

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 septembre 2019

Composition : Mme DURUSSEL, juge unique
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant,

et

E. _____, à [...], intimée.

Art. 64 et 64a LAMal ; art. 125 ch. 3 CO

E n f a i t :

A. a) K. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est affilié à la caisse-maladie E. _____ (ci-après : E. _____ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins depuis le 1^{er} mai 2012. En 2018, sa franchise annuelle était de 2'500 francs.

b) Par décompte de prestations du 13 juin 2018, E. _____ a transmis à l'assuré une facture de 2'401 fr. 95 avec les précisions suivantes :

Libellé / Catégorie / Participation	Date de traitement	Montant payé directement au fournisseur	Montant non reconnu	Montant pris en charge	Votre participation
Hôpital de [...]	du 22.03.2018	6'903.35			
LAMal Réseau des soins 2500.--	au 27.03.2018			6'903.35	
Franchise année 2018					1'801.85
Quote-Part					510.10
Contribution hospitalière					90.00
Voir information(s) n° 263					
		TOTAL		6'903.35	

Voir information ci-après

Montant en notre faveur	2'401.95
--------------------------------	-----------------

Il y était encore indiqué ce qui suit :

« La facture du fournisseur de soins a été acquittée directement par E. _____ dans un cadre conventionnel. Les montants figurant dans la colonne "Votre participation" correspondent aux participations légales (franchise, quote-part, contribution aux frais de séjour hospitalier) qui restent à votre charge. Si, toutefois, des frais "tiers-garant" (envoyés par vos soins) se sont croisés avec le présent décompte "tiers-payant", il ne nous est pas possible de compenser le montant du bulletin de versement avec le montant de nos prestations qui feront l'objet d'un prochain décompte "tiers garant". »

Par courrier du 24 août 2018, E. _____ a adressé un rappel à l'assuré pour la somme de 2'401 fr. 95. Elle en a fait de même le 28 septembre 2018, ajoutant des frais de sommation de 30 fr., portant le montant dû à 2'431 fr. 95.

Dans un courrier du 6 octobre 2018, l'assuré a indiqué à E._____ lui avoir transmis une correspondance le 13 juillet 2018. Il y contestait le décompte du 13 juin 2018, estimant devoir s'acquitter uniquement de la somme de 58 fr. 50, soit la franchise de 2'500 fr. moins 2'441 fr. 50 qu'il avait déjà payés.

Par courrier du 24 octobre 2018, E._____ a répondu à l'assuré que les factures étaient décomptées au fur et à mesure de leur traitement par des secteurs spécialisés en fonction du type de factures. Certaines factures mentionnées dans le montant de 2'441 fr. 50 étaient décomptées en quote-part et ne relevaient pas de la franchise. Selon l'attestation de prestations allouées qui avait été transmise à l'assuré, la somme de 689 fr. 15 (511 fr. 65 + 186 fr. 50) avait été prise en franchise. Le solde pour atteindre le montant de 2'500 fr. avait été prélevé sur la facture de l'hôpital de [...] de 6'903 fr. 35, soit 1'801 fr. 85. La franchise annuelle avait ainsi été atteinte pour 2018. Le solde de la facture de l'hôpital de [...] de 5'101 fr. 50 donnait lieu à la perception d'une quote-part de 10 %, soit 510 fr. 10. A cela s'ajoutait 90 fr. pour six jours d'hospitalisation. La somme de 2'401 fr. 95 était donc due.

c) En l'absence de paiement de l'assuré, un commandement de payer n° [...] daté du 6 novembre 2018 de l'Office des poursuites du district de [...] lui a été notifié le 7 novembre 2018 pour un montant de 2'401 fr. 95 se rapportant à la facture de participation aux coûts, plus 30 fr. de frais administratifs. Aucun intérêt moratoire n'était requis. L'assuré y a fait opposition totale le 12 novembre 2018.

Par courrier du 30 novembre, l'assuré a envoyé à E._____ un tableau de décompte estimant devoir 1'596 fr. 60, selon les calculs suivants :

2018	<i>Factures</i>	<i>E. _____</i>	<i>payé</i>	<i>franchise</i>	<i>quote-part</i>
29.03.	T. _____ AG		134.00		13.40
3.04.	Dr D. _____		75.75		7.50

9.04.	T. _____ AG : 810.10				
25.04.	E. _____ (hôpital [...])		511.65	511.65	
9.05.	Z. _____		70.50		7.00
28.05.	N. _____ (physioth.)		653.00		65.30
30.05.	E. _____ (hôpital [...])		186.50	186.50	
	E. _____ (hôpital [...])	347.70			34.70
	E. _____ (hôpital [...])	6'903.25		1'801.85	510.10
	contribution hosp. : 15 x 6 =				90.00
	Totaux		1'631.40	2'500.00	728.00
			0		

Solde à verser : 2500 - 1631.40 +
728.-- =

1'596.60

Par décision du 21 décembre 2018, E. _____ a levé l'opposition formée contre le commandement de payer n° [...], en précisant que le solde dû était de 2'505 fr. 25 avec intérêt de 5 %.

Le 11 janvier 2019, l'assuré a informé E. _____ du versement le 28 décembre 2018 de 1'596 fr. 60 selon son tableau du 30 novembre 2018. Pour le solde, il a fait opposition à la décision précitée.

Par décision sur opposition du 6 mars 2019, E. _____ a réduit ses prétentions à l'égard de l'assuré, ce dernier restant débiteur de la somme de 835 fr. 35, soit la différence entre les 2'431 fr. 95 dus et le montant de 1'596 fr. 60 versé par l'assuré. Le dispositif était ainsi libellé :

« 1. L'opposition du 11 janvier 2019 est rejetée ; E. _____ est fondée à requérir la continuation de la poursuite n°[...] pour le montant de Fr. 835.35, frais de poursuite non compris.

2. La décision du 21 décembre 2018 est confirmée.

[...] ».

B. Par acte du 4 avril 2019 (date du sceau postal), K. _____ a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation. Il a réitéré ses calculs, estimant avoir payé le montant dû.

Dans sa réponse du 2 mai 2019, E. _____ a conclu au rejet du recours et rappelé ses précédentes explications.

Répliquant le 24 mai 2019, l'assuré a confirmé son recours et produit les pièces attestant des paiements indiqués dans le tableau du 30 novembre 2018.

Par duplique du 7 juin 2019, E. _____ a précisé qu'elle était dans l'attente des coordonnées bancaires de l'assuré pour le remboursement des montants de 188 fr. 85 et 587 fr. 70 relatifs aux factures de 134 fr., 75 fr. 75 et 653 francs. S'agissant de la somme de 70 fr. 50 pour la facture de Z. _____, elle n'avait pas été prise en charge car le matériel concerné n'avait pas été prescrit par un médecin et aucune ordonnance ne lui avait été envoyée à ce sujet.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le présent litige a pour objet le bien-fondé de la décision sur opposition rendue le 6 mars 2019 par E. _____, prononçant la mainlevée de l'opposition au commandement de payer n° [...] pour le montant de 835 fr. 35 relatif à une facture impayée de participation aux coûts.

3. a) La LAMal régit l'assurance-maladie sociale (art. 1a al. 1 LAMal). Celle-ci comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières. Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (art. 64 al. 1 LAMal). Conformément à l'art. 64 al. 2 LAMal, leur participation comprend un montant fixe par année (franchise) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part). En cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille (al. 5).

b) Selon l'art. 93 al. 1 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), les assureurs peuvent pratiquer, en plus de l'assurance des soins ordinaire, une assurance dans laquelle les assurés peuvent choisir une franchise plus élevée que le montant fixé à l'art. 103, al. 1 (franchise à option). Les franchises à option se montent à 500, 1'000, 1'500, 2'000 et 2'500 fr. pour les adultes. L'alinéa 2 de cet article prévoit que le montant maximal annuel de la quote-part correspond à celui qui est prévu à l'art. 103 al. 2 OAMal, soit à 700 fr. pour les adultes. La date du traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part (art. 103 al. 3 OAMal).

c) La contribution journalière aux frais de séjour hospitalier prévue à l'art. 64 al. 5 LAMal se monte à 15 fr. (art. 104 al. 1 OAMal).

4. a) Conformément l'art. 64a LAMal, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit. Il lui impartit un délai de trente 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. Le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites (al. 2).

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. 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, première phrase, LP [loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1]). 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 (TF 9C_414/2015 du 16 octobre 2015 consid. 4.2.1 et les références).

b) 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). Les frais de poursuite incombent dans ce cas au débiteur (TF 9C_88/2014 du 24 février 2014 consid. 3.2 ; TFA 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 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 consid. 3.1).

c) Selon la jurisprudence, l'assuré ne peut invoquer de manière générale la compensation pour s'opposer au paiement d'un montant dû au titre de primes ou de participations aux coûts (ATF 110 V 183 consid. 3 ; TFA K 151/05 du 1^{er} mars 2006 consid. 5.1). Cette interdiction résulte de l'art. 125 ch. 3 CO (code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220) selon lequel ne peuvent être éteintes par compensation contre la volonté du créancier les créances dérivant du droit public en faveur de l'Etat et des communes.

5. a) On constate en premier lieu que les parties sont d'accord sur le calcul du montant de la franchise vu le tableau produit par le recourant le 30 novembre 2018 mentionnant les trois montants de 511 fr. 65, 186 fr. 50 et de 1'801 fr. 85 sous la colonne « franchise », soit un total de 2'500 francs.

Le recourant ne réfute donc pas devoir 1'801 fr. 85 pour atteindre la franchise 2018, ni la quote-part sur le solde de la facture de l'hôpital de [...] de 510 fr. 10 (10 % de 5'101 fr. 40 [6'903,25 - 1'801,85]). Le montant de 90 fr. pour la contribution journalière aux frais de séjour hospitalier n'est pas non plus discuté.

b) Le recourant conteste toutefois être tenu de s'acquitter du solde de 835 fr. 35 à l'intimée car il estime avoir davantage payé que ce qu'il devait.

Il fait ainsi valoir une compensation des sommes déjà versées pour un total de 1'631 fr. 40, comprenant les factures suivantes : 134 fr. le 29 mars 2018 pour T.____ AG, 75 fr. 75 le 3 avril 2018 pour le Dr D.____, 511 fr. 65 le 25 avril 2018 pour l'hôpital de [...], 70 fr. 50 le 9 mai pour Z.____, 653 fr. le 28 mai 2018 pour sa physiothérapeute et 186 fr. 50 le 30 mai 2018 pour l'hôpital de [...].

c) S'agissant du tableau du recourant du 30 novembre 2018, on constate avec l'intimée que le recourant a compté à double les montants de 511 fr. 65 et 186 fr. 50, soit en les indiquant dans la colonne « payé » et dans celle de « franchise ». Or, ce raisonnement ne saurait être suivi dès lors que le recourant n'a payé qu'une seule fois ces sommes. Elles ne doivent donc être comptabilisées que dans la colonne « franchise ». Cette dernière, de 2'500 fr., est due dans tous les cas vu le montant total des frais médicaux du recourant en 2018 (consid. 3a et b *supra*).

d) Concernant la question de la prise en charge par l'intimée de la facture de 70 fr. 50 de Z._____, on relève qu'elle ne fait pas partie de l'objet du litige. La décision sur opposition attaquée ne porte en effet pas sur cette question, mais sur le décompte de prestations du 13 juin 2018. Le dossier ne comporte pas de décision à cet égard (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Par conséquent, il n'y a pas lieu de tenir compte de la somme de 70 fr. 50 pour la présente cause. Il appartient au recourant d'agir conformément aux prescriptions légales s'il entend faire valoir ses droits à cet égard.

e) Au vu de ce qui précède, le recourant a payé 862 fr. 75 (134 + 75,75 + 653) de factures, alors que la franchise était atteinte. L'intimée a relevé dans sa duplique du 7 juin 2019, qu'elle devait rembourser 776 fr. 55 (188,85 + 587,70) au recourant, afin que ce dernier ne paie en fin de compte que la quote-part de 10 % pour les factures en question. Aux dires de l'intimée, le recourant n'avait cependant pas encore transmis ses coordonnées bancaires pour le remboursement.

f) Cela étant, le remboursement dû par l'intimée ne peut pas être compensé sur le montant de 2'401 fr. 95, contrairement à ce que le recourant fait valoir. En effet, un assuré n'est pas en droit d'éteindre une créance en opposant à l'assureur-maladie, en compensation, ses prétentions à la prise en charge de frais médicaux par l'assurance-maladie (consid. 4d *supra*). L'intimée a du reste précisé dans le décompte du 13

juin 2018 ne pas pouvoir compenser le montant du bulletin de versement avec le montant des prestations qui feraient l'objet d'un décompte « tiers garant ». Dans la duplique du 7 juin 2019, elle a toutefois admis devoir la somme de 776 fr. 55 au recourant et il revient à ce dernier de faire le nécessaire, afin que le remboursement puisse être opéré.

g) Partant, la situation peut être résumée selon les tableaux suivants :

<i>Total dû par le recourant (sans tenir compte des factures dépassant la franchise)</i>		<i>Payé par le recourant (sans tenir compte des factures dépassant la franchise)</i>	
Franchise	2'500.00	E. _____ (hôpital de [...])	511.65
Quote-part facture 6'903.25	510.10	E. _____ (hôpital de [...])	186.50
Contribution hospitalisation	90.00	Versement à E. _____	1'596.60
Frais administratifs	30.00		
Totaux	3'130.10	Totaux	2'294.75

Le recourant doit donc la différence, soit la somme de 835 fr. 35 à l'intimée (3'130 fr. 10 - 2'294 fr. 75).

6. a) La facture de participation aux coûts concernée par le litige a fait l'objet d'un rappel et d'une mise en demeure. Le rappel relatif à la participation aux coûts a été adressé au recourant le 24 août 2018. Il a été suivi d'une sommation le 28 septembre 2018. Le commandement de payer du 6 novembre 2018 a donc été précédé d'une facture, d'un rappel et d'une sommation, permettant au recourant d'identifier clairement les montants à payer, notamment les frais supplémentaires engendrés. Partant, la procédure de recouvrement a été appliquée conformément à l'art. 64a LAMal.

b) S'agissant des frais administratifs, le chiffre 6.3 des conditions générales d'assurance de l'intimée prévoient que « l'assuré supporte les frais administratifs de rappel par Fr. 10.- et de sommation par Fr. 30.- ». Ils sont ainsi expressément prévus par les conditions générales. En tout état de cause, il faut admettre que des frais de 30 fr. pour un

montant en souffrance initial de 2'401 fr. 95 ne sont pas excessifs et ne procurent à l'intimée aucun enrichissement, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les réduire.

c) Il est précisé s'agissant du chiffre 2 du dispositif de la décision sur opposition attaquée (« La décision du 21 décembre 2018 est confirmée ») que dans cette décision du 21 décembre 2018, l'intimée levait l'opposition à hauteur de 2'505 fr. 25 et mentionnait des intérêts à 5 %. On rappelle qu'en vertu de l'art. 26 al. 1, première phrase, LPGA, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. A cet effet, l'art. 105a OAMal précise que le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5 % par année. Le texte de cette disposition doit être interprété restrictivement, en ce sens que des intérêts moratoires ne peuvent pas être perçus sur des arriérés de participations aux coûts (TFA K 40/05 du 12 janvier 2006 consid. 4.2.1). Partant, l'intimée ne pouvait calculer des intérêts moratoires sur la facture du 13 juin 2018, ce qu'elle n'a du reste plus fait, à juste titre, dans la décision sur opposition, ni réclamé dans le commandement de payer.

d) Les frais de poursuite suivent le sort de la poursuite (art. 68 LP ; TFA K 88/05 précité consid. 5) et ne font donc pas l'objet de la décision sur opposition litigieuse. C'est donc à juste titre que l'intimée ne les a pas pris en compte.

7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 6 mars 2019 confirmée, en ce sens que l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de [...] est levée à raison d'un montant de 835 fr. 35 correspondant au solde de la facture de participation aux coûts du 13 juin 2018 ainsi qu'aux frais administratifs y relatifs. L'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de [...] est définitivement levée à concurrence de ce montant.

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 n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). En sa qualité d'assureur social, E. _____ SA n'a pas droit à une allocation de dépens (ATF 128 V 323).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 6 mars 2019 par E. _____ est confirmée, en ce sens que l'opposition au commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de [...] est levée à raison d'un montant de 835 fr. 35 correspondant au solde de la facture de participation aux coûts du 13 juin 2018 ainsi qu'aux frais administratifs y relatifs.

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 :

- K. _____,
- E. _____,
- 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 :