

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 novembre 2010

Présidence de Mme THALMANN, juge unique
Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

R. _____, à Yverdon-les-Bains, recourante

et

VIVACARE SA, à Berne, intimée.

Art. 4 al. 2; art. 7 al. 1 et 5 LAMal; art. 105b al. 3 OAMal

E n f a i t :

A. Par lettre du 2 décembre 2008, Vivacare a informé R. _____ qu'elle acceptait son affiliation, l'assurance obligatoire de soins entrant en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009. Elle attirait toutefois son attention sur le fait qu'un changement d'assureur n'était possible que s'il n'y avait pas d'arriérés auprès de l'assureur précédent à la date du changement.

Le 6 février 2009, le précédent assureur, U. _____ a indiqué ne pas pouvoir accepter la résiliation dès lors que l'assurée ne s'était pas acquittée de l'intégralité des primes ou participations aux coûts. Le 3 mars 2009, Vivacare a informé l'assurée que vu la correspondance d'U. _____, elle procédait à l'annulation de l'affiliation.

Le 28 mai 2009, U. _____ a informé l'assurée que suite au courrier de son représentant, elle acceptait la résiliation de son contrat d'assurance au 31 décembre 2008. Elle lui demandait en outre de s'acquitter d'un solde de 172 fr. 95. Elle a par la suite renoncé à ce solde par lettre du 4 mars 2010 adressée au représentant de l'assurée.

Le 16 septembre 2009, Vivacare a écrit à l'assurée que suite à la correspondance d'U. _____ reçue par elle le 15 septembre 2009 et conformément à sa confirmation de résiliation au 31 décembre 2008, elle confirmait la remise en vigueur de l'assurance obligatoire de soins de l'intéressée au 1^{er} janvier 2009 auprès de Vivacare. Elle lui a adressé le même jour une police d'assurance valable du 1^{er} janvier au 31 décembre 2009. La prime mensuelle nette s'élève à 266 fr. et la franchise annuelle à 300 fr.

Le 8 octobre 2009, Vivacare a adressé à l'assurée un décompte de prestations relatif à une facture des Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois du 8 septembre 2009 s'élevant à 158 fr. 60, et lui a demandé de verser ce montant dans un délai échéant le 7 novembre 2009.

Le 15 décembre 2009, Vivacare a adressé à l'assurée une sommation lui impartissant un délai de 30 jours pour s'acquitter notamment de ce montant.

Le 19 février 2010, Vivacare a adressé à l'Office des poursuites du district du Jura - Nord vaudois une réquisition de poursuite, le montant de la créance s'élevant à 158 fr. 60 et les frais administratifs à 25 fr.

Le 9 mars 2010, cet office a adressé à l'assurée un commandement de payer, contre lequel le représentant de l'assurée a fait opposition totale au motif que l'intéressée était assurée chez U._____.

Par décision du 22 mars 2010, Vivacare a levé l'opposition au commandement de payer.

L'assurée a fait opposition le 19 avril 2010 contre cette décision en soutenant notamment être toujours assurée auprès d'U._____ en application de l'art. 64 al. 4 LAMal et que les factures devaient être transmises à U._____ en application des art. 70 et 71 LPGa.

Par décision sur opposition du 10 août 2010, Vivacare a rendu la décision suivante:

- "1. L'opposition est rejetée.
2. Vous devez à la [...] [recte vivacare] la somme de CHF 158.60, plus les frais administratifs s'élevant à CHF 25.-.
3. L'opposition du 09.03.2010 contre la poursuite n° 5323156 de l'Office des poursuites du Jura- Nord Vaudois, à Yverdon-les-Bains, est levée à hauteur des montants précités.
4. La présente procédure est gratuite; il n'est pas alloué de dépens (art. 52 al. 3 LPGa)."

Elle a en outre considéré notamment ce qui suit:

"1/ Affiliation

A teneur de l'art. 7. al. 5, 1 phr. LAMal, en cas de changement d'assureur

« l'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance ». La question est donc de savoir auprès de quelle assurance vous étiez affiliée durant l'année 2009, une interruption de couverture étant précisément prohibée par la loi.

Vous avez entamé une procédure auprès de l'Ombudsman de l'assurance maladie contre votre ancien assureur, la caisse U._____. Cette procédure a abouti à l'acceptation par cette dernière de la résiliation de votre assurance au 31 décembre 2008. Conformément à votre souhait, vous avez donc été acceptée chez vivacare pour l'année 2009. Cette affiliation vous a été notifiée par nos soins le 16 septembre 2009 suite à l'attestation d'U._____ reçue le jour précédent.

Votre argument selon lequel notre lettre du 3 mars 2009 annulerait toute affiliation auprès de vivacare ne saurait par ailleurs être suivi. En effet, cette annulation n'était valable, qu'en raison du refus d'U._____ de vous autoriser à changer d'assureur, refus qui nous avait été communiqué le 6 février 2009. Or, suite à la procédure devant l'ombudsman, il s'est avéré que ce refus était injustifié et, par conséquent, votre affiliation chez vivacare pleinement valable.

Il convient par ailleurs de relever que votre comportement est particulièrement contradictoire dans cette affaire. En effet, vous avez souscrit une assurance auprès de vivacare pour l'année 2009 et contesté votre affiliation chez U._____ auprès de l'ombudsman. Alors que vous avez obtenu gain de cause, vous soutenez aujourd'hui que votre affiliation auprès de vivacare n'est pas valable et que vous êtes affiliée auprès d'U._____ pour l'année 2009, raison pour laquelle nous devrions leur transmettre vos factures pour prise en charge.

Il ressort de ce qui précède que vous êtes bien affiliée chez vivacare pour l'année 2009.

2/ Prise en charge des frais médicaux

Puisque vous êtes effectivement affiliée auprès de vivacare, il vous appartient de nous transmettre toutes les notes d'honoraires que vous avez prises en charge afin que nous puissions vous les rembourser, sous déduction du solde de la franchise et des quotes-parts.

3/ Application des art. 70 et 71 LPGA

La question de votre affiliation étant réglée, l'argument tiré des art. 70 et 71 LPGA doit également être écarté. Et quand bien même cette question ne serait pas tranchée, ces articles ne seraient pas applicables puisque les factures que vous nous avez soumises ont été prises en charge par un assureur (vivacare en l'occurrence).

Aux termes de l'article 105b al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), l'assureur doit engager une procédure de poursuite lorsque l'assuré ne s'est pas acquitté de primes et participations aux coûts échus malgré les rappels. De même, le chiffre 4.5 des CGA stipule que les primes d'assurances et participations qui n'ont pas été payées dans les délais feront d'abord l'objet de rappels, puis seront mises à l'encaissement par voie de poursuite.

Selon l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 18 juin 1999, la perception des frais administratifs raisonnables en cas de retard de paiement des primes et participations aux frais est également admissible dans le domaine de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie, à condition que les dépenses soient causées par la faute de l'assuré et pour autant que l'assureur prévoit une réglementation correspondante dans ses conditions générales (ATFA 125 V 276).

L'art. 105b al. 3 de l'ordonnance fédérale sur l'assurance-maladie (OAMal), portant sur le prélèvement des primes et sur les conséquences d'un retard de paiement, prévoit lui aussi que si 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, supplémentaires, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et obligations de l'assuré. En l'espèce, ceci

est prévu au ch. 4.5 des CGA. Les conditions légales étant manifestement remplies et un montant de CHF 25.- est dès lors perçu à titre de frais administratifs.

En outre, selon l'art. 68 LP les frais de poursuite sont à la charge du débiteur, même si le créancier doit en faire l'avance".

B. Le 6 septembre 2010, R._____ a recouru contre cette décision en concluant notamment à l'annulation de son affiliation chez l'intimée, U._____ Assurance reprenant sa couverture rétroactivement au 1^{er} janvier 2009 aux conditions de Vivacare et remboursant à celle-ci les factures qu'elle aurait payées en application des art. 70 et 71 LPGA, et Vivacare annulant toute procédure de poursuite à son encontre avec effet immédiat et en assumant la responsabilité.

Dans sa réponse, Vivacare a conclu au rejet du recours.

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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA) dans un délai de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

Le recours, déposé en temps utile, est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La recourante refuse de payer le montant requis en contestant son affiliation auprès de l'intimée.

L'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (art. 7 al. 1 LAMal). L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Si le nouvel assureur omet de faire cette communication, il doit réparer le dommage qui en résulte pour l'assuré, en particulier la différence de prime. Dès réception de la communication, l'ancien assureur informe l'intéressé de la date à partir de laquelle il ne l'assure plus (art. 7 al. 5 LAMal).

En 2008, la recourante a résilié son contrat auprès d'U. _____ et demandé son affiliation à Vivacare qui l'a acceptée, les assureurs devant en effet, dans les limites de leur rayon d'activité territorial, accepter toute personne tenue de s'assurer (art. 4 al. 2 LAMal). Toutefois, U. _____ ayant refusé tout d'abord la résiliation, l'intimée n'a pu que procéder à l'annulation de l'affiliation de la recourante auprès d'elle. U. _____ a par la suite accepté cette résiliation avec effet au 31 décembre 2008 conformément aux vœux de la recourante, ce dont celle-ci a été informée par lettre de cette assurance du 28 mai 2009. L'acceptation de l'intimée quant à l'affiliation de la recourante a dès lors pris effet au 1^{er} janvier 2009. L'intimée n'avait quant à elle pas à vérifier si la recourante était encore débitrice d'éventuelles créances envers l'ancien assureur.

La recourante a donc été valablement assurée auprès de l'intimée dès le 1^{er} janvier 2009. Ayant finalement été assurée auprès de Vivacare comme elle le souhaitait, elle ne subit aucun dommage. On comprend d'autant moins qu'elle conteste être affiliée auprès de Vivacare

qu'elle conclut à son affiliation auprès de son ancien assureur aux conditions du nouveau.

En outre, les art. 70 et 71 LPGA qui concernent la prise en charge provisoire des prestations ne sont pas applicables dès lors que l'intimée accepte de prendre en charge celles-ci.

Enfin, si la recourante souhaite changer d'assureur, il lui appartient d'agir conformément aux dispositions légales.

3. Quant au montant réclamé, lequel n'est pas contesté par la recourante, il correspond aux pièces du dossier. La franchise de 300 fr. n'étant pas atteinte, il doit être confirmé. Il en va de même des frais. En effet, l'art. 105b al. 3 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie, RS 832.102), prévoit que si 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, supplémentaires, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et obligations de l'assuré, ce qui est le cas au ch. 4.5 des CGA.

Si la recourante a d'autres factures dont elle aurait assumé le paiement, il lui appartient de les transmettre à l'intimée afin qu'elle en examine la prise en charge.

4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

Par ces motifs,

**le juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 10 août 2010 par Vivacare SA est confirmée.
- III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- R. _____
- Vivacare 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 :