

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 novembre 2016

---

Composition : Mme DESSAUX, juge unique  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.S.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**F.** \_\_\_\_\_ **CAISSE-MALADIE SA**, à [...], intimée.

---

**Art. 64a LAMal ; art. 105a et 105b OAMal**

**E n f a i t :**

**A.** En 2013 et 2014, A.S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) était affiliée, tout comme ses enfants, auprès de F.\_\_\_\_\_ Caisse-maladie SA (ci-après : F.\_\_\_\_\_ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10).

Le 9 janvier 2014, F.\_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'assurée une facture de 140 fr. 15 concernant des traitements qu'elle et son fils B.S.\_\_\_\_\_ avaient eus les 4 et 6 décembre 2013, qui étaient à sa charge au titre de la participation aux coûts. Un premier rappel de paiement a été envoyé à l'assurée le 18 février 2014, comprenant des frais de rappel à hauteur de 5 francs. Le 18 mars 2014, F.\_\_\_\_\_ a envoyé à l'assurée une sommation de payer dans les 30 jours un montant de 160 fr. 15 (140 fr. 15 selon le décompte de prestations et 20 fr. de frais de rappel), sous peine de procéder par voie de poursuite.

F.\_\_\_\_\_ a communiqué à l'assurée, en date du 14 octobre 2014, les nouvelles primes d'assurance pour l'année 2015.

Par lettre recommandée du 12 novembre 2014 adressée à F.\_\_\_\_\_, l'assurée a déclaré résilier les contrats d'assurance-maladie pour elle et ses enfants avec effet au 31 décembre 2014. F.\_\_\_\_\_ a pris acte des résiliations dans un courrier du 21 novembre 2014 et a rendu l'assurée attentive au fait que ces résiliations n'étaient valables que pour autant qu'elle ait réglé toutes les factures dues (primes, participations aux coûts, intérêts moratoires, frais de poursuite) jusqu'au 31 décembre 2014 et que le nouvel assureur maladie communique à F.\_\_\_\_\_ les nouvelles affiliations sans interruption de la protection d'assurance.

Dans des attestations des 18 et 29 décembre 2014 envoyées à F.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_ Assurance [...] SA (ci-après : T.\_\_\_\_\_) a confirmé que A.S.\_\_\_\_\_ et ses enfants étaient assurés auprès d'elle à compter du

1<sup>er</sup> janvier 2015 au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. T. \_\_\_\_\_ a précisé que son attestation d'assurance n'était valable que si les personnes concernées n'étaient pas en retard dans le paiement de primes, participations aux coûts, intérêts moratoires ou frais de poursuite en faveur de F. \_\_\_\_\_.

Par lettre du 13 janvier 2015, F. \_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'en raison des arriérés de paiement, le changement de caisse n'avait pas pu être effectué pour elle et son fils B.S. \_\_\_\_\_, de sorte qu'ils restaient assurés auprès de F. \_\_\_\_\_ pour l'année 2015 et recevraient les factures de prime rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Le même jour, F. \_\_\_\_\_ a communiqué à T. \_\_\_\_\_ qu'elle était contrainte de refuser la sortie d'assurance des intéressés.

Le 17 février 2015, l'assurée a versé en faveur de F. \_\_\_\_\_ la somme de 140 fr. 15, correspondant aux participations ouvertes pour les traitements des 4 et 6 décembre 2013.

Les polices d'assurance 2015 établies par F. \_\_\_\_\_ fixaient les primes mensuelles respectivement à 401 fr. 50 pour l'assurée et 82 fr. 80 pour son fils B.S. \_\_\_\_\_. F. \_\_\_\_\_ a réclamé le paiement des primes de janvier à avril 2015 en date du 2 mars 2015, soit un montant de 1'872 fr. 70 à payer jusqu'au 31 mars 2015 (à noter que l'assurée a bénéficié d'une réduction mensuelle de prime de 21 fr. 50 pour les mois de janvier à mars 2015). Des factures pour les primes de mai et juin, chacune d'un montant de 484 fr. 30, ont été envoyées à l'assurée respectivement le 30 mars 2015 (délai de paiement au 30 avril 2015) et le 4 mai 2015 (délai de paiement au 31 mai 2015). F. \_\_\_\_\_ a adressé à l'assurée des rappels de paiement pour chacune des factures précitées, les 17 avril, 18 mai et 17 juin 2015, réclamant à chaque fois 5 fr. de frais de rappel en sus. Des deuxièmes sommations de paiement ont été notifiées à l'assurée les 18 mai, 17 juin et 17 juillet 2015, comprenant chacune des frais de rappel à hauteur de 20 francs.

Le 10 septembre 2015, F.\_\_\_\_\_ a adressé à l'Office des poursuites de [...] une réquisition de poursuite à l'encontre de l'assurée pour un montant de 2'841 fr. 30 avec intérêts à 5 % dès le 15 avril 2015 et une créance secondaire de 60 fr, correspondant au solde de la prime LAMal de janvier 2015, soit 419 fr. 80, aux primes de février à juin 2015 de 484 fr. 30 chacune ainsi qu'aux frais de rappel.

A.S.\_\_\_\_\_ a fait opposition totale au commandement de payer n° 7603416 qui lui a été notifié le 16 septembre 2015 par l'Office des poursuites, lui réclamant le paiement des montants précités ainsi que des frais de poursuite de 73 fr. 30 et 15 fr. 15 de frais d'encaissement.

Le 14 octobre 2015, F.\_\_\_\_\_ a rendu la décision suivante à l'encontre de l'assurée :

1. « Vous nous devez le montant de CHF 3'045.25 (y compris CHF 73.30 de frais de poursuite et 5 % d'intérêts dès le 15.04.2015, soit à ce jour CHF 70.65).
2. Nous déclarons par la présente la levée de votre opposition du 16.09.2015 au commandement de payer n° 7603416 pour un montant de CHF 2'971.95.
3. Aucune mainlevée ne doit être ordonnée pour les frais de poursuite vu que ceux-ci sont dus de par la loi. »

**B.** Le 1<sup>er</sup> novembre 2015, l'assurée a formé opposition contre cette décision, se prévalant de la lettre de résiliation envoyée le 12 novembre 2014 et des « réponses-confirmations » de F.\_\_\_\_\_ du 21 novembre 2014.

Par décision sur opposition du 19 février 2016, F.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assurée en ces termes :

1. « L'opposition du 1<sup>er</sup> novembre 2015 est rejetée.
2. Il est constaté que Madame A.S.\_\_\_\_\_ doit à F.\_\_\_\_\_ SA un montant de CHF 2'901.30 au total pour le solde de la prime LAMal pour elle et son fils B.S.\_\_\_\_\_ pour le mois de janvier 2015, plus les primes LAMal de février à juin 2015 ainsi que les frais de rappel (CHF 2'841.30 + CHF 60.00), plus les intérêts à 5 % l'an sur le montant de CHF 2'841.30 dès le 15 avril 2015 ainsi qu'un montant de CHF 73.30 concernant les frais de poursuite.

3. Partant, la levée de l'opposition formée le 16 septembre 2015 par l'assurée au commandement de payer n° 7603416 de l'Office des poursuites du district de [...] pour un montant de CHF 2'901.30, intérêts à 5 % dès le 15 avril 2015 en sus, est prononcée.
4. Il n'est pas perçu de frais de procédure. Il n'est pas alloué de dépens. »

F.\_\_\_\_\_ a retenu que les participations pour prestations LAMal des 4 et 6 décembre 2013 étaient restées impayées au 31 décembre 2014 malgré les deux rappels envoyés, de sorte que c'était à juste titre qu'elle n'avait pas pu accorder aux intéressés le changement de caisse souhaité pour l'année 2015. Ceux-ci restaient ainsi assurés pour 2015 auprès de F.\_\_\_\_\_ et devaient s'acquitter du paiement des primes LAMal correspondantes, y compris des intérêts moratoires prévus par la loi à hauteur de 5 %, des frais de poursuites ainsi que des frais de rappel, lesquels étaient d'un montant approprié au regard de la jurisprudence.

**C.** Par courrier du 15 février [recte : mars] 2016 adressé à F.\_\_\_\_\_ qui l'a transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, A.S.\_\_\_\_\_ a contesté la décision sur opposition du 19 février 2016, concluant implicitement à son annulation et à être libérée du paiement de l'ensemble des primes, frais et intérêts. Elle a invoqué que T.\_\_\_\_\_ n'avait pas procédé à l'annulation de son affiliation ni à celle de son fils B.S.\_\_\_\_\_ et lui avait réclamé le paiement des primes pour 2015, dont elle s'était acquittée auprès de cette caisse. Elle indiquait avoir été informée par T.\_\_\_\_\_ qu'aussi longtemps que l'affaire n'était pas réglée, seules les affiliations auprès de cette caisse devaient être considérées comme valables. Elle annonçait qu'elle rétrocéderait à F.\_\_\_\_\_ les montants qui devaient lui être remboursés par T.\_\_\_\_\_.

Le 17 avril 2016, l'assurée a confirmé sa volonté de recourir contre la décision sur opposition du 19 février 2016 et régularisé son recours. Elle a expliqué qu'elle était bénéficiaire de l'aide sociale de 2012 à 2014 et que c'est le bureau d'aide sociale qui s'acquittait du paiement des factures adressées par son assureur-maladie. Elle a reproché à F.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir produit de décompte prouvant que la facture dont il était question était restée impayée et s'étonnait qu'aucun

commandement de payer ne lui ait été adressé après la deuxième sommation. Début 2015, un employé de F.\_\_\_\_\_ lui aurait déclaré qu'elle pourrait sortir de leur caisse si elle réglait la facture arriérée, même en retard, ce qu'elle avait fait. Elle a invoqué qu'elle n'avait pas payé les factures de primes envoyées par F.\_\_\_\_\_ en raison des informations données par T.\_\_\_\_\_, selon lesquelles elle restait affiliée chez eux tant que l'affaire n'était pas réglée.

Par courriel du 13 avril 2016, T.\_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'après vérification, l'assurance maladie de base pour elle-même et son fils B.S.\_\_\_\_\_ avait été annulée au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Le 25 mai 2016, l'assurée a produit une attestation du Centre social régional (ci-après : CSR) confirmant qu'elle avait bénéficié du revenu d'insertion du 1<sup>er</sup> juin 2012 au 31 juillet 2014 et une lettre du 18 avril 2016 dans laquelle le CSR précisait qu'il n'avait pas payé les décomptes du 9 janvier 2014. La recourante a également versé en cause une lettre dans laquelle elle faisait savoir au directeur de F.\_\_\_\_\_ que si elle avait été avertie suffisamment tôt de son obligation de rester affiliée auprès de cette caisse, elle aurait sollicité une modification de sa franchise d'assurance et annulé le risque accident de sa couverture d'assurance.

Dans un mémoire de réponse du 15 juin 2016, F.\_\_\_\_\_ a conclu à l'admission partielle du recours dans le sens que le montant que l'assurée lui devait et qui portait sur les primes LAMal de janvier à juin 2015 était modifié et reconduit à 895 fr. 20, plus les frais de rappel (60 fr.), intérêts à 5 % et frais de poursuite (73 fr. 30). L'intimée concluait au rejet du recours pour le surplus. Elle a indiqué qu'en date du 1<sup>er</sup> mai 2016, l'Office vaudois de l'assurance-maladie (ci-après : l'OVAM) avait rétrocédé des subsides pour les années 2015 et 2016 en faveur de l'assurée. F.\_\_\_\_\_ a produit des décomptes actualisés des montants réclamés, ceux-ci n'incluant toutefois pas les intérêts, lesquels seraient arrêtés au moment du paiement définitif du découvert. F.\_\_\_\_\_ précisait en outre qu'elle ne pouvait donner suite à la demande tardive de l'assurée tendant

à modifier la franchise annuelle, laquelle aurait dû être faite au moment où les polices d'assurance avaient été établies.

Par duplique du 15 août 2016, la recourante a allégué avoir rétrocédé à F.\_\_\_\_\_ la totalité des primes reçues en retour par T.\_\_\_\_\_ pour l'année 2015 et avoir payé les primes 2016, frais de rappel inclus. Elle annonçait qu'elle continuerait à payer les primes 2016, même si la franchise appliquée était erronée. Elle a versé en cause une lettre adressée à F.\_\_\_\_\_ le 22 juillet 2016, dans laquelle elle lui indiquait avoir versé 1'005 fr. 05 pour 2015, soit la somme rétrocédée par T.\_\_\_\_\_.

Dans sa prise de position du 5 septembre 2016, F.\_\_\_\_\_ a déclaré avoir enregistré des paiements partiels de la part de l'assurée, renoncer totalement à percevoir les intérêts annuels auxquels elle avait droit ainsi qu'à engager de nouvelles poursuites et avoir suspendu tous les rappels, afin d'encourager l'assurée dans le remboursement de ses arriérés. Elle maintenait en revanche les frais de rappel par souci d'égalité entre les assurés ainsi que les frais de poursuite prévus par la loi, et annonçait qu'elle tiendrait compte du souhait de l'assurée d'avoir une franchise de 300 fr. lors de l'envoi de la police d'assurance pour 2017. Elle a produit de nouveaux décomptes pour les années 2015 et 2016, regroupant les comptes de l'assurée et de son fils, desquels il résultait un solde de 1'132 fr. 10 de primes impayées et de 2'708 fr. de participations aux coûts pour 2015 et 2016, compte tenu de la franchise de 2'500 francs.

Dans ses déterminations du 27 septembre 2016, la recourante a estimé que les montants qui lui étaient encore réclamés par F.\_\_\_\_\_ pour 2015 ne la concernaient plus et devaient être réclamés à T.\_\_\_\_\_, qui n'avait pas annulé les contrats d'assurance-maladie. Elle faisait valoir que ce n'est qu'en janvier 2015 qu'elle avait appris l'existence de la facture impayée d'environ 140 fr., qu'elle l'avait payée courant février 2015 et s'indignait que cela ait pu la conduire à avoir une dette présumée de plus de 4'000 francs.

## **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 la LAMal (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 compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative s'applique ; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant l'intimée qui l'a transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Ayant été régularisé par acte du 17 avril 2016, il respecte ainsi les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. au vu des montants réclamés par la caisse intimée, la cause relève de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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, laquelle détermine l'objet de la contestation. 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 (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1 ; 130 V 138 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées ; TF 9C\_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3 ; 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée, en date du 19 février 2016, était fondée à confirmer la levée de l'opposition formée par la recourante dans la poursuite n° 7603416 concernant le solde de la prime LAMal de janvier 2015, les primes de février à juin 2015 ainsi que les intérêts et frais de rappel.

Après la décision sur opposition du 19 février 2016, l'état du compte de la recourante auprès de F.\_\_\_\_\_ a évolué s'agissant de la période litigieuse, dans la mesure où F.\_\_\_\_\_ a reçu des remboursements de l'OVAM relatifs entre autres aux primes de janvier à juin 2015 et que la recourante a versé à F.\_\_\_\_\_ la somme que T.\_\_\_\_\_ lui a rétrocédée pour l'année 2015. Ces éléments, survenus postérieurement à la décision attaquée, n'ont pas à être pris en considération dans le présent litige. Il s'agit ici d'examiner uniquement si, en date du 19 février 2016, F.\_\_\_\_\_ était fondée à confirmer la levée de l'opposition totale formée par la recourante au commandement de payer n° 7603416. En d'autres termes, il y a lieu de vérifier si c'est à juste titre

qu'à cette date, F.\_\_\_\_\_ réclamait à la recourante le paiement, d'une part, des primes d'assurance-maladie d'un montant de 2'841 fr. 30 pour les mois de janvier à juin 2015, d'autre part, des frais de rappel y relatifs à hauteur de 60fr. ainsi que des intérêts moratoires à 5 % l'an. Le fait que, dans sa prise de position du 5 septembre 2016, F.\_\_\_\_\_ ait déclaré renoncer à percevoir ces intérêts est sans influence sur le présent litige puisqu'il faut se replacer au moment de la décision attaquée et déterminer si, à ce moment-là, elle était légitimée à les réclamer avec le paiement des primes et des frais de rappel.

**3. a)** Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 126 V 265 consid. 3b et la référence citée). Aussi consacre-t-elle le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (cf. 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 (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. 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 (cf. art. 5 let. f LSAMal [loi fédérale du 26 septembre 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale ; RS 832.12]), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP (loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1) (TF 9C\_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1 ; cf. également art. 105b OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]).

L'assureur qui entend procéder au recouvrement d'une créance peut choisir entre, premièrement, agir pour obtenir d'abord un

jugement condamnant au paiement de la créance et introduire ensuite la poursuite ou, deuxièmement, requérir en premier lieu la poursuite puis, en cas d'opposition au commandement de payer de l'assuré, agir par la voie de la procédure administrative pour faire reconnaître son droit. Selon le second mode de procéder, l'assureur doit rendre une décision condamnant le débiteur à lui payer une somme d'argent et lever lui-même l'opposition au commandement de payer. La continuation de la poursuite ne pourra ensuite être requise que sur la base de la décision passée en force qui écarte expressément l'opposition (ATF 134 III 115 consid. 4.1 et 4.1.2 ; TF 9C\_414/2015 du 16 octobre 2015 consid. 4.2.1).

**4. a)** La recourante invoque dans son recours avoir résilié son contrat d'assurance la liant avec F.\_\_\_\_\_, ainsi que celui de son fils B.S.\_\_\_\_\_, pour fin décembre 2014. Elle ne serait ainsi plus redevable envers F.\_\_\_\_\_ de primes, de frais ou d'intérêts, qu'elle conteste dans leur principe et leur quotité, précisant avoir payé ses primes 2015 auprès de son nouvel assureur maladie, T.\_\_\_\_\_.

**b)** Selon l'art. 7 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois ; l'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (al. 2). 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 (al. 5, 1<sup>ère</sup> phrase).

**c)** L'art. 64a LAMal prévoit que lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie une sommation, précédée d'au moins un rappel écrit ; il lui impartit un délai de 30 jours et l'informe des conséquences d'un retard de paiement (al. 1). Si, malgré la sommation, l'assuré ne paie pas dans le délai imparti

les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase). En dérogation à l'art. 7 LAMal, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur tant qu'il n'a pas payé intégralement les primes et les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (al. 6, 1<sup>ère</sup> phrase). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8, 2<sup>e</sup> phrase).

L'art. 105/ OAMal précise que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 de la loi dès la notification de la sommation visée à l'art. 105b al. 1 OAMal (al. 1) ; si l'assuré en retard de paiement demande à changer d'assureur, l'assureur doit l'informer après réception de la demande que celle-ci ne déploiera aucun effet si les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'au mois précédant l'expiration du délai de changement ou si les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment ne sont pas intégralement payés avant l'expiration de ce délai (al. 2) ; si le paiement n'est pas parvenu à temps à l'assureur conformément à l'al. 2, celui-ci doit informer l'assuré qu'il continue à être assuré auprès de lui et qu'il ne pourra changer d'assureur qu'au prochain terme prévu à l'art. 7 al. 1 et 2 de la loi ; l'assureur doit également informer le nouvel assureur, dans les 60 jours suivants, que l'assuré continue à être assuré auprès de lui (al. 3).

**d)** En l'occurrence, la recourante et son fils étaient affiliés pour l'assurance obligatoire des soins auprès de F.\_\_\_\_\_ en 2013 et 2014. F.\_\_\_\_\_ ne conteste pas avoir reçu la résiliation des polices envoyée par l'assurée le 12 novembre 2014. Elle en a effectivement accusé réception dans ses courriers du 21 novembre 2014, dans lesquels elle a toutefois rendu l'assurée attentive au fait que les résiliations ne seraient valables que pour autant qu'elle ait réglé toutes les factures dues (primes, participations aux coûts, intérêts moratoires, frais de poursuite) jusqu'au 31 décembre 2014, comme le prévoit les art. 64a al. 6 LAMal et 105/ al. 2 OAMal. La même information a été faite à l'assurée de la part de T.\_\_\_\_\_, dans ses courriers des 18 et 29 décembre 2014.

Or il se trouvait que la facture de participation aux prestations des 4 et 6 décembre 2013 n'avait toujours pas été payée. La recourante ne saurait valablement invoquer qu'elle ignorait l'existence de cette facture impayée. Il faut en effet constater que F.\_\_\_\_\_ lui a fait parvenir cette facture le 9 janvier 2014, puis un premier rappel le 18 février 2014 et enfin une deuxième sommation de payer le 18 mars 2014. Dans son recours, l'assurée se prévaut du fait qu'elle se trouvait alors au bénéfice de l'aide sociale et que ses factures médicales étaient payées par le CSR. Cela ne la libérait toutefois pas de l'obligation de s'assurer que la facture en question soit effectivement réglée par le CSR, ce d'autant moins au vu des deux rappels qui lui ont été envoyés par F.\_\_\_\_\_. De même, lorsque F.\_\_\_\_\_ l'a informée que sa résiliation était subordonnée au paiement de tous les arriérés, il lui appartenait de vérifier auprès du CSR ou de F.\_\_\_\_\_ que le montant dû avait effectivement été payé, ce qu'elle admet d'ailleurs dans son courrier du 27 septembre 2016. Elle ne pouvait se contenter d'estimer que tel devait être le cas puisqu'aucune poursuite n'avait alors été engagée. En outre, c'est en vain qu'elle reproche à F.\_\_\_\_\_ de ne pas lui avoir rappelé, fin 2014, que cette facture n'avait toujours pas été réglée. Une telle obligation ne figure pas dans la loi et F.\_\_\_\_\_ avait valablement adressé à l'assurée la facture en question et les rappels y relatifs.

Compte tenu de cet arriéré de paiement à fin 2014, c'est à juste titre que F.\_\_\_\_\_ n'a pas effectué le changement de caisse sollicité par l'assurée - ce dont elle l'a informée en date du 13 janvier 2015 - et qu'elle lui a adressé une police et des primes d'assurance pour l'année 2015. F.\_\_\_\_\_ a également valablement communiqué cette information à T.\_\_\_\_\_ par courrier du 13 janvier 2015 et ne peut être tenue pour responsable du fait que le nouvel assureur n'a pas réagi et a continué à adresser à l'assurée des avis de primes et à les encaisser.

La recourante fait valoir à cet égard qu'un employé de T.\_\_\_\_\_ lui aurait expliqué que tant que la situation n'était pas réglée entre les deux caisses, elle restait affiliée auprès de T.\_\_\_\_\_, tout

comme son fils. Ce renseignement donné par oral – au demeurant erroné – ne l'autorisait pas à laisser impayées les factures de primes envoyées par F.\_\_\_\_\_ et à ne pas réagir à ses rappels et sommations de payer. Elle avait en effet été dûment avertie par écrit et en référence aux dispositions légales applicables qu'elle demeurait affiliée, tout comme son fils, auprès de F.\_\_\_\_\_ pour l'année 2015.

Il en va de même pour l'allégation de la recourante selon laquelle un employé de F.\_\_\_\_\_ lui aurait déclaré qu'elle pourrait sortir de leur caisse si elle réglait la facture arriérée, même en retard. Il faut en effet constater qu'elle avait été informée par écrit que le changement de caisse ne serait pas possible si des retards de paiement existaient au 31 décembre 2014.

**e)** Au vu de ce qui précède, F.\_\_\_\_\_ n'a fait que respecter la procédure légale et l'affiliation à T.\_\_\_\_\_, de même que le paiement de primes auprès de cet assureur, ne lui est pas imputable. Dans la mesure où l'assurée restait affiliée auprès de F.\_\_\_\_\_, elle devait s'acquitter du montant des primes d'assurance auprès de cette caisse pour le premier semestre 2015.

**5. a)** Selon l'art. 105b OAMal, 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 effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (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).

**b)** L'art. 26 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase, LPGA dispose que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. Le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5 % par année (art. 105a OAMal). Le dies a quo de l'intérêt moratoire est fixé au lendemain de l'échéance de la prime mensuelle concernée et court jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11), étant précisé que les primes doivent être payées d'avance et en principe tous les mois (art. 90 OAMal). La perception d'intérêts moratoires sur les primes échues est impérative. Ce caractère impératif se déduit de l'art. 26 al. 1, 2<sup>e</sup> phrase, LPGA qui dispose que le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions (à l'intérêt moratoire de 5 %) pour les créances modestes ou échues depuis peu. Or, aucune exception fondée sur cette disposition n'ayant été prévue par cette autorité dans le cadre de l'OAMal, on doit en déduire qu'en matière assurance-maladie, l'assureur ne peut renoncer à la perception d'intérêts moratoires pour les primes échues.

**c)** En l'espèce, dans la mesure où l'assurée ne s'est pas acquittée du paiement des factures des primes de janvier à juin 2015 dans les délais, F.\_\_\_\_\_ n'a eu d'autre choix que de lui faire parvenir des rappels et sommations. Etant donné que la recourante n'invoque aucun motif pertinent pour justifier son retard, F.\_\_\_\_\_ était légitimée à facturer des frais de rappel à hauteur de 20 francs dans les sommations de payer envoyées, ceux-ci étant expressément prévus dans ses conditions générales d'assurances, qui stipulent que « Des frais de sommation et des frais de dossier sont perçus en cas de demeure de l'assuré ». Le montant de ces frais n'est ni disproportionné ni arbitraire et doit au contraire être considéré comme approprié (cf. ATF 125 V 276).

C'est également à juste titre que, dans sa décision sur opposition, F.\_\_\_\_\_ a exigé le paiement d'intérêts moratoires de 5 %

l'an de la part de l'assurée, à partir de l'échéance moyenne du 15 avril 2015.

**d)** Par conséquent, au vu de l'état du décompte de l'assurée et de son fils à la date du 19 février 2016, la poursuite était légitime dans son principe comme dans sa quotité. C'est donc à bon droit que F.\_\_\_\_\_ a prononcé la levée de l'opposition faite par l'assurée au commandement de payer n° 7603416.

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

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 19 février 2016 par F.\_\_\_\_\_ Caisse-maladie SA est confirmée.
- III.** Il est pris acte de ce que le montant dû à titre d'arriéré des primes pour janvier 2015 à juin 2015 s'élevait à 895 fr. 20 en date du 1<sup>er</sup> mai 2016, ensuite de la rétrocession de subsides par l'OVAM, ce montant s'entendant frais de rappel et intérêts moratoires en sus.
- IV.** Il est statué sans frais ni dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Mme A.S. \_\_\_\_\_,
- F. \_\_\_\_\_ Caisse-maladie 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 :