

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 août 2026

Composition : M. NEU, juge unique

Greffière : Mme Hentzi

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à Q***, recourante,

et

HELSANA ASSURANCES SA, à Zurich, intimée.

Art. 64a al. 1 LAMal ; art. 1 al. 2 let. d et 2 al. 6 OAMal

En fait :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, est affiliée auprès d'Helsana Assurances SA (ci-après : Helsana ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie depuis le 1^{er} janvier 2015.

L'assurée a annoncé au contrôle des habitants de la Commune de S***, où elle était domiciliée, son départ pour la R*** au 31 juillet 2020. La Commune de S*** a établi, le 2 juillet 2020, une attestation de départ pour la R*** le 31 juillet 2020.

Par communication électronique du 3 août 2020, l'assurée a annoncé à Helsana son départ pour la R*** et précisé qu'elle conservait son affiliation à l'assurance obligatoire des soins auprès d'Helsana. Elle a également complété le formulaire « en cas de déménagement à l'étranger » en indiquant qu'elle percevait une rente de l'assurance-invalidité suisse depuis le 1^{er} avril 2001.

Par courrier du 24 septembre 2020, Helsana a accusé réception du déménagement de l'assurée en R***. Elle l'a informée qu'en raison de son nouveau domicile dans un Etat membre de l'Union européenne et du versement d'une rente suisse, son contrat d'assurance devait être adapté. Elle lui a indiqué qu'elle disposait d'un délai de trois mois pour choisir entre le maintien de son assurance-maladie en Suisse ou une affiliation au régime d'assurance-maladie de R***, précisant qu'à défaut de réponse d'ici au 1^{er} novembre 2020, elle considérerait que l'assurée souhaitait conserver son assurance en Suisse au tarif applicable aux assurés résidant à l'étranger. Elle a également exposé les nouvelles conditions de la police d'assurance et précisé que, si l'assurée optait pour une assurance en R***, elle devrait obtenir une exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse et transmettre une résiliation écrite, la décision d'exemption de l'Institution commune LAMal ainsi qu'une attestation d'affiliation de son nouvel assureur.

Le montant des primes pour l'année 2023 s'élevait à 175 fr. par mois, respectivement 204 fr. par mois pour l'année 2024.

Entre le 5 mars 2023 et le 2 mars 2024, Helsana a adressé à l'assurée cinq factures trimestrielles portant sur les primes de l'assurance obligatoire des soins dues pour la période d'avril 2023 à juin 2024, d'un montant de 525 fr. par trimestre jusqu'au 31 décembre 2023, puis de 612 fr. par trimestre dès le 1^{er} janvier 2024 (factures des 5 mars, 4 juin, 3 septembre, 2 décembre 2023 et 2 mars 2024).

À défaut de paiement des primes, Helsana a adressé à l'assurée des premiers rappels de paiement les 16 avril, 22 juillet et 22 octobre 2023, ainsi que les 21 janvier et 3 mars 2024.

Helsana a ensuite adressé à l'assurée des deuxièmes rappels de paiement les 12 mai, 20 août et 19 novembre 2023, ainsi que les 18 février et 19 mai 2024, mettant à sa charge des frais de rappel de 30 fr. pour chacun de ces rappels.

Helsana a adressé à l'assurée des derniers rappels de paiement les 9 juin, 17 septembre et 17 décembre 2023, ainsi que les 17 mars et 16 juin 2024, chacun assorti de frais de rappel supplémentaires de 30 fr. et d'intérêts moratoires à 5 % l'an.

Par décision du 5 août 2024, Helsana a constaté que l'assurée était débitrice d'un montant total de 3'213 fr. 85, correspondant à des primes de l'assurance obligatoire des soins dues pour la période d'avril 2023 à juin 2024, par 2'799 fr., à des frais de rappel par 305 fr., ainsi qu'à des intérêts moratoires à 5 % l'an par 109 fr. 85.

Le 28 août 2024, l'assurée a formé opposition à la décision du 5 août 2024. Elle a fait valoir qu'elle était assurée en R*** depuis plusieurs années.

Par courrier du 13 septembre 2024, Helsana a confirmé le bien-fondé de l'affiliation de l'assurée à l'assurance-maladie suisse. Elle a rappelé que, à la suite de son déménagement en R*** et en raison du versement d'une rente suisse, son contrat avait été adapté au régime applicable aux assurés résidant à l'étranger. Elle a également rappelé avoir informé l'assurée, par courrier du 24 septembre 2020, qu'elle disposait d'un délai de trois mois pour demander une exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse si elle souhaitait s'affilier au régime [...]. Constatant que l'assurée n'avait jamais produit une telle décision d'exemption, elle a considéré que son affiliation en Suisse ainsi que les primes réclamées étaient fondées. Elle lui a néanmoins imparti un ultime délai au 15 octobre 2024 pour produire une preuve de son exemption, à défaut de quoi la procédure d'opposition se poursuivrait en vue du recouvrement des montants impayés.

Par courrier du 30 septembre 2024, l'assurée a expliqué qu'elle était affiliée à l'assurance-maladie C._____ depuis le 1^{er} août 2020. De plus, Helsana ne l'avait jamais informée des conditions d'affiliation au régime d'assurance-maladie [...]. Elle a joint un courrier du 26 janvier 2021 de [...] indiquant qu'elle était affiliée auprès de la Caisse primaire d'assurance-maladie C._____ depuis le 1^{er} août 2020.

Par courrier du 14 novembre 2024, Helsana a indiqué à l'assurée qu'elle avait impérativement besoin d'une preuve de son exemption à l'obligation d'affiliation au régime d'assurance-maladie suisse, le document qu'elle avait fourni constituant uniquement une preuve de son affiliation au régime d'assurance en R***.

Le 28 janvier 2025, l'assurée a informé Helsana qu'elle avait adressé une demande d'exemption auprès de l'Institution commune LAMal le 27 janvier 2025.

Le 13 février 2025, l'Institution commune LAMal a rejeté la demande d'exemption de l'obligation de l'assurance-maladie en Suisse de l'assurée.

Par décision sur opposition du 7 mai 2025, Helsana a rejeté l'opposition formée par l'assurée et confirmé sa décision du 5 août 2024. Elle a exposé que l'assurée n'avait pas justifié de son exemption à l'obligation d'affiliation au régime d'assurance-maladie suisse. De plus, l'Institution commune LAMal avait, par courrier du 13 février 2025, rejeté la demande d'exemption de l'assurée et confirmé son affiliation au régime suisse. Dans ces circonstances, l'assurée demeurait affiliée auprès de l'Helsana à juste titre.

B. Par acte du 3 juin 2025, B. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à être libérée du paiement des primes d'assurance dès juin 2021 et des années suivantes. En substance, elle a fait valoir qu'elle n'avait jamais été informée par l'intimée de la demande d'exemption à effectuer dans les trois mois suivant son départ en R***. Elle n'avait reçu le formulaire de demande d'exemption qu'en janvier 2025.

Par réponse du 9 juillet 2025, l'intimée a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité.

En droit :

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, le recours a été 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]).

c) Aux termes de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté (art. 61 let. b LPGA).

L'intimée soutient que le recours serait irrecevable faute de motivation suffisante. S'il faut admettre que le recours est succinct, il convient néanmoins de constater qu'il satisfait aux exigences minimales de l'art. 61 let. b LPGA. En effet, il contient une conclusion ainsi qu'une motivation permettant de comprendre les griefs soulevés à l'encontre de la décision attaquée, singulièrement en ce qui concerne la demande d'exemption. Il y a lieu de retenir que le recours est suffisamment motivé et, partant, recevable.

d) 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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3 ; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, la décision sur opposition litigieuse du 7 mai 2025 porte exclusivement sur le recouvrement des primes de l'assurance obligatoire des soins, des frais de rappel et des intérêts moratoires relatifs à la période d'avril 2023 à juin 2024. Partant, dans la mesure où la recourante conclut à être libérée du paiement des primes d'assurance-maladie pour une période antérieure à avril 2023, ses conclusions excèdent

l'objet de la contestation tel que délimité par la décision litigieuse. Elles sont, dans cette mesure, irrecevables.

c) Le litige porte ainsi sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée réclame à la recourante le montant de 3'213 fr. 85, comprenant les primes impayées pour les mois d'avril 2023 à juin 2024, ainsi que des intérêts moratoires et des frais administratifs.

3. a) Aux termes de l'art. 1 al. 2 let. d OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), sont notamment tenues de s'assurer en Suisse les personnes qui résident dans un Etat membre de l'Union européenne et qui sont soumises à l'assurance suisse en vertu de l'Accord du 21 juin 1999 entre, d'une part, la Confédération suisse et, d'autre part, la Communauté européenne et ses Etats membres, sur la libre circulation des personnes (Accord sur la libre circulation des personnes ; RS 0.142.112.681 ; ci-après : ALCP) et de son annexe II, mentionnés à l'art. 95a let. a LAMal.

Ces personnes peuvent toutefois être exemptées de l'obligation de s'assurer en Suisse, conformément à l'art. 2 al. 6 OAMal, pour autant que l'ALCP prévoit une telle possibilité d'exemption et que ces personnes prouvent qu'elles bénéficient dans l'Etat de résidence et lors d'un séjour dans un autre Etat membre de l'Union européenne et en Suisse d'une couverture en cas de maladie.

b) L'ALCP fait notamment référence depuis le 1^{er} avril 2012 au Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (ci-après : Règlement n° 883/2004 [RS 0.831.109.268.1]),

Selon l'art. 23 du Règlement n° 883/2004, la personne qui perçoit une pension ou des pensions en vertu de la législation de deux ou plusieurs Etats membres, dont l'un est l'Etat de résidence, et qui a droit aux prestations en nature en vertu de la législation de cet Etat membre, bénéficie, tout comme les membres de sa famille, de ces prestations en

nature servies par et pour le compte de l'institution du lieu de résidence, comme si l'intéressé n'avait droit à la pension qu'en vertu de la législation de cet Etat membre. L'art. 24 du Règlement n° 883/2004 règle la situation dans laquelle les titulaires de la pension n'ont pas de droit originaire à des prestations en nature en cas de maladie dans l'Etat de résidence faute d'un rapport suffisant avec le système des rentes de l'Etat de résidence. Lorsqu'une seule rente est perçue, la charge des prestations en cas de maladie incombe à l'institution compétente de l'Etat qui alloue la rente. Les rentiers ont alors un droit à l'entraide visant à faciliter l'accès aux soins et aux prestations en nature à l'encontre de l'institution de l'Etat de résidence (ATF 146 V 290 consid. 3.3.2). Il résulte ainsi de l'articulation des art. 23 et 24 du Règlement n° 883/2004 que le droit européen établit une distinction au sein des personnes au bénéfice de pensions, selon qu'elles disposent ou non d'un droit originaire à des prestations en nature en cas de maladie dans l'Etat de résidence, lequel dépend lui-même de l'existence d'un rapport suffisant avec le système des pensions de cet Etat (cf. TF 9C_263/2021 du 24 janvier 2021 consid. 5.1.3). Même si cela ne découle pas directement de la lettre de la disposition, l'art. 24 par. 1 et par. 2 let. a du Règlement n° 883/2004 comprend ainsi une règle de conflit, qui prévoit une obligation de s'assurer à l'assurance-maladie avec obligation de cotiser dans l'Etat qui verse la rente (ATF 146 V 290 consid. 3.3.2).

En complément de la réglementation précitée, l'Annexe XI du Règlement n° 883/2004, section « Suisse » ch. 3 let. a ch. ii et let. b, prévoit que les personnes pour lesquelles la Suisse assumera la charge des prestations en vertu des art. 24, 25 et 26 du Règlement n° 883/2004 peuvent, à leur demande, être exemptées de l'assurance obligatoire tant qu'elles résident dans l'un des Etats suivants et qu'elles prouvent qu'elles y bénéficient d'une couverture en cas de maladie : l'Allemagne, l'Autriche, la France, l'Italie et le Portugal. Cette demande – appelée « droit d'option » – doit être déposée dans les trois mois qui suivent la prise de domicile à l'étranger ; lorsque, dans des cas justifiés, la demande est déposée après ce délai, l'exemption entre en vigueur dès le début de l'assujettissement à l'obligation d'assurance (Annexe XI du Règlement n° 883/2004, « Suisse » ch. 3 let. b let. aa).

4. En l'espèce, il est constant que la recourante a quitté la Suisse pour s'établir en R*** au 31 juillet 2020. Elle en a informé l'intimée le 3 août 2020 et lui a indiqué qu'elle était au bénéfice d'une rente suisse. À la suite de ce changement de domicile, l'intimée lui a adressé un courrier circonstancié le 24 septembre 2020, dans lequel elle lui a expressément expliqué les conséquences de son installation dans un Etat membre de l'Union européenne. Elle l'a notamment informée que, si elle souhaitait s'assurer en R***, elle devait solliciter auprès de l'Institution commune LAMal une exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse dans un délai de trois mois. L'intimée a en outre précisé qu'à défaut d'une telle demande dans le délai imparti, elle considérerait que la recourante souhaitait maintenir son affiliation auprès d'elle au tarif applicable aux assurés résidant à l'étranger. Elle a également indiqué les documents que la recourante devrait lui transmettre en cas d'affiliation au régime [...], à savoir une résiliation écrite, la décision d'exemption de l'Institution commune LAMal ainsi qu'une attestation d'assurance de son nouvel assureur. Contrairement à ce que soutient la recourante, il ne saurait ainsi être retenu que l'intimée aurait manqué à son devoir d'information. Au contraire, celle-ci l'a clairement renseignée sur les démarches à entreprendre afin d'être valablement exemptée de l'obligation de s'assurer en Suisse. Il appartenait dès lors à la recourante d'effectuer les démarches nécessaires auprès de l'Institution commune LAMal si elle entendait exercer son droit d'option en faveur du régime [...]. Or, il ressort du dossier que la recourante n'a déposé aucune demande d'exemption auprès de l'Institution commune LAMal dans le délai qui lui avait été imparti, ni au cours des années suivantes. Ce n'est que le 27 janvier 2025, soit plus de quatre ans après son installation en R***, qu'elle a finalement déposé une telle demande. Par décision du 13 février 2025, l'Institution commune LAMal l'a rejetée. En outre, le fait que la recourante ait été affiliée auprès de la C._____ depuis le 1^{er} août 2020 est sans incidence sur l'issue du litige. En effet, le droit à l'exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse ne peut être exercé tacitement ou par actes concludants, mais requiert le dépôt d'une demande formelle auprès de l'Institution commune LAMal (cf. TF 9C_801/2014 du 10 mars 2015 consid. 3.3). Dans ces circonstances, la recourante ne bénéficie d'aucune

exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse. L'intimée était dès lors fondée à maintenir son affiliation à l'assurance obligatoire des soins et à lui réclamer les primes litigieuses relatives à la période d'avril 2023 à juin 2024.

5. a) L'art. 64a al. 1 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 trente jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement. L'art. 105b al. 1 OAMal précise à cet égard que l'assureur envoie la sommation dans les trois mois qui suivent l'exigibilité des primes et des participations aux coûts impayées. Il l'adresse séparément de toute sommation sur d'autres retards de paiement éventuels.

b) En vertu de l'art. 26 al. 1, première phrase, LPGa, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. Le taux de ces intérêts pour les primes échues est de 5 % l'an (art. 105a OAMal).

c) 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 des frais administratifs dans une mesure appropriée, 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 rappel et de dossier font notamment partie de ces frais administratifs (TF 9C_498/2019 du 19 décembre 2019 consid. 3.3 ; 9C_88/2014 du 24 février 2014 consid. 3.2 ; TFA K 21/04 du 5 juillet 2004 consid. 3).

6. Il s'ensuit que la recourante est bien débitrice des primes de l'assurance obligatoire des soins facturées par l'intimée pour la période d'avril 2023 à juin 2024, soit un montant de 2'799 francs. Le montant des primes réclamées n'est du reste pas contesté en tant que tel par la recourante, laquelle remet uniquement en cause son obligation de demeurer affiliée à l'assurance-maladie suisse. Or, comme on l'a vu, l'intimée était fondée à maintenir cette affiliation, faute pour la recourante

d'avoir obtenu une exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse (cf. *supra* consid. 4).

L'intimée était également en droit de réclamer des intérêts moratoires à 5 % l'an. En vertu de l'art. 105a OAMal, les intérêts moratoires sur les primes courent dès l'échéance du délai de paiement. La recourante ne conteste au demeurant ni le principe ni le calcul des intérêts réclamés, arrêtés à 109 fr. 85 dans la décision litigieuse.

Quant aux frais administratifs réclamés, les conditions cumulatives autorisant leur perception sont réalisées en l'occurrence. D'une part, les primes litigieuses ont fait l'objet de plusieurs rappels qui auraient pu être évités si la recourante s'était acquittée de son dû en temps opportun. D'autre part, le ch. 5.5 des « Conditions d'assurance (CA) [...] - l'assurance obligatoire des soins » de l'intimée, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021, prévoit expressément que les frais résultant du retard dans l'acquittement des primes et des participations aux coûts, notamment les frais de rappel et les frais d'encaissement, sont à la charge de la personne assurée. Au regard de cette disposition contractuelle et des circonstances du cas d'espèce, les frais de rappel mis à la charge de la recourante, arrêtés à 305 fr. dans la décision litigieuse, n'apparaissent ni contraires au droit ni disproportionnés.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable, et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) La procédure ne portant pas sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance au sens de l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, elle donne lieu en principe à la perception de frais de justice à charge de la partie qui succombe (art. 45 et 49 al. 1 LPA-VD). Il y est cependant renoncé dans le cas d'espèce, au vu des circonstances (art. 50 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
le 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 7 mai 2025 par Helsana Assurances SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- B. _____,
- Helsana Assurances 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 :