

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 janvier 2017

---

Composition : M. NEU, juge unique  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant,

et

**MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA**, à Martigny (VS), intimée.

---

**Art. 53 al. 3 LPGA**

**E n f a i t e t e n d r o i t :**

Vu la décision rendue le 22 juin 2016 par Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : Mutuel ou l'intimée) maintenant l'affiliation de B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) auprès d'elle postérieurement au 31 décembre 2013,

vu l'opposition formée par l'assuré le 18 juillet 2016 / 4 août 2016 contre cette décision,

vu la décision sur opposition rendue par Mutuel le 16 septembre 2016, par laquelle elle a déclaré irrecevable l'opposition de l'assuré à l'encontre de la décision précitée,

vu le recours interjeté le 14 octobre 2016 par B.\_\_\_\_\_ contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, demandant implicitement qu'il soit constaté que son affiliation auprès de Mutuel a pris fin le 31 décembre 2013,

vu l'écriture de Mutuel du 7 novembre 2016 aux termes de laquelle elle a conclu à l'irrecevabilité du recours formé par B.\_\_\_\_\_,

vu le courrier adressé le 9 novembre 2016 à Mutuel par le magistrat instructeur à la teneur suivante :

« Nous accusons réception de votre courrier du 7 novembre 2016 accompagné de son bordereau, pièces qui retiennent notre meilleure attention.

Nous prenons note qu'une décision sur opposition a été rendue par vos soins le 16 septembre 2016, déclarant irrecevable l'opposition de votre assuré du 18 juillet 2016, de sorte que l'acte de recours de ce dernier déposé ceans le 14 octobre suivant paraît avoir été formé en temps utile.

Nous rapportant aux pièces que vous avez produites, il apparaît que l'irrecevabilité de l'opposition litigieuse tiendrait à un défaut de motivation, l'assuré n'ayant pas donné suite à votre demande de complément sur ce point dans le délai fixé.

Néanmoins, on ne peut s'empêcher d'observer que l'acte d'opposition du 18 juillet 2016 stipule expressément « Motif : résiliation de mon contrat d'assurance envoyée, et réceptionnée par votre service le 30 novembre 2013 », une copie des pièces utiles ayant été jointes à cet envoi. Dès lors, il est mal aisé de comprendre qu'un défaut de motivation ou même de conclusion ait pu être imputé à votre assuré, d'autant que la problématique alors soulevée vous était parfaitement connue, vu la récurrence des échanges de courriers dont votre dossier rend compte. Sur le fond, on observe par ailleurs que la demande formelle de résiliation LAMal de l'assuré a bien été réceptionnée par son assureur en temps utile.

Partant, un délai au 21 novembre 2016 vous est fixé pour nous faire savoir si vous n'entendez pas, en application de l'art. 53 al. 3 LPGA, reconsidérer votre prononcé d'irrecevabilité afin de statuer formellement sur l'opposition de votre assuré, tâche à laquelle vous vous êtes au demeurant indirectement livré en répondant le 11 décembre 2015 à la Cour de céans dans le cadre d'un précédent recours.

Votre entrée en matière sur l'opposition du 18 juillet 2016 rendrait ainsi le présent recours sans objet et la cause pourrait être rayée du rôle, sans suite de frais, ce qui éviterait à chaque partie de devoir le cas échéant participer à une audience d'instruction. Ainsi, la suite qu'il conviendra de donner à la présente procédure sera fixée à réception de vos déterminations.

[Salutations] »,

vu le pli du 21 novembre 2016, dans lequel Mutuel annonçait à la Cour de céans qu'une décision de reconsidération serait prochainement notifiée à l'assuré,

vu la décision de reconsidération du 3 janvier 2017, annulant et remplaçant la décision sur opposition du 16 septembre 2016, par laquelle Mutuel, d'une part, est entrée en matière sur l'opposition formée par l'assuré et, d'autre part, a confirmé le maintien de la couverture de l'assurance obligatoire des soins pour l'année 2014 en l'absence d'attestation d'affiliation auprès d'un autre assureur fournie par l'assuré ;

attendu que selon l'art. 56 al. 1 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) applicable par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10), peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances compétent les décisions rendues sur

opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte,

que dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui 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 à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

qu'en l'espèce, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGGA),

qu'il satisfait en outre aux autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGGA notamment) ;

attendu que selon l'art. 53 al. 3 LPGGA, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours,

qu'en l'occurrence, l'intimée a fait usage de cette faculté en reconsidérant la décision sur opposition contestée,

que la décision de reconsidération du 3 janvier 2017 annule et remplace la décision sur opposition du 16 septembre 2016,

que B.\_\_\_\_\_ peut dès lors interjeter recours à l'encontre de cette nouvelle décision en cas de désaccord avec cette dernière,

qu'il y a en conséquence lieu de constater que cette décision de reconsidération rend ainsi le présent recours sans objet,

qu'il se justifie de rayer la cause du rôle, compétence que l'art. 94 al. 1 let. c LPA-VD attribue à un membre du Tribunal cantonal statuant en tant que juge unique ;

attendu également que l'autorité statue sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD),

qu'il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA),

qu'il ne se justifie pas de fixer une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), le recourant ayant procédé seul.

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

- I. Le recours déposé le 14 octobre 2016 par B.\_\_\_\_\_ est devenu sans objet à la suite de la reconsidération de la décision sur opposition du 16 septembre 2016.
- II. La cause est rayée du rôle.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- M. B. \_\_\_\_\_,
- Mutuel Assurance Maladie 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 :