

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 décembre 2017

Composition : Mme THALMANN, juge unique
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

A. P. _____, à [...], recourante,

et

C. _____, à [...], intimée.

Art. 5 al. 1 et 64a LAMal

E n f a i t :

A. Originaire de la République dominicaine, A.P. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a pris domicile en Suisse le 20 mars 2016 dans la commune de [...] en vue de son mariage avec B.P. _____, qui a été célébré le 14 avril 2016.

Le 4 mai 2016, elle s'est annoncée à C. _____ SA (ci-après : la Caisse maladie ou l'intimée) en vue de son affiliation à l'assurance obligatoire des soins.

Selon le certificat d'assurance 2016 établi par la Caisse maladie, la prime mensuelle de l'assurée pour l'assurance obligatoire des soins s'élevait à 445 fr. 30 (soit 450 fr. 50 de prime moins 5 fr. 20 de redistribution du produit des taxes environnementales).

Par courrier du 3 octobre 2016, la Caisse maladie a informé l'assurée que lorsque l'affiliation à l'assurance maladie intervenait dans le délai de trois mois dès la prise de domicile ou la naissance en Suisse prévu par la loi, l'assurance déployait ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse, de sorte que la date d'entrée en vigueur de son assurance obligatoire des soins était avancée au 20 mars 2016.

Par prononcé du 20 octobre 2016, l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) a communiqué à B.P. _____ que dans la mesure où il était bénéficiaire d'une prestation complémentaire AVS/AI, il bénéficiait d'un subside de 450 fr. 50 pour la prime relative à l'assurance obligatoire des soins de son épouse à partir du 1^{er} mai 2016.

Le 10 octobre 2016, la Caisse maladie a fait parvenir à l'assurée une facture rectificative de primes pour la période du 20 mars au 30 novembre 2016 tenant compte du subside cantonal. Selon cette facture, l'assurée restait redevable d'un montant de 174 fr. 39 moins 2 fr. 01 pour la période du 20 au 31 mars 2016, et d'une prime de 450 fr. 50

moins 5 fr. 20 pour le mois d'avril 2016. Après déduction du montant afférent à la taxe environnementale des mois de mai à novembre 2016 (36 fr. 40), un total de 581 fr. 28 arrondi à 581 fr. 30 restait à la charge de l'assurée, payable jusqu'au 30 novembre 2016.

Un rappel pour primes impayées, relatif à la facture précitée, a été adressé à l'assurée le 14 décembre 2016. Il comportait des frais de rappel à hauteur de 10 francs.

Le 21 février 2017, la Caisse maladie a envoyé à l'assurée une sommation de paiement pour les primes impayées des mois de mars à novembre 2016 à hauteur de 581 fr. 30. Un délai au 23 mars 2017 lui a été imparti pour s'acquitter de ce montant ainsi que des frais de sommation s'élevant à 30 francs.

C. _____ SA a adressé une réquisition de poursuite à l'Office des poursuites du district [...] à l'encontre de l'assurée, portant sur des participations relatives au mois de mai 2016 pour un montant de 2 centimes, des primes LAMal pour les mois de mars et avril 2016 d'un montant de 581 fr. 28 avec intérêts à 5 % dès le 10 avril 2017, des frais administratifs à hauteur de 120 fr. et des intérêts échus d'un montant de 10 fr. 45. Un commandement de payer n° 8260377 a été notifié le 28 avril 2017 à l'assurée, qui y a fait opposition totale.

Par décision du 3 mai 2017, C. _____ SA a levé l'opposition formée par l'assurée et confirmé qu'elle était débitrice d'un montant de 701 fr. 30, plus l'intérêt moratoire.

Par acte daté du 8 mai 2017, l'assurée a fait opposition à cette décision. Elle a fait valoir que l'encaissement des primes était injustifié et que la Caisse maladie savait que les primes de son mari étaient payées par les subsides cantonaux. Elle lui a reproché d'avoir procédé à son affiliation avant même d'avoir reçu la décision relative aux subsides cantonaux. Elle a par ailleurs invoqué qu'elle était dans l'impossibilité

financière de s'acquitter du montant demandé, étant à la recherche d'un emploi et son mari touchant une maigre retraite.

Par décision sur opposition du 1^{er} août 2017 (sic), C. _____ SA a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision de mainlevée du 3 mai 2017. Elle a relevé que la période du 20 mars au 30 avril 2016 demeurait à la charge de l'assurée puisque le droit aux subsides ne débutait que le 1^{er} mai 2016, qu'elle était légalement tenue de procéder à l'encaissement de ces primes malgré la situation financière de l'assurée et qu'elle était en droit de percevoir des frais et des intérêts moratoires. La Caisse maladie a informé l'assurée de la possibilité de demander une révision de ses subsides si sa situation financière s'était détériorée, précisant que cette démarche ne la dispensait toutefois pas de l'obligation de payer ses dettes.

B. Le 4 juillet [recte : août] 2017, A.P. _____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à être libérée du paiement de l'ensemble des primes, frais et intérêts. Elle a repris les arguments à la base de son opposition et transmis le texte du courriel qu'elle et son mari avaient adressé à la Caisse maladie le 6 mars 2017. Ils ont expliqué avoir pensé que les primes d'assurance seraient automatiquement prises en compte par les subsides cantonaux, que ce n'est qu'après avoir reçu les premières factures de primes qu'ils s'étaient renseignés et avaient appris que les démarches auprès de l'OVAM n'avaient pas encore été faites et que cet organisme ne prendrait en charge les primes qu'à partir de l'annonce, qui était intervenue le 17 mai 2016. Ils ont fait valoir que le Centre social régional aurait dû leur dire de faire en premier la demande de subsides avant de conclure l'assurance maladie. Réitérant que leur situation financière ne leur permettait pas de s'acquitter du montant des primes réclamées, ils ont proposé à la Caisse maladie de régler la facture de manière échelonnée une fois que l'assurée aurait trouvé un travail.

Dans sa réponse du 28 septembre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a précisé que l'indication figurant sur le commandement de payer « participation 05.2016 » procédait d'une erreur informatique, qu'il s'agissait d'un arrondi de 2 centimes et non d'une participation. La Caisse maladie a relevé que l'assurée était tenue de s'acquitter des primes d'assurance dès le 20 mars 2016, même dans l'attente d'un éventuel droit aux subsides. Elle a expliqué qu'elle n'avait pas à attendre le prononcé de l'OVAM pour mettre en vigueur le contrat d'assurance, qu'elle devait au contraire faire débiter l'assurance maladie dès la prise de domicile en Suisse, soit le 20 mars 2016, et était tenue d'entamer des poursuites en vue de l'encaissement des primes impayées, n'ayant pas la possibilité de tenir compte de la situation financière de l'assurée.

L'assurée a déposé sa réplique le 9 octobre 2017. Elle a invoqué que l'intimée devait savoir qu'elle n'était pas en mesure de payer les primes puisqu'elle arrivait de République dominicaine et que son mari était au bénéfice des subsides cantonaux.

Par duplique du 20 octobre 2017, l'intimée a indiqué qu'elle ne pouvait pas faire d'exception en faveur de l'assurée en raison des principes de légalité et d'égalité de traitement. Elle a précisé que lorsqu'une personne s'annonçait à l'assurance dans les trois mois suivant la prise de domicile, celle-ci ne pouvait pas choisir si elle voulait être affiliée rétroactivement ou seulement pour le futur. Enfin, elle a mentionné que les démarches visant à obtenir des subsides incombaient à l'assurée.

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 (art. 56 al. 1 LPGA) 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).

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 Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. au vu des montants réclamés par l'intimée, la présente cause relève de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

c) 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 (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le présent litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition rendue le 1^{er} août 2017 par l'intimée, prononçant la mainlevée de l'opposition formée par la recourante à la poursuite n° 8260377 concernant des factures de primes LAMal de mars et avril 2016 par 581 fr. 30 avec intérêts moratoires de 5 % l'an dès le 10 avril 2017, auxquels s'ajoutent des frais administratifs par 120 fr. ainsi que des intérêts échus de 10 fr. 45.

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 : à teneur de l'art. 3 al. 1 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (sur l'obligation

d'assurance, cf. ATF 129 V 77 consid. 4; TF 9C_750/2009 du 16 juin 2010 consid. 2.1).

Lorsque l'affiliation a lieu dans les délais prévus à l'art. 3 al. 1, l'assurance déploie ses effets dès la naissance ou la prise de domicile en Suisse (art. 5 al. 1, 1^{ère} phrase, LAMal). L'art. 5 al. 2 LAMal prévoit qu'en cas d'affiliation tardive, l'assurance déploie ses effets dès l'affiliation. L'assuré doit verser un supplément de prime si le retard n'est pas excusable. Le Conseil fédéral fixe, à cette fin, des taux indicatifs en tenant compte du niveau des primes au lieu de résidence de l'assuré et de la durée du retard. Si le paiement du supplément de prime met l'assuré dans la gêne, l'assureur réduit ce montant en tenant compte équitablement de la situation de l'assuré et des circonstances du retard.

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). Les primes d'assurance-maladie 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]).

c) Les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire, 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'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). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8, 2^e phrase). L'art. 105b al. 1 OAMal précise que 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 sur d'autres retards de paiement éventuels.

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 (ATF 121 V 109). 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).

d) Aux termes de l'art. 65 al. 1 LAMal, les cantons accordent des réductions de primes aux assurés de condition économique modeste. Selon la jurisprudence, les règles édictées par les cantons en matière de réduction des primes dans l'assurance-maladie constituent du droit cantonal autonome (ATF 131 V 202 consid. 3.2 et les références). Lorsqu'il octroie un subside destiné à la réduction des primes d'assurance-maladie, le canton se substitue, totalement ou partiellement, à l'assuré pour le paiement de ses primes, sous réserve de l'hypothèse - exceptionnelle et non réalisée en l'espèce - où le subside est versé directement à l'assuré.

S'il ne bénéficie plus d'un tel subside, que ce soit à titre provisoire – dans l'attente de la décision de l'autorité compétente pour l'octroi dudit subside – ou définitif, l'assuré est tenu de s'acquitter de l'intégralité des primes fixées par l'assureur (TF K 13/06 du 29 juin 2007 consid. 4.5). Quand bien même cette situation peut le mettre dans de sérieuses difficultés financières, l'assuré ne peut refuser de payer ses primes dans l'attente de ce que le droit à un éventuel subside à l'assurance-maladie lui soit reconnu à titre rétroactif. Pour remédier à cette situation, le législateur a chargé les cantons de veiller à ce que les montants versés au titre de la réduction des primes le soient de manière à ce que les ayants droit n'aient pas à satisfaire à l'avance à leur obligation de payer les primes (art. 65 al. 3 LAMal ; Message du 21 septembre 1998 concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, FF 1999 775). Cette invitation aux cantons à légiférer en la matière ne change cependant rien au fait qu'en l'absence de l'octroi effectif d'une réduction de primes, les assureurs sont tenus par le droit fédéral (art. 64a al. 1 et 2 LAMal) d'exiger le paiement de l'intégralité des primes dues dès lors que celles-ci sont échues (cf. TF 9C_5/2008 du 13 février 2008 consid. 1.4).

Dans le canton de Vaud, l'art. 9 al. 1 LVLAMal (loi d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 25 juin 1996 ; RSV 832.01) prévoit que les assurés de condition économique modeste peuvent bénéficier d'un subside pour le paiement de tout ou partie de leurs primes de l'assurance obligatoire des soins. Selon l'art. 25 al. 1 RLVLAMal (règlement du 18 septembre 1996 de la LVLAMal ; RSV 832.01.1), le droit au subside prend naissance le premier jour du mois suivant celui où la demande de subside est déposée, sous réserve de l'alinéa 1bis ; lorsque le requérant établit avoir été empêché sans sa faute de déposer plus tôt sa demande, il peut être accordé exceptionnellement un subside avec effet rétroactif, mais au plus tôt dès le début de la période de subside en cours. L'art. 25 al. 1bis RLVLAMal prévoit que lorsqu'une personne devient bénéficiaire de l'une des catégories particulières de subside au sens de l'article 18, alinéas 1, lettre b, et 2 de la loi, le droit au subside prend naissance le premier jour du mois au cours

duquel la modification de la condition de l'assuré donnant droit au subside est survenue.

4. a) En l'occurrence, il faut tout d'abord relever que l'intimée avait l'obligation de faire débiter l'affiliation de la recourante à l'assurance obligatoire des soins le 20 mars 2016, en application de l'art. 5 al. 1 LAMal. La recourante bénéficiait ainsi d'une couverture d'assurance maladie dès sa prise de domicile en Suisse, comme le veut le système légal.

Cela étant, dans la mesure où la recourante était assurée depuis le 20 mars 2016 à l'assurance obligatoire des soins, il lui incombait de payer les primes d'assurance à partir de cette date également. Contrairement à ce que la recourante invoque dans son recours, l'intimée n'avait pas à attendre la décision de l'OVAM pour lui réclamer le montant des primes dues. En effet, comme vu ci-dessus (consid. 3d), les assurés restent tenus de s'acquitter de l'intégralité des primes fixées par l'assureur dans l'attente d'une décision relative à l'octroi de subsides.

De même, le fait que l'intimée savait que le mari de la recourante bénéficiait des subsides ne changeait rien. Il appartient en effet aux assurés et non aux assureurs-maladie de faire les démarches auprès de l'OVAM en vue d'obtenir des subsides. La Caisse maladie était donc légitimée à directement requérir le paiement des primes d'assurance-maladie auprès de la recourante.

Dès qu'elle a eu connaissance du prononcé de l'OVAM du 20 octobre 2016, l'intimée a rectifié le montant des primes réclamées afin de tenir compte de l'allocation du subside dès le 1^{er} mai 2016. Elle a constaté à juste titre que la période de cotisation du 20 mars au 30 avril 2016, non couverte par le subside, demeurait à la charge de l'assurée.

b) Comme déjà mentionné, les démarches auprès de l'OVAM étaient de la responsabilité de la recourante et de son mari. On ne saurait par conséquent reprocher quoi que ce soit à la Caisse maladie en rapport

avec le fait que l'annonce à l'OVAM n'est intervenue qu'au cours du mois de mai 2016.

Par ailleurs, ce n'est pas le fait de s'être annoncée en premier lieu à l'assureur-maladie puis à l'OVAM qui est déterminant, comme le laisse entendre la recourante. L'affiliation à l'assurance obligatoire des soins et le droit aux subsides obéissent en effet à des règles juridiques différentes. Au vu des art. 3 et 5 al. 1 LAMal, l'assureur-maladie est tenu de faire remonter l'affiliation à la date de prise de domicile en Suisse lorsque l'annonce à l'assurance intervient dans le délai de trois mois dès l'arrivée en Suisse. En revanche, le droit aux subsides cantonaux ne prend en principe naissance qu'au début du mois pendant lequel l'annonce à l'OVAM a été faite (art. 25 al. 1 RLVLAMal).

c) La recourante fait en outre valoir que sa situation financière ne lui permet pas de payer les primes, étant donné qu'elle n'a pas encore réussi à trouver un travail et que son mari touche une retraite minimum. Dans son recours, elle propose un arrangement de paiement une fois qu'elle aura trouvé un emploi.

Comme l'a expliqué l'intimée, même si elle n'est pas insensible à la situation financière de la recourante et de son mari, elle ne peut pas faire d'exception les concernant car elle est tenue par la loi de procéder à l'encaissement des primes. L'octroi d'une aide financière aux assurés se trouvant dans une situation précaire n'est en effet pas de la compétence des assureurs-maladie, mais est du ressort du canton (art. 65 al. 1 LAMal). La recourante bénéficie d'ailleurs d'une telle aide depuis le 1^{er} mai 2016.

En outre, aucune disposition légale n'oblige une assurance à proposer ou à accepter un arrangement de paiement, ce que confirme la jurisprudence, qui contraint les assurances à tout mettre en œuvre pour procéder au recouvrement des primes impayées (cf. consid. 3c).

d) S'agissant du montant des primes réclamées, c'est à juste titre que l'intimée n'a facturé, pour le mois de mars 2016, que la partie de la prime afférente à la période du 20 au 31 mars 2016, conformément à la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 142 V 87). Le calcul des primes réclamées ne porte pas le flanc à la critique et n'est par ailleurs pas contesté.

5. a) Selon l'art. 105b al. 2 OAMal, lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. 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).

b) 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 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.

c) En l'espèce, dans la mesure où l'assurée ne s'est pas acquittée du paiement des factures des primes du 20 mars au 30 avril 2016 dans les délais, l'intimée n'a eu d'autre choix que de lui faire parvenir des rappels et sommations. Etant donné que la recourante n'invoque aucun motif pertinent pour justifier son retard, l'intimée était légitimée à facturer des frais de rappel à hauteur de 120 fr., ceux-ci étant expressément prévus dans ses conditions générales d'assurances. Il ressort en effet de l'art. 3.1 des « Dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal » (article identique dans les éditions des 01.01.2011 et 01.04.2016) que passée l'échéance de paiement indiquée sur la facture, l'assureur peut percevoir des frais administratifs, notamment pour établir des rappels, des sommations et engager des poursuites. Le montant de ces frais n'apparaît ni disproportionné ni arbitraire, et doit au contraire être considéré comme approprié (cf. ATF 125 V 276).

C'est également à juste titre que l'intimée a exigé le paiement d'intérêts moratoires de la part de l'assurée de 5 % l'an selon l'art. 105a OAMal. Cette disposition prévoit que les intérêts courent à partir de l'échéance du délai de paiement des primes, soit en l'occurrence le 30 novembre 2016, selon la facture rectificative de primes. L'intimée était dès lors fondée à réclamer 10 fr. 45 d'intérêts échus au moment de la réquisition de poursuite ainsi que des intérêts de 5 % l'an sur le montant des primes dès le 10 avril 2017.

d) Par conséquent, la poursuite était légitime dans son principe comme dans sa quotité. C'est donc à bon droit que C._____ SA a prononcé la levée de l'opposition faite par l'assurée au commandement de payer n° 8260377.

6. a) Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Il ne se justifie en outre pas d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 1^{er} août 2017 par C._____ SA est confirmée, en ce sens que l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° 8260377 de l'Office des poursuites du district de [...] est levée.

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

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Mme A.P._____,
- C._____,
- 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 :