

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juin 2019

Composition : Mme BERBERAT, juge unique
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

X._____, à [...], recourant,

et

J._____ **SA**, à [...], intimée.

**Art. 64a LAMal ; art. 105b al. 1 et 2 OAMal ; art. 26 al. 1 LPGA ;
art. 25 LPA-VD**

E n f a i t :

A. X. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1984, est affilié depuis le 1^{er} janvier 2014 auprès de J. _____ SA (ci-après : J. _____ SA ou l'intimée), pour l'assurance-obligatoire des soins en cas de maladie (police n° [...]). Sur sa demande d'adhésion, l'assuré a indiqué qu'il était domicilié chez V. _____ au Chemin du [...] à [...]2 [...]. En 2017, la prime mensuelle dont devait s'acquitter l'assuré se montait à 384 fr. 95, sous réserve de subsides cantonaux ou communaux éventuels. Le mode de règlement des primes choisi était le paiement mensuel, étant précisé que l'intéressé recevait ses factures de primes de manière trimestrielle.

Le 11 novembre 2016, l'Office des poursuites du district de [...] a notifié à J. _____ SA un constat d'inexécution de la notification d'un commandement de payer à la suite d'une réquisition de poursuite n° [...] reçue en date du 8 novembre 2016, pour la raison suivante : « *Débiteur parti sans laisser d'adresse. Selon déclaration de la Poste et confirmation du Contrôle des habitants de la ville de Lausanne du 11.11.2016* ». L'adresse de l'assuré mentionnée sur le courrier de l'Office précité était au chemin des [...] à [...]8 [...]. A la demande de J. _____ SA, le Service du contrôle des habitants a confirmé, en date du 23 novembre 2016, le départ de l'assuré de [...] dès le 19 février 2013 pour une adresse inconnue. Le 9 décembre 2016, J. _____ SA a demandé la radiation de l'assuré auprès de l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM), lequel a répondu ce qui suit par courrier du 23 février 2017 :

« (...).

Après avoir pris connaissance de la pièce annexée à votre envoi, nous relevons que l'intéressé est parti sans laisser d'adresse. En ce qui nous concerne, nous avons procédé en vain à quelques investigations en vue de trouver le nouveau domicile, notamment auprès de la Commission d'impôt du district de [...], ainsi que de l'Office des Poursuites compétent. Il semble toutefois que votre assuré, bien qu'actuellement sans adresse connue, n'a pas quitté notre canton.

Au vu de ce qui précède, et conformément aux dispositions prévues par l'art. 14 du règlement de la loi précitée [réd.: LVLAMal], il vous appartient de suspendre le contrat d'assurance dès le mois qui a

suiwi la disparition. Nous vous invitons néanmoins à tenter ultérieurement toute recherche dans le but d'obtenir la nouvelle adresse.

Au cas où, à l'expiration du délai de 12 mois, il ne vous aurait pas été possible de localiser l'intéressé, vous voudrez bien à nouveau nous soumettre la formule C401 afin que nous puissions vous donner l'autorisation de procéder à l'exclusion du rôle de vos membres ».

Par courrier du 24 mai 2017 (dont copie a été adressée à X._____), l'OVAM a confirmé à J.____SA que l'assuré était bien domicilié chez V.____, Ch. du [...], [...]2 [...]. A l'examen des documents en sa possession, l'OVAM a retenu que l'assuré n'avait, dans les faits, jamais quitté le canton de Vaud. Conformément à l'art. 14 RLVLAMal, il appartenait à J.____SA de remettre en vigueur le contrat de l'assuré et ce, rétroactivement dès la date de suspension.

Par courriel du 11 mai 2017 à J.____SA, l'assuré a indiqué qu'il ne parvenait pas à mettre la main sur les bulletins de versement des primes postérieures au mois de mars 2017.

Le 21 août 2017, la Caisse a transmis à l'assuré une facture concernant les primes d'assurance-maladie pour les mois d'octobre à décembre 2017 (facture de primes n^{os} [...], [...] et [...]), soit un montant de 384 fr. 95 à verser jusqu'au 30 septembre 2017 pour la prime d'octobre 2017, de 384 fr. 95 à verser jusqu'au 31 octobre 2017 pour la prime de novembre 2017 et de 384 fr. 95 à verser jusqu'au 30 novembre 2017 pour la prime de décembre 2017.

Le 17 octobre 2017, la Caisse a envoyé à l'assuré un rappel de paiement n° [...] pour un montant de 384 fr. 95 à payer jusqu'au 1^{er} novembre 2017, correspondant à la prime impayée d'octobre 2017 avec en sus 10 fr. de frais de rappel.

Le 15 novembre 2017, la Caisse a envoyé à l'assuré un rappel de paiement n° [...] pour un montant de 384 fr. 95 à payer jusqu'au 30 novembre 2017, correspondant à la prime impayée de novembre 2017 avec en sus 10 fr. de frais de rappel.

Le 13 décembre 2017, la Caisse a envoyé à l'assuré un rappel de paiement n° [...] pour un montant de 384 fr. 95 à payer jusqu'au 28 décembre 2017, correspondant à la prime impayée de décembre 2017 avec en sus 10 fr. de frais de rappel.

La prime d'octobre 2017 demeurant impayée, la Caisse a transmis le 13 décembre 2017 à l'assuré un rappel de paiement (sommation) pour un montant de 384 fr. 95 à payer jusqu'au 12 janvier 2018 avec en sus 30 fr. de frais de sommation (n° [...]).

La prime de novembre 2017 demeurant impayée, la Caisse a transmis le 13 décembre 2017 à l'assuré un rappel de paiement (sommation) pour un montant de 384 fr. 95 à payer jusqu'au 12 janvier 2018 avec en sus 30 fr. de frais de sommation (n° [...]).

La prime de décembre 2017 demeurant impayée, la Caisse a transmis le 17 janvier 2018 à l'assuré un rappel de paiement (sommation) pour un montant de 384 fr. 95 à payer jusqu'au 16 février 2018 avec en sus 30 fr. de frais de sommation (n° [...]).

Le 7 mars 2018, la Caisse a adressé à l'Office des poursuites du district de [...] une réquisition de poursuite électronique pour les primes impayées d'octobre à décembre 2017 par 1'154 fr. 85, frais administratifs par 210 fr. et intérêts échus par 19 fr. 20 en sus. Le 16 mars 2018, l'Office des poursuites du district de [...] a notifié à l'intéressé un commandement de payer auquel ce dernier a fait opposition totale (poursuite n° [...]).

Par décision du 21 mars 2018, la Caisse a prononcé la mainlevée de l'opposition au commandement de payer n° [...], précisant que le montant dû à ce jour s'élevait à 1'364 fr. 85 (soit 1'154 fr. 85 de primes LAMal d'octobre à décembre 2017, 90 fr. de frais de sommation et 120 fr. de frais d'ouverture de dossier).

L'assuré s'est opposé à cette décision le 7 mai 2018, concluant à l'annulation de la décision du 21 mars 2018, en ce sens que l'absence de

confirmation de couverture durant toute l'année 2017 avait logiquement pour conséquence que J._____SA s'était enrichi sans avoir fourni de contre-prestation (couverture LAMal), à la restitution des primes versées de janvier à mars 2017 en raison de la résiliation de sa couverture d'assurances, à la remise d'enregistrements téléphoniques de janvier à mai 2017, à la constatation de la violation de l'art. 3 LAMal et d'un comportement contraire à la bonne foi de J._____SA.

Par décision sur opposition du 2 juin 2018, la Caisse a déclaré l'opposition irrecevable pour cause de tardiveté, considérant que le délai d'opposition était arrivé à échéance le 21 avril 2018, si bien que la décision était entrée en force.

Le 10 juin 2018, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO), par lequel il concluait principalement à son annulation et à sa réforme en ce sens que l'opposition à la décision du 21 mars 2018 déposée le 7 mai 2018 était recevable et que l'art. 38 LPGa avait par conséquent été violé.

Par décision sur opposition du 19 juin 2018 - transmise à la CASSO dans le délai de réponse - annulant et remplaçant la décision sur opposition du 2 juin 2018, J._____SA est entrée en matière sur l'opposition formée par l'assuré, a confirmé sa décision de mainlevée du 21 mars 2018 et a rejeté l'opposition de l'assuré. La Caisse a transmis à l'assuré un duplicata de son certificat d'assurance 2017. Elle a précisé que le contrat d'assurance était maintenu, raison pour laquelle l'assuré était redevable des primes d'assurance depuis le mois de novembre 2016 à ce jour. J._____SA a pris note de la réclamation de l'assuré à l'encontre de l'OVAM qui lui aurait transmis des informations erronées à son sujet, mais indiquait ne pas être en mesure de répondre. J._____SA a rappelé que durant cette période, l'assuré pouvait consulter son médecin et transmettre d'éventuelles factures d'honoraires pour traitement. Le contrat ayant été maintenu, une restitution des primes de janvier à mars 2017 n'était dès lors pas possible.

Par arrêt du 21 juin 2018 (AM 33/18 - 31/2018), la Cour de céans a radié la cause du rôle, le recours du 10 juin 2018 étant devenu sans objet à la suite de la reconsidération de la décision sur opposition du 2 juin 2018. Cet arrêt est entré en force.

B. Par acte du 21 août 2018, X. _____ recourt contre la décision sur opposition du 19 juin 2018 et prend les conclusions suivantes :

- « I. Ordonner l'effet suspensif à la décision de J. _____ SA du 19 juin 2018

- II. Constater la violation de l'art. 53 al. 3 LPGA dès lors que l'assureur n'a pas donné entièrement satisfaction à l'assuré suite à son recours du 10 juin 2018

- III. Constater la violation des art. 54 al. 2 LPGA et 80 LP

- IV. Constater le caractère manifestement inexact des faits tel qu'établi par J. _____ SA dans la partie en fait de sa décision du 19 juin 2018

- V. Constater l'absence de motivation de la décision précitée

- VI. Constater le comportement contraire à la bonne foi (art. 2 CC) de J. _____ SA en raison de son attitude contradictoire consistant à déclarer ne pas être tenue contractuellement d'offrir une couverture Lamal en mai 2017 tout en déclarant ne pas s'être exécuté depuis le début de l'année 2017 au moins en déclarant ne pas vouloir offrir de couverture avant de poursuivre le paiement de ces primes en ayant affirmé le 352^{ème} jour de l'année seulement (le 1 décembre) que la couverture avait pris avec effet rétroactif

- VII. Constater la violation de l'art. 35 al. 2 Cst en lien avec l'art. 8 Cst concernant la comptabilisation des bulletins de versements faits au guichet postal

- VIII. Constater la violation des art. 3, 5, 64a Lamal et

- IX. Constater la violation des art. 64 à 66 LP qui permettent à l'assureur de suspendre et de radier la couverture dès qu'il remplit mal un commandement de payer

- X. Constater que l'art. 14 RLV Lamal est contraire au droit fédéral (art. 3 ss Lamal et 64 LP)

- XI. Constaté que l'usage de document au contenu mensonger par l'assureur en vue d'obtenir la continuation de la poursuite tombe sous le coup des art. 251 CP et 146 CP
- XII. Constaté que le comportement de J. _____ SA tombe sous le coup de l'art. 54 al. 3 lit. B LSAmal
- XIII. Que le dispositif de la décision du 7 mai soit annulé en ce sens que l'opposition à la décision du 7 mai soit admise de par la suspension et la radiation de l'assuré
- XIV. Condamner J. _____ SA au paiement des frais ainsi qu'à la prise en charge de l'entier des primes qu'elle invoque (avril 2017 à décembre 2017) comme paiement dès lors que c'est elle qui a radié l'assuré sur la base de propos manifestement mensongers
- XV. D'ordonner la restitution des primes que le [...] a perçu sans fournir de contre prestation sur la base d'une couverture active (primes de janvier à Mars 2017)
- XVI. De requérir de J. _____ SA la fourniture des données suivantes :
- Les éventuels enregistrements téléphoniques relatifs aux appels de janvier 2017 et de mai 2017
 - Fournir l'entier du dossier de l'assuré, y compris les notes internes concernant les contacts entre J. _____ SA et [lui]-même la manière avec laquelle J. _____ SA a décidé de traiter ma couverture après mon appel de mai 2017
 - Le courrier de la Poste attestant que les courriers revenaient toujours en retour
 - Des explications de J. _____ SA quant à l'objet de sa demande de radiation de novembre 2016
 - Mesures d'instructions :
Qu'il plaise à la Cour d'entendre Monsieur [...], employé du [...] avec qui je me suis entretenu téléphoniquement début 2017 et qui m'a confirmé la radiation de ma couverture afin qu'il explique comment je connais son identité et le fait qu'il travaille au [...] si jamais je l'ai eu au téléphone »

En résumé, le recourant critique l'arrêt du 21 juin 2018 (AM 33/18 - 31/2018), estimant qu'à cette occasion, la CASSO n'a pas examiné l'ensemble de ces griefs et que la décision du 19 juin 2018 ne règle pas ces points à satisfaction, raison pour laquelle l'art. 53 al. 3 LPGA aurait été

violé. Il fait état de vices graves dans l'application de la LPGA. Il ajoute que « *suspendre sa prestation dans un contrat bilatéral après avoir induit les autorités en erreur sur la base de documents faux pour obtenir la suspension et la radiation de la couverture avant d'annoncer à l'ancien assuré qu'il est radié, juste avant de lui envoyer des commandements de payer et de tenir des propos mensongers pour passer en force sur la base de titres faux à l'office des poursuites, c'est selon toute vraisemblance un cas d'école d'escroquerie au procès* ». Il estime par ailleurs que c'est l'intimée qui a commis une faute en complétant de manière erronée une réquisition de poursuite du 7 novembre 2016 et en induisant en erreur l'OVAM, sans toutefois tenter une nouvelle notification en remplissant la réquisition de poursuite de manière correcte, étant persuadé que l'intimée souhaitait se départir progressivement du contrat. Il relève qu'un tel procédé viole l'art. 3 LAMal. Il ajoute que l'intimée n'a jamais essayé de résoudre ce problème d'adresse. Il ne comprend pas comment sa couverture a pu être suspendue, alors qu'il s'est acquitté des trois premières primes de l'année 2017. Le recourant relève que l'intimée a demandé sa radiation à l'OVAM avec effet en 2013 lequel n'a accordé qu'une suspension. Toutefois, l'intimée a cessé de l'assurer bien avant que l'OVAM ne l'y autorise le 23 février 2017, dès lors qu'il n'a pas reçu la facture de primes d'avril à juin 2017 émise le 13 février 2017, date à laquelle a été émise celle adressée à sa compagne également assurée auprès de l'intimée. Le recourant fait encore valoir que l'intimée n'a pas motivé sa décision concernant la question de la suspension et de la radiation de ses listes d'assurés, ainsi que de la reprise de la couverture. Un lot de pièces est joint à l'acte de recours.

Dans sa réponse du 10 septembre 2018, l'intimée conclut notamment au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 19 juin 2018.

Le 21 août 2018, le recourant dépose des requêtes de mesures provisionnelles et d'extrême urgence, tendant à l'annulation de toutes les décisions rendues à son encontre par MM. [...] et [...] au nom et pour le compte de J. _____ SA entre les 25 septembre 2017 et 5 juillet 2018,

estimant que ceux-ci ne sont pas des employés de l'assureur et que, par conséquent, les décisions signées par ces deux personnes sont nulles.

Par ordonnance de mesures d'extrême urgence du 4 septembre 2018, la juge instructrice a rejeté, dans la mesure de leur recevabilité, les requêtes précitées.

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).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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 d'un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) A titre liminaire, on relève que l'intimée requiert la suspension de la présente procédure jusqu'à droit connu sur les recours

dans les causes AM 5/18 et AM 27/18, les trois procédures concernant le même contrat d'assurance et l'argumentaire du recourant étant similaire dans les trois procédures.

b) Aux termes de l'art. 25 LPA-VD, l'autorité peut, d'office ou sur requête, suspendre la procédure pour de justes motifs, notamment lorsque la décision à prendre dépend de l'issue d'une autre procédure ou pourrait s'en trouver influencée d'une manière déterminante. La suspension de la procédure comporte toutefois le risque de retarder inutilement la procédure, de sorte qu'elle ne doit intervenir qu'à titre exceptionnel, eu égard à l'exigence de célérité posée par l'art. 29 al. 1 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (ATF 130 V 90 consid. 5 ; 119 II 386 consid. 1b et les références citées). L'autorité saisie dispose d'une certaine marge d'appréciation dont elle doit faire usage en procédant à une pesée des intérêts des parties (CDAP GE.2016.0074 du 31 mai 2016 consid. 4a et les références citées).

c) Les arguments avancés par l'intimée, soit d'éviter des décisions contradictoires et une multiplication inutile des frais, ne justifient pas la suspension de la procédure. En effet, les arrêts dans les causes AM 5/18 et AM 27/18 devant être notifiés en même temps que celui de la présente cause, il n'y a pas de risque de décisions contradictoires. Par ailleurs, dès lors que tous les éléments nécessaires pour trancher le litige figurent au dossier, la suspension de la procédure jusqu'à droit connu dans les causes AM 5/18 et AM 27/18 ne se justifie pas et ne ferait que retarder l'issue de la procédure. Partant, il y a lieu de rejeter la conclusion tendant à la suspension de la présente procédure.

3. 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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c).

b) Il n'appartient pas à la Cour de céans de contrôler la validité de l'affiliation de l'assuré en 2017. Cette question sort en effet de l'objet du litige, dont le cadre est délimité par la décision attaquée, soit la décision sur opposition entreprise du 19 juin 2018 levant l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] pour des primes de l'assurance-maladie obligatoire des soins relatives aux mois d'octobre à décembre 2017 portant sur un montant total de 1'154 fr. 85 comprenant en outre 120 fr. de frais d'ouverture de dossier et 90 fr. de frais de sommation.

c) L'arrêt du 21 juin 2018 (AM 33/18 - 31/2018) étant entré en force, la Cour de céans n'entrera pas en matière sur les griefs du recourant, notamment en lien avec l'art. 53 al. 3 LPGA. S'il entendait contester l'arrêt précité, le recourant devait utiliser les voies de recours au Tribunal fédéral mentionnées sur l'arrêt en question.

4. En l'occurrence, le recourant conteste être l'obligé de l'intimée considérant que des vices graves entachent son affiliation à dite assurance, l'intéressé invoquant une volonté délibérée de l'intimée de le radier de ses effectifs et accusant l'OVAM d'avoir contribué à la réalisation de cette prétendue intention de l'assureur. Le recourant remet finalement en cause son affiliation à l'intimée.

a) Sans entrer en matière sur les arguments de fond soulevés par le recourant à l'encontre du courrier du 23 février 2017 de l'OVAM, on observera que sur demande de l'assureur, notamment lorsqu'il n'arrive pas à joindre son assuré ou à lui faire notifier un commandement de payer suite à des factures impayées, l'OVAM l'autorise à suspendre le contrat pour une durée de douze mois si aucune localisation dans le Canton n'est possible. Passé ce délai et en l'absence de nouvelle adresse ou de demande de prestations, l'OVAM autorise l'assureur à radier le contrat. Les décisions prises par les organes d'exécution de la LAMal et de la loi

d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LVLAMal ; BLV 832.01) peuvent être attaquées, dans les 30 jours suivants leur notification, par la voie de la réclamation auprès de l'autorité qui les a rendues (art. 28 al. 1 LVLAMal). Sont considérées comme des décisions, toute mesure prise par une autorité dans un cas d'espèce, en application du droit public fédéral et ayant pour objet notamment de créer, de modifier ou d'annuler des droits ou obligations (art. 3 al. 1 let. a LPA-VD). Les griefs de l'assuré visant à constater la responsabilité de l'OVAM et à établir que ce dernier aurait manqué à ses obligations légales en autorisant l'intimée à le suspendre n'est pas de la compétence de la Cour de céans compte tenu des dispositions légales rappelées ci-dessus. Dès lors, tout grief ou conclusion qui outrepassé le cadre du présent litige, n'est en conséquence pas recevable, l'intéressé sollicitant notamment la prise en charge de l'entier des primes par l'intimée et le paiement des frais. Tout au plus, peut-on constater que la réquisition de poursuite informatisée (pièce 5 du bordereau de pièces de l'intimée) ne permet pas de retenir que l'intimée serait à l'origine de l'erreur, dès lors qu'on y lit : Rue : Chemin du [...], c/o V._____, bâtiment 31b, code postal : [...], ville : [...]. En tout état de cause, le recourant ne fournit aucun indice démontrant avoir subi un dommage (par exemple le non remboursement de factures de médecins ou de médicaments), dès lors que la suspension a été annulée avec effet rétroactif, l'intéressé n'ayant en réalité jamais quitté le canton (courrier du 14 mai 2017 de l'OVAM à J.____ SA ; art. 14 al. 1 du règlement concernant la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [RLVLAMal] ; BLV 832.01.1). Il importe peu dans ce contexte de chercher à déterminer quelle autorité a commis une erreur dans la retranscription de son adresse ou s'il s'agit d'un enchaînement d'erreurs. L'intimée lui a en effet transmis le 21 juin 2017 une facture complémentaire pour les primes d'avril à juillet 2017 avec un délai de paiement adapté, démontrant par ce biais la réactivation de l'affiliation. Dans ce contexte, l'annulation de la suspension a pour conséquence l'affiliation et l'échéance des primes avec effet rétroactif (art. 14 al. 1 RVLAMal *a contrario*). Les moyens de preuve requis (conclusion XVI) sont donc sans pertinence dans ce contexte et doivent être rejetés.

b) Le recourant ne fait en outre pas partie des catégories de personnes exemptées de l'obligation de s'assurer en vertu de l'art. 3 al. 2 LAMal et de l'art. 2 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102). Il est donc soumis à l'obligation de s'assurer. Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal le 1^{er} janvier 1996, un rapport d'assurance régi par l'assurance obligatoire des soins ne peut être terminé qu'aux conditions posées par la loi. Pour toute personne soumise à l'obligation de s'assurer, la règle générale est que l'affiliation ne peut prendre fin qu'à la double condition que cet assuré ait résilié dans les délais légaux prévus à l'art. 7 al. 1 et 2 LAMal et que le nouvel assureur ait communiqué à l'ancien assureur qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Une résiliation unilatérale de la part de l'assuré ne suffit donc pas. L'art. 5 al. 3 LAMal précise en effet que la couverture d'assurance prend fin lorsque l'assuré cesse d'être soumis à l'obligation de s'assurer. L'art. 64a LAMal a introduit le 1^{er} janvier 2006 une condition supplémentaire pour le changement d'assureur, à savoir que l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (art. 64a al. 4 LAMal en vigueur entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2011, RO 2005 3587 ; art. 64a al. 6 LAMal en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012).

c) En définitive, aucun élément au dossier ne permet à la Cour de céans de s'éloigner de la solution retenue par l'intimée, à savoir que, sur la base et selon les termes du certificat d'assurance établi le 17 octobre 2016, le recourant est affilié auprès de J._____SA depuis le 1^{er} janvier 2017. Dès lors que l'assuré ne démontre pas avoir changé d'assureur aux conditions de l'art. 7 et de l'art. 64a al. 6 LAMal avant la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2017, force est de constater que durant la période litigieuse, il était toujours assuré auprès de l'intimée. Dès lors, c'est à bon droit que l'intimée considère que le recourant est affilié pour l'assurance obligatoire des soins avec pour conséquence la

poursuite de l'obligation pour l'intéressé de payer ses primes d'assurance-maladie auprès de l'intimée.

5. 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 les soins en cas de maladie pour toute personne domiciliée en Suisse (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 (art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (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 (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).

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 (art. 64a al. 1 LAMal). 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 (art. 64a al. 2 phr. 1 LAMal). Le créancier à la poursuite duquel il est fait opposition au commandement de payer agit ensuite par la voie de la procédure civile ou administrative pour faire reconnaître son droit (art. 79 phr. 1 LP). L'assureur qui entend procéder au recouvrement d'une créance peut donc 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 (art. 79 phr. 2 LP ; ATF 134 III 115 consid. 4.1.2 ; TF 9C_414/2015 du 16 octobre 2015 consid. 4.2.1).

L'art. 105b OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102) prévoit qu'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*).

c) En l'espèce, à teneur du certificat d'assurance établi le 17 octobre 2016 par J._____SA, la prime d'assurance prévalant depuis le 1^{er} janvier 2017 s'élevait à 384 fr. 95. Les primes litigieuses d'un montant total de 1'154 fr. 85 concernant les mois d'octobre à décembre 2017 -

impayées à la date déterminante de la décision attaquée - sont dues par le recourant, comme l'a retenu à juste titre l'intimée.

6. La procédure de recouvrement des primes a engendré des frais de rappel, d'intervention et de poursuite, du fait du comportement fautif de l'assuré, qui ne s'est pas exécuté à temps.

a) 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 (art. 105b al. 2 OAMal). Selon les dispositions d'exécution complémentaires à l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal - constituant les conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) de l'intimée -, l'assuré paie ses primes à l'avance ; les primes, les franchises et les quotes-parts sont payables à l'échéance indiquée sur la facture (art. 3 ch. 1 al. 1 et 2 phr. 1 CGA). Passé ce délai - précise l'art. 3 ch. 1 al. 2 phr. 2 CGA -, l'assureur peut percevoir un intérêt moratoire ainsi que des frais administratifs, notamment pour établir des rappels, des sommations et engager des poursuites. Les frais de poursuite incombent dans ce cas au débiteur (TF K 21/04 du 5 juillet 2004 consid. 3 ; art. 68 al. 1 LP). Plus particulièrement, s'agissant des dépenses causées à l'assureur par la faute de l'assuré au sens de l'art. 105b OAMal, hors des frais de poursuite, le Tribunal fédéral a notamment considéré comme proportionnés des frais administratifs globaux de 50 fr. constitués de 20 fr. de frais de rappel et de 30 fr. de frais de sommation pour une poursuite (TF 9C_88/2014 du 24 février 2014).

b) L'art. 26 al. 1 LPGA prévoit que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. Aux termes de 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. 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]).

c) En l'occurrence, l'intimée était tenue d'agir en vue du recouvrement des montants exigibles, en vertu de l'obligation imposée aux assureurs de recouvrer les primes et participations aux coûts impayés. Au demeurant, le retard de paiement a contraint l'intimée à déployer une activité de rappel et de recouvrement dont il n'appartient ni à l'assureur, ni à la communauté des assurés d'assumer les coûts. Dans ce contexte, il convient d'admettre que des frais de sommation de 90 fr. sont conformes aux CGA, ce d'autant plus que l'intimée n'a semble-t-il pas reporté les frais de rappel. Quant au montant de 120 fr. de frais d'ouverture de dossier, il faut comprendre qu'il tend à couvrir les frais qu'a impliqués en 2017 et en 2018 la constitution du dossier en vue de la préparation et de l'envoi de la réquisition de poursuite au sens de l'art. 3 ch. 1 al. 2 phr. 2 CGA. Ces frais réclamés au recourant se trouvent en adéquation et dans un rapport raisonnable avec les prestations fournies par l'intimée et n'ont procuré à l'intimée aucun enrichissement, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les réduire. On relèvera que les frais de poursuite à hauteur de 73 fr. 30 sont indépendants des frais d'administration ressortant de l'art. 105b al. 2 OAMal. Les frais de poursuite suivent au demeurant le sort de la poursuite en vertu de l'art. 68 LP.

7. a) Aux termes de l'art. 26 al. 1 LPGA, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires, le taux d'intérêt moratoire étant de 5 % l'an (art. 7 al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11] et 105a OAMal). Le *dies a quo* de l'intérêt moratoire est fixé au lendemain de l'échéance de la prime mensuelle concernée, étant rappelé que selon l'art. 90 OAMal, les primes doivent être payées d'avance et en principe tous les mois, et court jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA).

b) La perception d'un intérêt moratoire s'avère impérative. Ce caractère impératif se déduit de l'article 26 al. 1, 2^{ème} phrase, LPGA, lequel

précise 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 d'assurance-maladie, l'assureur ne peut renoncer à la perception d'intérêts moratoires. Pour le surplus, l'intimée a appliqué le taux légal de sorte que les intérêts calculés n'apparaissent pas critiquables. Ces intérêts, calculés à l'échéance de chacune des factures émises par l'intimée et arrêtés à 19 fr. 85, peuvent être confirmés. Ils n'ont pas lieu d'être confondus ou déduits de ceux facturés aux termes du commandement de payer n° [...], dès l'introduction de la procédure de poursuite à compter du 5 mars 2018.

8. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. L'opposition au commandement de payer formée par le recourant dans le cadre de la poursuite n° [...] est ainsi levée. L'arrêt sur le fond rend sans objet la requête d'effet suspensif.

b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, au demeurant non assisté, n'obtient pas gain de cause et n'a dès lors pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Quant à l'intimée, en sa qualité d'assureur social, elle ne peut davantage prétendre à une allocation de dépens (ATF 128 V 323).

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

I. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.

II. La décision sur opposition rendue le 19 juin 2018 par J. _____ SA est confirmée.

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 :

- X. _____,
- J. _____ 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).

La greffière :