir à O. _____ Assurance-maladie le montant de 3'519 fr. 75, plus intérêt à 5 % l'an dès le 16 avril 2011, montant pour lequel la décision attaquée a prononcé la mainlevée définitive de l'opposition. En outre, dans la présente procédure, Y. _____ a pris des conclusions en paiement contre O. _____ Assurance-maladie pour un montant de 14'587.35 francs.

La valeur litigieuse déterminée étant inférieure à la somme de 30'000 fr., la cause relève de la compétence d'un juge unique de la Cour en application de l'art. 94 al. 1 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36).

2. Aux termes de l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (al. 1). Le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition (al. 2). Selon l'art. 57 LPGA, chaque canton institue un tribunal des assurances, qui statue en instance unique sur les recours dans le domaine des assurances sociales. Dans le canton de Vaud, la compétence pour statuer sur les recours au sens de cette dernière disposition revient à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

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 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

En l'espèce, l'objet du litige est déterminé par la décision sur opposition du 26 mai 2014, laquelle porte, d'une part, sur les montants dus par le recourant pour les primes et participations aux coûts échues en application de la LAMal, et, d'autre part, sur la mainlevée dans la poursuite introduite par l'intimée.

Il convient donc d'abord d'examiner brièvement le bien-fondé des créances que fait valoir l'intimée en application de la LAMal, bien qu'elles ne soient dans leur principe pas contestées par le recourant.

a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 266 consid. 5b). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. L'obligation de payer les primes découle de l'art. 61 LAMal ; elle constitue la contrepartie de l'obligation de l'assureur d'assumer la prise en charge des événements assurés. Elle est la conséquence juridique impérative de toute affiliation auprès d'une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1980 p. 161 ; 1981 p. 61). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]). Selon l'art. 105a OAMal, le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5 % par année.

Quant à la participation aux coûts, elle est régie par l'art. 64 LAMal et fixée à 10 % des coûts annuels qui dépassent la franchise. Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise ainsi que le montant maximum de la quote-part. Selon l'art. 103 al. 1 et 2 OAMal, la franchise s'élève à 300 fr. par année civile et le montant maximal de la quote-part à 700 fr. pour les adultes. En cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille (art. 64 al. 5 LAMal). La contribution journalière aux frais de séjour hospitalier se monte à 15 fr. (art. 104 al. 1 OAMal).

b) En l'espèce, les primes litigieuses ainsi que la participation aux coûts concernent les derniers mois de vie de l'épouse du recourant, décédée le 17 mars 2011, peu après la fin de son hospitalisation au CHUV. Le recourant est l'unique héritier de son épouse. Dans la mesure où il n'apparaît pas que la succession a été répudiée, il est devenu le débiteur de l'intimée, les dettes des assurés à l'égard des caisses maladie ne s'éteignant pas au décès de ceux-ci.

Pour le surplus, il ne ressort pas du dossier que les montants dus pour la prime de l'assurance de base (LAMal) du mois de décembre 2010, pas plus que les primes pour l'assurance de base (LAMal) des mois de janvier à mars 2011 aient été payés par l'assurée ou le recourant, ce que ce dernier ne prétend du reste pas.

S'agissant de la participation aux coûts, le recourant allègue que la prise en charge de sa défunte épouse par l'équipe soignante du CHUV ne lui a pas donné satisfaction mais il ne conteste pas le montant des frais d'hospitalisation ni celui de la participation aux coûts. Pour le surplus, le montant de 1'930 fr. correspond aux montants prévus par l'art. 64 LAMal et les art. 103 et 104 OAMal soit : 300 fr. (franchise) + 700 fr. (maximum de la quote-part) + 930 fr. (62 jours à 15 fr. par jour).

Enfin, c'est à bon droit que la décision attaquée limite la perception d'intérêts moratoires aux seuls arriérés de primes, les autres

créances ne portant en principe intérêts moratoires qu'à partir du moment où elles ont été constatées par une décision entrée en force.

c) La décision attaquée doit donc être confirmée dans la mesure où elle arrête que le recourant doit à O._____ Assurance-maladie le montant total de 3'519 fr. 75 pour les primes et participations échues, plus intérêt à 5 % l'an dès le 16 avril 2011 sur le seul montant de 1'589.75 francs.

3. Le recourant invoque la compensation avec des montants qui lui seraient dus par la caisse maladie à titre de prestations. L'intimée fait valoir que l'art. 105c OAMal exclurait de manière générale la compensation entre les montants dus au titre de primes ou de participations aux coûts et les prestations.

a) Selon la jurisprudence (ATF 110 V 183 consid. 3 ; arrêt du Tribunal des assurances AM 66/04 du 6 mai 2005 consid. 8 confirmé par arrêt du TFA K 88/05 du 1^{er} septembre 2006), l'assuré ne peut invoquer de manière générale la compensation pour s'opposer au paiement d'un montant dû au titre de primes ou de participations aux coûts. Contrairement à ce qu'expose l'intimée, cette interdiction ne résulte pas de l'art. 105c OAMal, qui ne s'applique qu'à l'assureur, mais de l'art. 125 ch. 3 CO (code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220) selon lequel l'administré ne peut compenser une créance de droit public ou privé dont il dispose avec une créance de droit public de l'Etat ou des communes qu'avec leur accord (cf. Thierry TANQUEREL, Manuel de droit administratif, Zurich 2011, n° 755, p. 255). Il appartient en effet uniquement à l'assureur social et non à l'assuré de déterminer le contenu des prétentions de droit public.

b) C'est donc à bon droit que la décision attaquée refuse la compensation des montants dus par le recourant à titre d'arriérés de primes et de participation aux coûts avec les prétentions qu'il fait valoir.

Pour le surplus, la question de savoir si les prétentions que fait valoir le recourant en remboursement des prestations, notamment pour les frais médicaux engagés à l'étranger, sont ou non justifiées ne fait pas partie de l'objet du litige, comme le relève d'ailleurs la décision attaquée (ch. 3.11).

En effet, aux termes de l'art. 56 al. 1 LPGA, seules les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Or, en l'espèce, l'assureur ne s'est pas formellement prononcé par décision sur les prétentions que fait valoir le recourant à son encontre.

Conformément aux art. 43 et 49 LPGA, il appartient en principe à l'assuré de présenter une demande en remboursement des prestations sur laquelle l'assureur se prononcera par voie de décision, laquelle pourra faire l'objet d'une opposition puis cas échéant d'un recours devant le tribunal de céans.

En l'espèce, on doit considérer que les conclusions en compensation, respectivement en paiement, prises par l'assuré dans le cadre de la procédure d'opposition constituent au moins implicitement une demande adressée à l'intimée de recevoir une décision formelle. En effet, l'assuré, qui n'est pas assisté, n'était assurément pas conscient du fait que la compensation n'était pas possible. Il appartiendra donc à l'intimée O._____ Assurance-maladie de se prononcer par une décision formelle au sens de l'art. 49 LPGA.

4. Il convient encore d'examiner l'autre question litigieuse, soit la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer prononcée par l'intimée.

En l'espèce, le recourant, qui n'est pas assisté, a formé opposition totale au commandement de payer qui lui a été notifié. Dans la mesure où, en application de l'art. 79 LP (loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1 ; cf. ci-dessous), la décision attaquée

permettrait à la caisse maladie de requérir directement de l'office la continuation de la poursuite par voie de saisie, il se justifie d'examiner brièvement dans la présente procédure si les conditions de la mainlevée sont remplies.

a) Dans sa teneur en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012, 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 imparti les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2, première phrase). Selon l'art. 105b al. 1 OAMal, 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.

Si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP, auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGA), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition ; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (TF 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1 ; voir ATF 131 V 147).

Les assureurs doivent distinguer tant dans le cadre de la sommation que de la procédure de poursuite les montants dus au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal des autres prétentions, relevant notamment des assurances complémentaires (cf. commentaire et contenu des modifications de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal], modifications prévues pour le 1^{er} janvier 2012, non paiement des primes et la réduction des primes de l'assurance maladie, disponible sur le site de l'Office fédéral de la santé publique :

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/11567/?lang=fr>, p. 4, état au 5 octobre 2015 ; Pierre-Robert GILLIÉRON, Commentaire de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, Lausanne 1999, n° 44 ad art. 43 LP). En effet, seules les prétentions d'une caisse maladie fondées sur la LAMal, à l'exclusion par exemple de celles fondées sur la LCA (loi fédérale du 11 avril 1889 sur le contrat d'assurance ; RS 281.1) peuvent faire l'objet d'une décision assimilée à un jugement exécutoire par l'art. 54 al. 2 LPGA.

Cette distinction s'impose d'autant plus lorsque, comme en l'espèce, les contractants de l'assuré pour l'assurance de base (LAMal) et pour les assurances complémentaires (LCA) sont des entités juridiques distinctes.

b) En l'espèce, l'intimée a adressé à l'assurée personnellement en 2011, en partie postérieurement au décès de celle-ci intervenu le 17 mars 2011, des rappels et des sommations pour les montants dus globalement aux sociétés O._____ du Groupe W._____ sans distinction entre les montants dus au titre de la LAMal et ceux dus au titre de la LCA. Aucune pièce au dossier n'atteste que le recourant aurait reçu personnellement des rappels et des sommations.

Selon la jurisprudence (arrêt du TF 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.2), les formalités prescrites par l'art. 105b OAMal sont toutefois des prescriptions d'ordre, dont l'inobservation n'entraîne pas la péremption des droits aux arriérés ou de la procédure de poursuite. L'assureur n'est pas non plus tenu de procéder à une nouvelle sommation s'il entend faire valoir ses droits par la voie de la poursuite.

On peut donc laisser indécise la question de savoir si, en l'espèce, l'assureur aurait dû adresser au recourant personnellement une nouvelle sommation portant uniquement sur les montants dus au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal.

La réquisition de poursuite adressée le 16 décembre 2013 au nom de l'intimée O. _____ Assurance-maladie à l'office compétent concernait également l'ensemble des montants réclamés au recourant par les sociétés O. _____ du Groupe W. _____, soit tant ceux dus au titre de l'assurance obligatoire des soins que ceux dus aux titres d'assurances complémentaires.

Toutefois, à juste titre, tant la décision du 18 février 2014 que la décision sur opposition du 26 mai 2014 n'ont levé définitivement l'opposition au commandement de payer que pour les montants dus au titre de l'assurance obligatoire de soins (LAMal).

On relève enfin que les frais de commandement de payer suivent le sort de la poursuite (cf. art. 68 LP ; cf. RAMA 5/2003 consid. 4 *in* KV 251 p. 226 ; cf. ég. JT 1974 II 95, avec note de GILLIÉRON ; JT 1979 II 127). Ils ne peuvent dès lors pas faire l'objet d'une décision de la part de l'assureur social.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de réformer très partiellement la décision attaquée, les frais de poursuite ne pouvant être directement mis à charge du recourant.

5. a) Les considérants qui précèdent conduisent par conséquent à l'admission très partielle du recours et à la confirmation pour le surplus de la décision attaquée.

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

**Par ces motifs,
le juge unique**

prononce :

- I. Le recours interjeté le 27 juin 2014 par le recourant Y._____ est très partiellement admis.
- II. Les conclusions prises par Y._____ en remboursement de prestations par O._____ Assurance-maladie sont irrecevables.
- III. Le chiffre 4.2. de la décision sur opposition d'O._____ Assurance-maladie du 26 mai 2014 est confirmé.
- IV. Le chiffre 4.3. de la décision sur opposition d'O._____ Assurance-maladie est réformé en ce sens que la mainlevée définitive de l'opposition dans la poursuite n° 6879930 de l'Office des poursuites de la Riviera - Pays d'Enhaut est prononcée à hauteur de 3'519 fr. 75, plus intérêt à 5 % l'an sur le montant de 1'589 fr. 75 dès le 16 avril 2011, l'opposition étant maintenue pour le surplus.
- V. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Y._____,
- O._____ Assurance-maladie,
- 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 :