

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 février 2017

Composition : Mme DESSAUX, juge unique
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

A.L. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 25 al. 3, 49, 51, 53 al. 2 LPGA ; art. 64a LAMal ; art. 105b OAMal

E n f a i t :

A. A.L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est affilié auprès de T._____ Assurance-maladie (ci-après : T._____ Assurance-maladie ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

Le 14 mars 2013, T._____ Assurance-maladie a envoyé au recourant une facture de participation aux coûts suite à l'achat de médicaments le 11 février 2013 pour un montant de 59 fr. 55, exigible dans les 30 jours en application du chiffre 26 du Règlement de l'Assurance obligatoire des soins édité par T._____ Assurance-maladie.

Par décision sur opposition du 17 avril 2013, T._____ Assurance-maladie a renoncé à poursuivre l'assuré pour le recouvrement d'une somme de 13 fr. 70, correspondant à des frais de sommation et d'administration dans une poursuite ouverte en raison du retard de l'assuré dans le paiement de primes et de participations aux coûts en 2011.

Par prononcé du 18 avril 2013, l'Office vaudois de l'assurance-maladie (ci-après : OVAM) a mis l'assuré au bénéfice de subsides à l'assurance-maladie, prenant en charge l'intégralité des primes relatives à l'assurance obligatoire des soins dès le 1^{er} janvier 2013.

Le 8 juin 2013, T._____ Assurance-maladie a adressé à l'assuré un décompte de primes constatant qu'elle était sa débitrice d'un montant de 445 fr. 70, correspondant à la prime de juin 2013 et annulant la prime de juillet 2013. L'intimée a ainsi versé à l'assuré le montant précité alors qu'en réalité, celui-ci ne s'était pas acquitté de la prime de juin 2013.

Par rappel du 6 juillet 2013, T._____ Assurance-maladie a réclamé à l'assuré le paiement d'un montant de 511 fr. 55 dans un délai

au 5 août 2013. Ce rappel mentionnait qu'étaient encore impayées la prime nette d'assurance obligatoire des soins au 30 juin 2013 par 432 fr., la participation aux coûts de 59 fr. 55, auxquelles s'ajoutaient des frais administratifs à hauteur de 20 francs. De fait, l'intimée a déduit de la prime de 445 fr. 70 le montant de 13 fr. 70 qu'elle avait renoncé à recouvrer par décision sur opposition du 11 avril 2013.

Par sommation du 27 janvier 2014, T._____ Assurance-maladie a réclamé à nouveau le paiement de la somme de 511 fr. 55, augmentée de 100 fr. de frais.

Le 27 février 2014, l'assuré a demandé des explications à T._____ Assurance-maladie concernant le montant réclamé à titre de participation aux coûts médicaux et a contesté devoir rembourser le montant correspondant à la prime du mois de juin 2013.

T._____ Assurance-maladie a, le 27 mars 2014, requis une poursuite auprès de l'Office des poursuites du district de Lausanne pour un montant de 491 fr. 55, correspondant à la prime de juin 2013 et à la participation aux coûts médicaux, et de 120 fr. au titre de frais de sommation et d'administration. Le commandement de payer (poursuite n° [...]) a été notifié à l'assuré et frappé d'opposition le 10 avril 2014.

Le 23 avril 2014, T._____ Assurance-maladie a adressé à l'assuré, à sa demande, le décompte des créances ouvertes et facturées, parmi lesquelles la somme de 611 fr. 55, soit 432 fr. à titre de prime LAMal du 1^{er} juin 2013 au 30 juin 2013, avec la mention « remboursement erroné du subside », 59 fr. 55 à titre de participation aux frais LAMal, 20 fr. de frais de sommation et 100 fr. de frais d'administration. La Poste a renvoyé le courrier à T._____ Assurance-maladie, avec mention sur l'enveloppe « Le destinataire est introuvable à l'adresse indiquée. » Le 2 mai 2014, T._____ Assurance-maladie s'est adressé au Service du contrôle des habitants afin d'obtenir l'adresse de l'assuré, sans cependant renvoyer le décompte à la nouvelle adresse.

T._____ Assurance-maladie a levé l'opposition de l'assuré au commandement de payer par décision du 15 mai 2014, ajoutant à sa charge des frais de poursuite à hauteur de 53 fr. 30.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 19 juin 2014.

T._____ Assurance-maladie a rendu une décision sur opposition le 11 septembre 2014, prononçant la mainlevée de l'opposition à hauteur de 611 fr. 55.

B. A.L._____ a recouru contre la décision précitée le 13 octobre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant en substance et pour l'essentiel à son annulation ainsi qu'à la radiation de la poursuite litigieuse, sous suite de frais et dépens, ces derniers étant chiffrés à 3'000 fr., soit 1'000 fr. pour l'opposition et 2'000 fr. pour la procédure judiciaire. Il a produit une liasse de pièces, dont deux quittances concernant les frais de rédaction de l'opposition et du recours en faveur de B.L._____.

Par réponse du 7 novembre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Le recourant a maintenu ses conclusions par écritures des 30 novembre et 2 décembre 2014. L'intimée a fait de même par deux écritures du 23 décembre 2014. Le recourant s'est encore prononcé le 25 janvier 2015, confirmant à nouveau sa position.

Invitées à se déterminer sur une substitution des motifs, soit en l'occurrence l'examen des conditions d'une reconsidération s'agissant du décompte de prime du 8 juin 2013, seule l'intimée s'est prononcée, par écriture du 5 novembre 2015. Les conditions d'une reconsidération étaient selon elle remplies dans le cas d'espèce.

C. La preuve du paiement de la prime de juin 2013 comme de la participation aux coûts n'a pas été apportée par le recourant.

D. Les arguments des parties seront repris, dans la mesure utile, dans les considérants en droit ci-après.

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 [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 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).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte les autres formalités (art. 61 let. b LPGA notamment), 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., le Juge unique est compétent pour statuer dans la présente cause (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1).

En l'espèce, le litige porte sur le bien-fondé de la décision rendue le 11 septembre 2014 par l'intimée, prononçant la mainlevée de l'opposition dans le cadre de la procédure n° [...] à hauteur de 611 fr. 55, frais de poursuite non compris, se rapportant à la restitution par le recourant du montant de 432 fr. versé par erreur, à la facturation d'une participation aux coûts de 59 fr. 55, ainsi qu'à des frais de sommation et administratifs.

Cela étant, les autres griefs formulés par le recourant ne seront pas examinés dès l'instant où ils sortent du cadre litigieux.

3. 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]).

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.

b) Les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (cf. art. 5 let. f LSAMal [loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale ; RS 832.12]), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP (loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite

pour dettes et la faillite ; RS 281.1) (TF 9C_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1 ; cf. également art. 105b OAMal).

L'assureur qui entend procéder au recouvrement d'une créance peut choisir entre, premièrement, agir pour obtenir d'abord un jugement condamnant au paiement de la créance et introduire ensuite la poursuite ou, deuxièmement, requérir en premier lieu la poursuite puis, en cas d'opposition au commandement de payer de l'assuré, agir par la voie de la procédure administrative pour faire reconnaître son droit. Selon le second mode de procéder, l'assureur doit rendre une décision condamnant le débiteur à lui payer une somme d'argent et lever lui-même l'opposition au commandement de payer. La continuation de la poursuite ne pourra ensuite être requise que sur la base de la décision passée en force qui écarte expressément l'opposition (ATF 134 III 115 consid. 4.1 et 4.1.2 ; TF 9C_414/2015 du 16 octobre 2015 consid. 4.2.1).

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.

c) En l'espèce, ensuite d'une erreur de comptabilisation, l'intimée a remboursé au recourant le montant correspondant à la prime du mois de juin 2013 alors que l'entier des primes 2013 était couvert par le subside accordé par l'OVAM et que le recourant ne s'était acquitté d'aucune prime en 2013.

Cette situation est analogue à celle d'un assuré qui aurait effectivement payé sa prime d'assurance-maladie de juin 2013 puis bénéficié d'une décision lui accordant rétroactivement un subside pour la totalité de la prime litigieuse, et aurait ainsi pu obtenir, sur la base de l'art. 25 al. 3 LPGA, le remboursement de la prime payée en trop. Selon cette disposition, le remboursement de cotisations payées en trop peut être demandé, ce droit s'éteignant une année après que le cotisant a eu connaissance de ses paiements trop élevés, mais au plus tard cinq ans

après la fin de l'année civile au cours de laquelle les cotisations ont été payées.

Le législateur n'a certes pas envisagé le cas de figure litigieux. Il n'en demeure pas moins que l'art. 25 al. 3 LPGA est une loi spéciale régissant le remboursement de cotisations indues. Par conséquent, tout litige en relation avec la cause et les modalités de ce remboursement de même que la révision ou la reconsidération d'une décision de restitution de cotisations indues sont soumises à la LPGA. Les dispositions des art. 62 ss CO (code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220) ne sont donc pas applicables.

4. a) L'art. 25 al. 1 LPGA, aux termes duquel les prestations indûment touchées doivent être restituées (1^{re} phrase), est issu de la réglementation et de la jurisprudence antérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 318 consid. 5.2 et les références). Selon cette jurisprudence, l'obligation de restituer suppose que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale de la décision - formelle ou non - par laquelle les prestations en cause ont été allouées (ATF 129 V 110 consid. 1.1 et 126 V 23 consid. 4b ; voir également à propos de l'art. 95 LACI : Edgar IMHOF/Christian ZÜND, ATSG und Arbeitslosenversicherung, *in* : RSAS 2003 p. 304 ss).

b) La révision et la reconsidération sont désormais explicitement réglées à l'art. 53 al. 1 et 2 LPGA. A teneur de cette disposition, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Cette disposition codifie ainsi la jurisprudence antérieure à son entrée en vigueur ; selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement en force de

chose jugée sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nulle doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 126 V 23 consid. 4b). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 127 V 466 consid. 2c et 126 V 23 consid. 4b).

Ces principes sont aussi applicables lorsque des prestations ont été accordées sans avoir fait l'objet d'une décision formelle et que leur versement, néanmoins, a acquis force de chose décidée. Il y a force de chose décidée si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord avec une certaine solution adoptée par l'administration et exprimé sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 129 V 110 consid. 1.1 ; cf. TF C 128/06 du 10 mai 2007 consid. 3).

La jurisprudence n'a pas fixé de valeur limite s'agissant de l'importance notable de la rectification. Il convient de se fonder sur l'ensemble des circonstances du cas particulier et notamment sur le laps de temps qui s'est écoulé depuis le moment où des prestations indues ont été allouées (ATF 107 V 180 consid. 2b). Le caractère notable de la rectification a été nié s'agissant de la restitution de 601 fr. 20 intervenant deux ans plus tard, de 568 fr. 10 et de 494 fr. survenant respectivement plus d'un an et demi et quelques mois après le versement (TF C 205/00 consid. 5 et la jurisprudence citée).

c) Le droit de demander la restitution de prestations indûment touchées s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (art. 25 al. 2, 1^{re} phrase, LPGA). Il s'agit là d'un délai de péremption (TF 8C_616/2009 du 14 décembre 2009 ; cf. pour l'ancien droit ATF 124 V 380 consid. 1 ; 122 V 270 consid. 5a et 119 V 431 consid. 3a et la jurisprudence citée).

5. Il s'agit donc de déterminer si les conditions d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA sont réalisées, plus exactement si l'intimée pouvait revenir sur son décompte de primes du 8 juin 2013, dans lequel elle se reconnaissait débitrice du montant de 445 fr. 70 correspondant à la prime de juin 2013.

a) En l'espèce, le recourant n'est pas intervenu auprès de l'intimée pour contester le décompte de primes du 8 juin 2013. Ce décompte revêt ainsi la qualité d'une décision rendue en application de la LAMal, ayant acquis force de chose décidée.

b) Les conditions de la reconsidération sont en l'espèce réalisées. En effet, aucune décision judiciaire n'a été rendue sur l'objet litigieux. L'intimée a commis une erreur manifeste, dès lors que le recourant n'avait pas droit au remboursement de la cotisation du mois de juin 2013 faute de s'être acquitté personnellement de cette prime, au demeurant entièrement subsidiée.

Le remboursement erroné de la cotisation de juin 2013 a probablement été effectué le 8 juin 2013 ou dans les jours suivants. L'intimée s'est manifestement aperçue de l'erreur au stade du contrôle mensuel suivant et est intervenue le 6 juillet 2013 à l'endroit du recourant pour obtenir la restitution du montant versé à tort. La brièveté de cet intervalle temporel permet de qualifier la rectification de notablement importante, d'autant qu'il s'agissait d'une inadvertance comptable relative à un indu et non à une prestation proprement dite.

Enfin, le délai de péremption d'un an de l'art. 25 al. 2 LPGA n'était pas échu, la demande de restitution étant intervenue mois d'un mois après le versement litigieux.

6. a) En l'occurrence, la reconsidération est intervenue implicitement, soit sous la forme du rappel du 6 juillet 2013, lequel doit être assimilé, en tant qu'il porte sur le remboursement du montant de 432 fr., à une décision informelle de restitution rendue selon la procédure

simplifiée de l'art. 51 LPGA. Selon cette disposition, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (al. 1), l'intéressé pouvant exiger qu'une décision soit rendue (al. 2).

b) L'art. 49 LPGA prévoit que l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al. 1). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3).

La loi ne précise pas dans quel laps de temps l'intéressé doit déclarer son désaccord avec le mode de règlement choisi par l'administration. Cela étant, d'après la jurisprudence, on contreviendrait aux principes de l'équité et de la sécurité du droit si l'on considérait comme sans importance, du point de vue juridique, une renonciation – expresse ou tacite – à des prestations. On peut en effet attendre de la personne qui n'admet pas une certaine solution, et qui entend voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours, qu'elle fasse connaître son point de vue dans un délai d'examen et de réflexion convenable (ATF 126 V 23 consid. 4b ; RAMA 1990 n° K 835 p. 82 consid. 2a et la jurisprudence citée ; TFA K 172/04 du 13 mars 2006).

Ainsi, l'octroi de prestations, tout comme une créance ou une injonction signifiée sans décision formelle par un assureur social – dans le cadre de la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA – peuvent produire les mêmes effets qu'une décision entrée en force si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord ou sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (ATF 122 V 367 consid. 3 ; TFA C 253/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiqué à tort par l'assureur selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus entre en force comme si la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2). Il convient d'admettre que cette jurisprudence s'applique également à une créance en restitution.

c) Dans son courrier du 27 février 2014, le recourant a contesté devoir rembourser le montant correspondant à la prime de juin 2013. Il a ainsi manifesté son désaccord à l'endroit de la décision informelle de restitution du 8 juin 2013, et ceci avant l'échéance du délai d'une année fixé par voie jurisprudentielle.

En conséquence, l'intimée devait rendre une décision formelle de restitution, assortie des voies de droit et d'une motivation, comme l'impose l'art. 49 al. 1 et 3 LPGA.

Cela étant, en l'absence d'une décision de restitution rendue conformément aux exigences légales, l'intimée ne saurait se prévaloir d'un titre de mainlevée, définitive ou provisoire, s'agissant de sa créance de 432 francs.

7. a) La créance en paiement de la participation aux coûts d'un montant de 59 fr. 55, correspondant à la facturation de médicaments, a fait l'objet d'un décompte le 14 mars 2013, lequel n'a pas été contesté par le recourant.

b) L'impossibilité évoquée par le recourant d'obtenir de l'aide sociale le paiement de cette facture en raison de modalités administratives n'a pas d'influence sur le fondement de la créance. Il demeurerait en effet le seul débiteur de cette facture à l'égard de l'intimée

c) Le recourant invoque également la compensation en relation avec une créance de 142 fr. 80 qu'il aurait à l'encontre de l'intimée. Outre que le recourant ne démontre pas l'existence de cette créance, il ne saurait en exiger la compensation, eu égard à 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), selon laquelle 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. Cette interdiction résulte de l'art. 125 ch. 3 CO 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.

8. a) Selon l'art. 64a al. 1 LAMal, 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 (al. 2). L'al. 2 prévoit que 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.

Aux termes de l'art. 105b OAMal, 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 distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, l'assureur doit impartir à l'assuré un délai de trente jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences qu'il encourt 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).

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 des prescriptions d'ordre, dont l'inobservation n'entraîne pas la péremption des droits aux arriérés ou de la procédure de poursuite. La seule conséquence que la loi attache à l'inobservation de ces délais est que la sanction prévue à l'art. 64a al. 2 LAMal ne prend pas effet (à l'inverse de celle prévue à l'art. 64a al. 4 LAMal). L'art. 105b al. 1 et 2 OAMal vise en effet à empêcher que les assureurs ne tardent trop avant d'entreprendre les démarches nécessaires au recouvrement des primes dues (TF 9C_786/2008 du 31 octobre 2008 consid.3 ; Gebhard EUGSTER, Kankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., 2007, p. 747 n. 1028).

b) En l'espèce, dans la mesure où le recourant ne s'est pas acquitté de la facture de participation aux coûts du 14 mars 2013, l'intimée n'avait d'autre choix que de lui adresser un rappel, en l'occurrence le 6 juillet 2013, puis une sommation le 27 janvier 2014. Celle-ci mentionnait les conséquences liées au non-respect du délai imparti pour effectuer le paiement.

Le délai de trois mois de l'art. 105b al. 1 OAMal n'a certes pas été respecté, la créance relative à la participation aux coûts étant exigible dès le 14 avril 2013 et la sommation datant du 27 janvier 2014. Au vu de la jurisprudence, l'inobservation par l'intimée de cette incombance ne fait cependant pas obstacle à la continuation de la poursuite mais seulement à la suspension de la prise en charge des coûts des prestations au sens de l'art. 64a al. 2 LAMal.

Dans la mesure où le recourant n'invoque aucun motif pertinent pour justifier son retard, l'intimée était légitimée à facturer des frais de rappel et d'administration, ceux-ci étant expressément prévus au chiffre 22.3 de son Règlement d'assurance obligatoire des soins, qui stipule que « outre des intérêts moratoires et des frais de poursuite, T. _____ Assurance-maladie a le droit de réclamer aux mauvais payeurs, dans une mesure appropriée, des frais de traitement, notamment des frais de sommation ainsi que des frais d'administration pour l'encaissement ». Le montant de ces frais n'est ni disproportionné, ni arbitraire (ATF 125 V 276), étant précisé que le temps nécessaire au traitement du contentieux relatif à une facture sera en principe identique quelle que soit son montant. Ainsi, même si les frais sont d'un montant supérieur à la créance, ils peuvent encore être considérés comme appropriés.

9. a) Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre partiellement le recours et de réformer la décision sur opposition litigieuse en ce sens que l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de Lausanne est levée à raison d'un montant de 59 fr. 55 correspondant à la facture de participation aux coûts du 14 mars 2013 et du montant de 120 fr. au titre de frais de sommation et d'administration.

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

Bien que le recourant obtienne partiellement gain de cause, il ne saurait être donné suite à ses conclusions en dépens dans la mesure où il n'est pas représenté par un mandataire professionnel (cf. art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. également eu égard à la notion de représentation professionnelle : art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1).

**Par ces motifs,
la juge unique
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est partiellement admis, dans la mesure où il est recevable.

- II. La décision sur opposition rendue le 11 septembre 2014 par T._____ Assurance-maladie est réformée en ce sens que l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de Lausanne est définitivement levée à raison du montant de 59 fr. 55 correspondant à la facture de participation aux coûts du 14 mars 2013 ainsi que du montant de 120 fr. au titre de frais de sommation et d'administration, et maintenue pour le surplus.

- III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- A.L. _____,
- T. _____ 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 :