

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 septembre 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourant,

et

W._____ **SA**, à [...], intimée.

**Art. 26 al. 1 LPGA ; 3 al. 1, 7 al. 5, 61 et 64a LAMal ; 105a et 105b
OAMal**

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1990, est assuré auprès de W. _____ SA (ci-après : l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10). Pour 2015, sa prime mensuelle nette s'élevait à 251 fr. du 1^{er} janvier au 30 avril 2015, puis à 338 fr. 10 dès le 1^{er} mai 2015.

Par courrier du 16 février 2015, W. _____ SA a signifié ce qui suit à l'assuré :

**« Résiliation de l'assurance obligatoire des soins au 31.12.2014
La confirmation d'affiliation du nouvel assureur manque
Référence: [...],G. _____**

Monsieur,

Nous avons résilié l'assurance obligatoire des soins LAMal au 31.12.2014 pour la personne suivante:

G. _____, [...]

Nous avons confirmé cette résiliation. Néanmoins, nous constatons qu'il nous manque dans notre dossier la confirmation d'affiliation du nouvel assureur-maladie.

De ce fait, nous vous prions de demander à votre nouvel assureur-maladie de nous faire parvenir cette confirmation dans les 7 jours à compter de la date de cette lettre.

La confirmation d'affiliation peut nous être envoyée comme suit:

Par courrier: [...]
Téléfax: [...]
Email: [...]

Si nous ne devons pas recevoir cette confirmation de la part de votre nouvel assureur-maladie dans le délai imparti, nous serons obligés de réactiver votre assurance obligatoire des soins LAMal au 01.01.2015, conformément à l'Article 7, al. 5 de la LAMal. ».

Par décomptes de primes des 9 mai, 6 juin et 4 juillet 2015, W. _____ SA a respectivement facturé à l'assuré les primes de janvier à

juin 2015 pour un montant total de 1'680 fr. 20, payable jusqu'au 30 juin 2015, la prime de juillet 2015 pour un montant de 338 fr. 10, payable jusqu'au 31 juillet 2015, et la prime d'août 2015 pour un montant de 338 fr. 10, payable jusqu'au 31 août 2015.

Faute de paiement dans les délais impartis, W. _____ SA a adressé à l'assuré les rappels suivants :

- le 12 juillet 2015, pour un montant de 1'680 fr. 20 (primes de janvier à juin 2015), payable jusqu'au 30 juillet 2015 ;
- le 15 août 2015, pour un montant de 338 fr. 10 (prime de juillet 2015), payable jusqu'au 2 septembre 2015 ;
- le 19 septembre 2015, pour un montant de 338 fr. 10 (prime d'août 2015), payable jusqu'au 7 octobre 2015.

En l'absence de paiement dans ces délais, W. _____ SA a adressé à l'assuré les sommations suivantes :

- le 15 août 2015, pour un montant de 1'680 fr. 20 (primes de janvier à juin 2015), auquel s'ajoutaient des frais de sommation, par 15 fr., payable jusqu'au 14 septembre 2015 ;
- le 19 septembre 2015, pour un montant de 338 fr. 10 (prime de juillet 2015), auquel s'ajoutaient des frais de sommation, par 15 fr., payable jusqu'au 19 octobre 2015 ;
- le 22 octobre 2015, pour un montant de 338 fr. 10 (prime d'août 2015), auquel s'ajoutaient des frais de sommation, par 15 fr., payable jusqu'au 21 novembre 2015.

Ces trois documents mentionnaient chacun ce qui suit :

« LAMal art. 64a, al. 2: 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. LAMal art. 64a, al. 6: En dérogation à l'art. 7, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuites. ».

L'assuré ne s'étant pas acquitté des montants précités dans les délais impartis par les sommations, W. _____ SA a requis la poursuite le 19 décembre 2015. Le 29 janvier 2016, l'assuré s'est vu notifier un commandement de payer dans la poursuite ordinaire n° 7712669 de l'Office des poursuites du district de la Riviera - Pays-d'Enhaut pour des montants de 2'356 fr. 40 plus intérêts à 5% l'an dès le 13 juillet 2015 à titre de primes d'assurance de janvier à août 2015 et de 150 fr. à titre de frais administratifs. Ce commandement de payer a été frappé d'opposition totale.

Par décision du 3 mars 2016, W. _____ SA a constaté qu'il existait un arriéré de paiement de 2'582 fr. 85 et a levé l'opposition de l'assuré. Elle l'a invité à s'acquitter d'un montant de 2'656 fr. 15 dans un délai de 30 jours, correspondant aux primes de janvier à août 2015, par 2'356 fr. 40, aux frais administratifs, par 150 fr., aux intérêts moratoires sur le montant des primes depuis le 13 juillet 2015, par 76 fr. 45, et aux frais de poursuite, par 73 fr. 30.

Le 15 mars 2016, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Il a exposé avoir résilié son contrat d'assurance, que cette résiliation avait été confirmée par courrier du 16 février 2015, que tous les paiements étaient à jour au 1^{er} janvier 2015 et qu'il était désormais affilié à une « assurance privée » dont il ne souhaitait pas divulguer l'identité.

Par courrier du 5 avril 2016, W. _____ SA a signifié ce qui suit à l'assuré :

« Dans votre opposition, vous invoquez que nous avons confirmé la résiliation de votre contrat d'assurance par notre correspondance du 16 février 2015. De plus, vous indiquez que vous voulez garder secret votre nouvelle affiliation.

Dans notre lettre du 16 février 2015, nous avons indiqué toutefois qu'il manquait la confirmation d'affiliation de votre nouvel assureur. Sans cette dernière, nous ne pouvons pas résilier votre contrat. En effet, selon l'art. 3 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), toute personne domiciliée en Suisse doit être assurée pour les soins en cas de maladie. Nous sommes donc contraints d'avoir une confirmation que vous êtes bel et bien assuré auprès dans l'assurance obligatoire des soins d'un autre assureur avant de résilier votre contrat auprès de W._____ SA (art. 7 al. 5 LAMal). Comme nous n'avons pas reçu cette confirmation, nous n'avons pas pu résilier le contrat et, de ce fait, vous êtes toujours assuré chez nous.

Au vu de ce qui précède, le montant de **CHF 2'656.15** est dû, à savoir CHF 2'356.40 pour les primes LAMal des mois de janvier à août 2015, CHF 150.00 de frais administratifs, CHF 76.45 d'intérêts moratoires et CHF 73.30 de frais de poursuite. Nous vous prions dès lors de bien vouloir nous verser le montant dû **jusqu'au 30 avril 2016** à l'aide du bulletin de versement annexé.

A défaut de paiement dans le délai imparti, la procédure suivra son cours. ».

Le 6 avril 2016, l'assuré a écrit à W._____ SA qu'il maintenait son opposition, exposant en substance qu'il n'était pas d'accord avec le système d'affiliation obligatoire pour les soins en cas de maladie car il avait l'impression de « payer dans le vide » et qu'il voulait être le seul à devoir payer pour ses soins au cas où il serait hospitalisé par sa faute.

W._____ SA lui a répondu en ces termes le 25 avril 2016 :

« Selon vous, nous utilisons la loi pour faire du profit Les barèmes et le système de franchises que nous appliquons sont injustes. Vous assimilez votre situation à du vol, car vous devez payer des primes pour des prestations que vous ne recevez pas et que vous ne voulez pas recevoir. Vous désirez être le seul responsable de votre personne, en payant vous-même le cas échéant les soins qui vous seront prodigués. Vous mentionnez également ne pas hésiter à recourir aux moyens légaux pour faire valoir votre désaccord.

S'agissant des barèmes et du système de franchises, nous ne les fixons pas à notre guise. Les tarifs des primes doivent être approuvés par l'Office fédéral de la santé public (OFSP). Cette obligation ressort de l'art. 92 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). L'OAMal prévoit également des formes particulières d'assurance que les assureurs peuvent appliquer (art. 93 ss OAMal). De ce fait, nous sommes limités et soumis à des contrôles qui ne nous permettent pas de profiter des assurés et ce n'est de toute façon pas notre objectif.

Comme nous vous l'avons déjà écrit dans notre lettre du 5 avril 2016, sans la confirmation d'affiliation de votre nouvel assureur, nous ne pouvons pas résilier votre contrat. En effet, selon l'art. 3 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), toute personne domiciliée en Suisse doit être assurée pour les soins en cas de maladie. Nous sommes donc contraints d'avoir une confirmation que vous êtes bel et bien assuré dans l'assurance obligatoire des soins d'un autre assureur avant de résilier votre contrat auprès de W._____ SA (art. 7 al. 5 LAMal). Il convient encore de vous informer que, selon la jurisprudence (ATF 127 V 38), lorsque la confirmation du nouvel assureur est communiquée à l'ancien assureur seulement après l'expiration du délai de résiliation, l'ancien rapport d'assurance s'éteint à la fin du mois au cours duquel l'information tardive parvient à l'assureur précédent. Cependant, l'assuré qui n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite à l'échéance du délai de résiliation ne peut pas changer d'assureur avant le prochain terme légal possible (art. 64a al. 6 LAMal et art 105I OAMal). Comme, à ce jour, nous n'avons pas reçu cette confirmation, nous n'avons pas pu résilier le contrat et, de ce fait, vous êtes toujours assuré chez nous. L'un des buts principaux de la LAMal était de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse, afin d'instaurer un système de solidarité. Vous ne pouvez vous extraire de ce système voulu par le législateur. Vous êtes donc contraints d'être couverts par l'assurance obligatoire des soins et d'en payer les primes.

Vous mentionnez vouloir saisir le tribunal dans l'hypothèse où vous n'obtiendriez pas gain de cause. A ce sujet, nous vous informons que, à défaut de paiement, une décision sur opposition sera rendue, susceptible de recours auprès du Tribunal. Vous aurez donc tout loisir de saisir la justice en temps voulu. Cependant, tout comme les assureurs, les Tribunaux se doivent de garantir l'application des lois en vigueur.

Nous comprenons votre sentiment de colère, mais le système de l'assurance-maladie en Suisse est fait de cette manière et nous ne pouvons pas le changer. Nous nous devons d'appliquer la loi.

Au vu de ce qui précède, votre situation n'est pas mésestimée mais nous sommes obligés en vertu des bases légales d'encaisser les primes. Vous nous devez donc un montant de CHF 2'656.15, à savoir **CHF 2'356.40** pour les primes LAMal des mois de janvier à août 2015, CHF 150.00 de frais administratifs, CHF 76.45 d'intérêts moratoires et CHF 73.30 de frais de poursuite. Nous vous prions dès lors de bien vouloir nous verser le montant dû **jusqu'au 30 avril 2016** à l'aide du bulletin de versement annexé.

A défaut de paiement dans le délai imparti, la procédure suivra son cours. ».

Par décision sur opposition du 12 mai 2016, W._____ SA a rejeté l'opposition, dit que l'assuré lui devait un montant de 2'356 fr. 40 pour les primes échues, auquel s'ajoutaient des frais administratifs de

150 fr. ainsi qu'un intérêt moratoire de 5% dès le 13 juillet 2015, et prononcé la mainlevée de l'opposition dans la poursuite n° 7712669 de l'Office des poursuites du district de la Riviera - Pays-d'Enhaut à concurrence de 2'356 fr. 40 pour les primes échues, auxquels s'ajoutaient des frais administratifs de 150 fr. ainsi qu'un intérêt moratoire de 5% dès le 13 juillet 2015, les frais de poursuite étant à la charge de l'intéressé. Elle a exposé que faute d'avoir reçu une confirmation d'affiliation du nouvel assureur, l'assuré restait affilié auprès d'elle au-delà du 31 décembre 2014, de sorte que les montants réclamés étaient dus.

B. Par acte du 26 mai 2016 (date du timbre postal), G. _____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que les montants réclamés n'étaient pas dus. Il a exposé en substance avoir résilié son contrat avec l'intimée pour le 31 décembre 2014, qu'il refusait d'être assuré obligatoirement pour les soins en cas de maladie et qu'il voulait être le seul à payer ses éventuels soins. Il a également relevé être affilié à l'intimée depuis le 1^{er} janvier 2008, date à laquelle il n'était pas majeur, de sorte que le contrat serait nul.

Dans sa réponse du 15 juin 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 12 mai 2016. Elle a rappelé le principe de l'assurance obligatoire pour les soins en cas de maladie, que le recourant n'avait pas établi son affiliation auprès d'un autre assureur de sorte que sa résiliation pour le 31 décembre 2014 n'était pas valable et que les montants réclamés étaient dus.

Invité à répliquer, le recourant n'a pas procédé.

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, sous réserve de dérogations expresses

(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 (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). Un membre de cette cour statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. au vu des montants réclamés, la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour, statuant en tant que juge unique.

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 (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'intimée était en droit de réclamer au recourant le montant de 2'356 fr. 40 à titre de primes impayées pour les mois de janvier à août 2015, auquel s'ajoutaient des intérêts moratoires à 5% l'an dès le 13 juillet 2015 ainsi que des frais administratifs, par 150 fr., et ainsi prononcer la mainlevée de l'opposition dans cette mesure.

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 126 V 265 consid. 3b et la référence citée). Aussi consacre-t-elle le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (*cf.* art. 3 al. 1 LAMal).

b) 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). Respectivement, 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. 13 al. 2 let. a LAMal), 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 [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]).

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).

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, 1^{ère} phrase).

b) L'art. 64a LAMal prévoit 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 (al. 1). 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, 1^{ère} phrase). 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 et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (al. 6, 1^{ère} phrase). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8, 2^e phrase).

c) Selon l'art. 105b OAMal, en cas de non-paiement par l'assuré des primes et des participations aux coûts, l'assureur envoie la sommation dans les trois mois qui suivent leur exigibilité ; il l'adresse

séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels (al. 1). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement 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. 2). Les frais de rappel, respectivement de dossier, constituent l'accessoire de la créance ; selon la jurisprudence, l'assureur ne peut les mettre à la charge de l'assuré qu'à la double condition que cette mesure soit prévue par les conditions générales d'assurance et qu'il y ait faute de la part de l'intéressé (ATF 125 V 276). Il y a faute de l'assuré lorsque, par son comportement, il oblige l'assureur à lui adresser des rappels l'exhortant à s'acquitter de ses cotisations (TFA K 28/02 et K 30/02 du 29 janvier 2003 consid. 6 *in fine*).

d) L'art. 26 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA dispose que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. Le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5% par année (art. 105a OAMal). Le *dies a quo* de l'intérêt moratoire est fixé au lendemain de l'échéance de la prime mensuelle concernée et court jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), étant précisé que les primes doivent être payées d'avance et en principe tous les mois (art. 90 al. 1 OAMal). La perception d'intérêts moratoires sur les primes échues est impérative. Ce caractère impératif se déduit de l'art. 26 al. 1, 2^e phrase, LPGA qui dispose que le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions (à l'intérêt moratoire de 5%) pour les créances modestes ou échues depuis peu. Or, aucune exception fondée sur cette disposition n'ayant été prévue par cette autorité dans le cadre de l'OAMal, on doit en déduire qu'en matière assurance-maladie, l'assureur ne peut renoncer à la perception d'intérêts moratoires pour les primes échues.

5. a) En l'espèce, il est constant que lorsqu'il a entrepris de résilier pour le 31 décembre 2014 l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie conclue auprès de l'intimée, le recourant ne lui a pas transmis

de confirmation d'affiliation auprès d'un autre assureur maladie à compter du 1^{er} janvier 2015, ni ne lui a communiqué l'identité de son nouvel assureur. L'intimée lui a dès lors signifié par courrier du 16 février 2015 que sans ce document, sa résiliation ne pouvait pas prendre effet et l'a invité à demander à son nouvel assureur de lui faire parvenir une confirmation d'affiliation dans un délai de 7 jours, faute de quoi l'assurance conclue serait réactivée au 1^{er} janvier 2015. L'intéressé n'y a toutefois pas donné suite et il ressort en substance de ses écritures qu'il refuse d'être assuré obligatoirement pour les soins en cas de maladie.

Dans ces conditions et conformément aux art. 3 al. 1 et 7 al. 5 LAMal, c'est à bon droit que l'intimée n'a pas mis fin au contrat d'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du recourant au 31 décembre 2014, de sorte qu'il convient de constater que l'intéressé était toujours affilié auprès de l'intimée à compter du 1^{er} janvier 2015. Le fait que le recourant allègue qu'il payerait lui-même ses frais médicaux en cas de besoin ne permet pas de faire exception au principe de l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population suisse. L'intéressé soutient également que le contrat avec l'intimée serait nul dès lors que son affiliation remonte au 1^{er} janvier 2008, date à laquelle il n'était pas majeur. Cet argument tombe à faux dès lors que le principe d'assurance obligatoire pour les soins en cas de maladie concerne toute personne domiciliée en Suisse, quel que soit son âge, les mineurs devant cas échéant être assuré par leur représentant légal (*cf.* art. 3 al. 1 LAMal).

Le recourant étant toujours affilié au 1^{er} janvier 2015, l'intimée était ainsi fondée à lui facturer les primes mensuelles prévues par la police d'assurance – soit 251 fr. du 1^{er} janvier au 30 avril 2015 et 338 fr. 10 dès le 1^{er} mai 2015 –, et en avait même l'obligation (*cf. supra* consid. 3b), ce qu'elle a fait par décomptes des 9 mai (pour les primes de janvier à juin 2015), 6 juin (pour la prime de juillet 2015) et 4 juillet 2015 (pour la prime d'août 2015). Faute de paiement par l'intéressé, l'intimée a suivi la procédure de l'art. 64a al. 1 LAMal en lui adressant des rappels écrits pour lesdites primes, respectivement les 12 juillet, 15 août et 19 septembre 2015, puis, des sommations les 15 août (pour les primes de janvier à juin

2015), 19 septembre (pour la prime de juillet 2015) et 22 octobre 2015 (pour la prime d'août 2015), lesquelles lui impartissaient un délai de 30 jours pour s'acquitter des montants réclamés et l'informaient des conséquences d'un retard de paiement. En l'absence de paiement dans les délais impartis, l'intimée, conformément à l'art. 64a al. 2, 1^{ère} phrase, LAMal, a fait notifier au recourant un commandement de payer pour un montant de 2'356 fr. 40, auquel s'ajoutaient des frais administratifs, par 150 fr., et des intérêts moratoires à 5% l'an dès le 13 juillet 2015 sur le montant des primes. L'intimée a ainsi respecté la procédure de recouvrement, ce que l'intéressé ne conteste d'ailleurs pas.

b) Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que le recourant est débiteur de l'intimée du montant de 2'356 fr. 40, correspondant aux montants des primes mensuelles impayées pour les mois de janvier à août 2015 ([251 fr. x 4 mois] + [338 fr. 10 x 4 mois]).

Quant aux frais administratifs réclamés, les conditions cumulatives autorisant leur perception sont réalisées dès lors que, d'une part, les primes litigieuses ont fait l'objet de rappels et sommations qui auraient pu être évités si le recourant s'était acquitté de son dû en temps opportun et, d'autre part, l'art. 14 ch. 3 du Règlement des assurances selon la LAMal édicté par l'intimée, dans son édition 01.2014, précise que les dépenses de celle-ci pour les frais de sommation et de poursuites sont à la charge de la personne assurée. Le montant de 150 fr. revendiqué par l'intimée à titre de frais administratifs n'apparaît par ailleurs ni disproportionné ni arbitraire (RAMA 1988 n° K 789 p. 431 consid. 2c).

S'agissant des intérêts moratoires réclamés sur les primes échues pour les mois de janvier à août 2015, leur perception est impérative (*cf. supra* consid. 4d) et peut donc être confirmée telle que revendiquée par l'intimée.

On rappellera enfin que les frais de poursuite suivent le sort de celle-ci (art. 68 LP ; RAMA 5/2003 n° KV 251 p. 226 consid. 4 ; JdT 1979 II

127 ; JdT 1974 II 95, avec note de Pierre-Robert Gilléron) ; il n'appartient donc pas au juge des assurances sociales de statuer à leur propos.

C'est donc à bon droit que l'intimée réclame au recourant un montant de 2'356 fr. 40, auquel s'ajoutent des intérêts moratoires à 5% l'an dès le 13 juillet 2015 et des frais administratifs, par 150 fr., et a prononcé la mainlevée de l'opposition au commandement de payer dans cette mesure.

6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant, au demeurant non assisté par un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 12 mai 2016 par W._____ SA est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- G. _____
- W. _____ SA
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :