

NE_GERICHTE CDP.2020.42 vom 19. Mai 2020

NE Tribunal cantonal, 2020-05-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2020.42

FR: NE_GERICHTE CDP.2020.42 du 19 mai 2020

IT: NE_GERICHTE CDP.2020.42 del 19 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

Les deux recours, de même contenu, sont dirigés contre deux décisions qui ont trait à la même problématique, qui reposent sur deux états de fait comparables et qui concernent le même assuré. Il se justifie en conséquence de joindre les causes CDP.2020.42 et CDP.2020.77 et de liquider les deux recours par un seul arrêt, ce dans un but d'économie de procédure (ATF 131 V 59 cons. 1; arrêt du TF du 23.12.2014 [9C_438/2014] cons. 1) et quand bien même la LPJA ne contient pas de disposition relative à la jonction de cause.

E. 3

a) Un assuré touché par une décision prise en application d'un tarif des primes de l'assurance obligatoire des soins dans une situation concrète peut exiger du juge qu'il en contrôle la légalité. Le juge ne saurait toutefois entrer en matière sur les critiques d'ordre général qu'un assuré adresse à l'encontre de sa prime d'assurance ou du système de l'assurance-maladie sociale. Il incombe à l'assuré d'expliquer en quoi la clause tarifaire contestée viole le droit fédéral, étant précisé que le pouvoir d'examen du juge des assurances ne s'étend qu'à la question de savoir si ladite clause a été établie en conformité avec les dispositions légales relatives au financement et à la fixation du montant des primes (ATF 135 V 39 cons. 4.3). En exigeant que les tarifs des primes de l'assurance obligatoire des soins soient dûment vérifiés et approuvés par l'autorité de surveillance (art. 16 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale, LSAMal, RS 832.12) – soit l'Office fédéral de la santé publique, OFSP (art. 56 LSAMal) –, le législateur fédéral a expressément érigé une présomption d'adéquation du montant des primes qui ne peut être renversée que si l'assuré apporte la preuve stricte du contraire (ATF 135 V 39 cons. 6.2; arrêt du TF du 06.04.2009 [9C_601/2008] cons. 2). Lorsque la preuve de l'inadéquation des primes est rapportée, la validité d'une prime ne saurait être remise en question que si l'irrégularité constatée présente un degré de gravité certain et laisse clairement apparaître le non-respect des dispositions légales applicables en matière de financement et de fixation des primes (arrêt du TF du 17.10.2018 [9C_498/2018] cons. 2.2; ATF 135 V 39). Compte tenu de l'autonomie dont disposent les assureurs dans la fixation des primes, le juge est appelé en outre à faire preuve d'une grande retenue lors du contrôle d'une décision prise en application d'une clause tarifaire dans une situation concrète (arrêt du TF du 06.04.2009 [9C_601/2008] cons. 2). b) En l'espèce, le recourant ne formule aucun grief concret à l'encontre de sa prime d'assurance, si ce n'est qu'il la trouve trop élevée notamment en regard du fait qu'il n'a "depuis quarante ans" pas fait recours aux prestations de l'assurance-maladie et qu'il n'a jamais été récompensé pour les mesures prises afin de

rester en bonne santé (entraînement physique, vie saine). Cela étant, cette critique générale est nettement insuffisante pour renverser la présomption d'adéquation des primes qui découle de leur approbation par l'OFSP, de sorte que la Cour de céans ne peut pas entrer en matière sur la contestation soulevée par le recourant relative à sa prime d'assurance-maladie. Elle ne peut pas non plus entrer en matière sur le grief programmatique selon lequel les retraités devraient être exonérés de primes d'assurance-maladie.

E. 4

Il reste à examiner si c'est à juste titre qu'Assura a rejeté les oppositions de l'assuré à l'encontre de ses décisions des 30 août 2019 et 20 décembre 2019 par lesquelles elle a levé les oppositions formées au commandement de payer n°XXXXXXXX734 pour un montant de 1'529.40 francs et au commandement de payer n°XXXXXXXX505 pour un montant de 752.30 francs, frais de poursuite en sus. a) 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). De leur côté, les assureurs ne sont pas libres de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire, au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP. L'article 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, 1re phrase). Le créancier à la poursuite duquel il est fait opposition agit ensuite par la voie de la procédure civile ou administrative pour faire reconnaître son droit (art. 79, 1re phrase, 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 (ATF 134 III 115 cons. 4.1; cf. également arrêt du TF du 16.10.2015 [9C_414/2015] cons. 4.2.1). 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, 2e phrase, LP; ATF 134 III 115 cons. 4.1.2). b) Un retard dans le paiement des primes ne justifie pas à lui seul leur recouvrement par voie de poursuite. Il incombe à l'assureur d'envoyer au préalable une sommation à l'assuré – précédée d'au moins un rappel écrit – en lui impartissant un délai de 30 jours en l'informant des conséquences d'un retard de paiement (cf. art. 64a LAMal). Il s'agit de conditions préalables obligatoires avant l'introduction d'une poursuite (arrêt du TF du 21.07.2016 [9C_78/2016] cons. 3.2), et ce même dans les cas particuliers où une telle incombance peut exceptionnellement paraître dénuée de sens par exemple parce que l'assuré refuse le paiement de toute prime pour des questions de principe (ATF 131 V 147 cons. 6.3, dernier paragraphe). c) En l'espèce, dans la cause CDP.2020.42, la poursuite requise par Assura et

qui a abouti au commandement de payer n°XXXXXXX734 porte sur les primes d'octobre 2018 à février 2019 (CHF 305.70 x 3 + CHF 334.10 x 2) dont à déduire un paiement partiel de 115.90 francs, sur des frais de rappel (CHF 10 x 3) et sur des frais de sommation (CHF 30), soit un total de 1'529.40 francs. Assura a levé l'opposition au commandement de payer à concurrence de ce montant, hors frais de poursuite. Il ressort du dossier qu'Assura a dûment envoyé des rappels (23.11.2018 pour les primes d'octobre et novembre 2018, 14.12.2018 pour la prime de décembre 2018, 28.02.2019 pour les primes de janvier et février 2019) avant la sommation (mise en demeure du 29.03.2019), de sorte qu'elle était légitimée à recouvrer ces primes par voie de poursuites. Dans la cause CDP.2020.77, la poursuite requise par Assura et qui a abouti au commandement de payer n°XXXXXXX505 porte sur les primes d'avril à juin 2019 (CHF 334.10 x 3) dont à déduire deux paiements partiels de 150 francs chacun, sur des frais de rappel (CHF 10 x 2) et sur des frais de sommation (CHF 30), soit un total de 752.30 francs. Assura a levé l'opposition au commandement de payer à concurrence de ce montant, hors frais de poursuite. Il ressort du dossier qu'Assura a dûment envoyé des rappels (29.05.2019 pour les primes d'avril et mai 2019, 14.06.2019 pour la prime de juin 2019) avant la sommation (mise en demeure du 28.06.2019), de sorte qu'elle était légitimée à recouvrer ces primes par voie de poursuites. Le recourant n'ayant effectué aucun versement sur les montants dûment mis en poursuites et n'ayant apporté aucun élément permettant de considérer que ses dettes étaient éteintes ou suspendues, c'est à bon droit que l'intimée a rejeté ses oppositions.

E. 5

a) Outre la prime convenue contractuellement, une caisse-maladie peut réclamer le paiement – dans une mesure appropriée – des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré lors du versement des primes et de la participation aux coûts, à la condition que ces frais, qu'un paiement en temps utile aurait permis d'éviter, soient imputables à une faute de l'assuré. Une telle mesure doit toutefois être prévue expressément par les dispositions générales sur les droits et obligations des assurés (art. 105b al. 2 OAMal ; ATF 125 V 26 cons. 2c et les références). S'agissant des intérêts moratoires, l'article 105a OAMal prescrit qu'ils s'élèvent à 5 % pour les primes échues selon l'article 26 al. 1 LPGA . b) En l'espèce, l'article 6.3 des conditions générales de l'intimée relatives à l'assurance obligatoire des soins prévoit que l'assuré supporte les frais administratifs de rappel par

E. 10

francs et de sommation par 30 francs. Ces montants paraissent raisonnables et partant admissibles. Ainsi, dans la cause CDP.2020.42, les frais de rappel par 30 francs (CHF 10 x 3) et de sommation par 30 francs compris dans la poursuite sont justifiés; dans la cause CDP.2020.77, les frais de rappel par 20 francs (CHF 10 x 2) et de sommation par 30 francs compris dans la poursuite sont également justifiés.

c) S'agissant des intérêts moratoires, les chiffres 5.1 et 5.2 des conditions générales de l'intimée prévoient que les primes sont payables d'avance aux échéances convenues et que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires de 5 % par année. Selon l'article 90 OAMal, les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois. En l'espèce, les primes de l'assuré étaient payables mensuellement, ainsi que cela ressort des communications des primes pour 2018 et 2019 adressées à l'assuré. La décision sur opposition du 22 janvier 2020 (CDP.2020.42)

mentionne des intérêts à 5 % l'an dès le 15 décembre 2018. Dès lors que cette date est postérieure à l'échéance moyenne des primes d'octobre 2018 à février 2019, il se justifie d'allouer l'intérêt moratoire dès la date mentionnée. Quant à la décision sur opposition du 18 février 2020 (CDP.2020.77), elle mentionne des intérêts à 5 % l'an dès le 1er mai 2019. Dès lors que cette date correspond à l'échéance moyenne des primes d'avril à juin 2019, il se justifie d'allouer l'intérêt moratoire dès la date mentionnée.

d) Par souci de clarté, il convient de rappeler que les frais de poursuite, qui en l'espèce se montent à 133.30 francs (CHF 73.30 pour l'établissement du commandement de payer + CHF 60 pour les frais de notification) dans la cause CDP.2020.42 et à 113.30 francs (CHF 53.30 pour l'établissement du commandement de payer + CHF 60 pour les frais de notification) dans la cause CDP.2020.77 s'ajoutent au solde du montant mis en poursuite. En effet, les frais de la poursuite sont à la charge du poursuivi, bien qu'ils doivent être avancés par le poursuivant (art. 68 LP). Dès lors que les frais de la poursuite suivent le sort de la poursuite (RJN 1982, p. 290), il n'y a pas lieu de se prononcer séparément à leur sujet.

6.a) Les considérants qui précèdent amènent au rejet des recours.

b) Conformément à l'article 61 let. a LPGA applicable par le renvoi de l'article 1 LAMal, la procédure devant le Tribunal cantonal des assurances est gratuite pour les parties, des émoluments de justice et les frais de procédure pouvant toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. La témérité doit être admise lorsqu'une partie soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi. Le seul fait de déposer un recours dépourvu de toutes chances de succès ne relève pas en soi de la témérité : il faut en plus que, subjectivement, la partie ait pu se rendre compte, avec l'attention et la réflexion qu'on peut attendre d'elle, de l'absence de toutes chances de succès de sa démarche, et que, malgré cela, elle ait persisté dans sa volonté de recourir (arrêt du TF du 23.12.2014 [9C_438/2014] cons. 6.1). En ce qui concerne le recourant, il convient de relever qu'il a déjà été informé du caractère infondé de ses arguments : en effet, dans une procédure antérieure dans laquelle il a recouru contre une décision sur opposition de son assureur-maladie Assura-Basis SA (cf. arrêt de la CDP du 12.12.2019 [CDP.2019.63]) en relation avec le recouvrement de primes de l'assurance obligatoire des soins, avec les mêmes arguments que ceux soulevés dans les procédures objet du présent arrêt, la Cour de cassation a exposé de manière explicite et exhaustive les conditions restrictives auxquelles le juge peut être obligé de contrôler la légalité d'une décision prise en application d'un tarif des primes de l'assurance obligatoire des soins dans une situation concrète (cf. arrêt précité, cons. 2), l'obligation légale des assurés de s'acquitter du paiement des primes, de même que l'obligation légale des assureurs de recouvrer les primes dues, la procédure à suivre par l'assureur-maladie à cette fin ainsi que les règles concernant la mise à charge de l'assuré des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré lors du versement des primes (cf. arrêt précité, cons. 3a et b et cons. 4). Dans les deux recours objets de la présente cause, l'assuré répète des arguments dont il devait ainsi pertinemment savoir ■ de par la procédure antérieure à laquelle il a été partie ■ qu'ils ne sont pas propres à justifier le bien-fondé de sa démarche. De même, il avance un argument (les retraités devraient être exonérés de primes d'assurance-maladie) qui ne trouve aucun fondement dans la loi ou la jurisprudence ■ de sorte qu'il ne permet pas de le dispenser du paiement des primes qu'il réclame ■ mais qui relève d'un programme politique de la compétence des autorités

législative et exécutive. Cela étant, sa démarche est téméraire, de sorte qu'il se justifie de mettre les frais de la procédure à sa charge. L'attention du recourant est par ailleurs expressément attirée sur le fait que de nouveaux recours fondés sur des arguments identiques ou semblables à ceux développés dans les trois recours déposés devant la Cour de cassation (CDP.2019.63, CDP.2020.42 et CDP.2020.77) seront considérés comme procéduriers ou abusifs et dès lors déclarés irrecevables (art. 52 al. 1 let. b LPJA). Enfin, le recourant, succombant, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG). L'intimée ne peut pas non plus prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPG à contrario).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Joint les causes CDP.2020.42 et CDP.2020.77

2. Rejette les recours.

3. Met les frais de la procédure, par 880 francs, à charge du recourant.

4. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 19 mai 2020

1 L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés. Sauf disposition contraire de la présente loi, l'assureur prélève des primes égales auprès de ses assurés.

2 L'assureur échelonne les montants des primes selon les différences des coûts cantonaux. Des exceptions sont possibles pour les effectifs très peu importants. Le lieu de résidence de l'assuré est déterminant. 1

2bis L'assureur peut échelonner les primes selon les régions. Le département délimite uniformément les régions ainsi que les différences maximales admissibles de primes fondées sur les différences de coûts entre les régions. 2

3 Pour les enfants et les jeunes adultes, l'assureur fixe une prime plus basse que celle des autres assurés; la prime des enfants doit être inférieure à celle des jeunes adultes. 3

3bis Le Conseil fédéral peut fixer les réductions de primes visées à l'al. 3. 4

4 Pour les assurés résidant dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège, les primes sont calculées en fonction de l'État de résidence. Le Conseil fédéral édicte les dispositions sur la fixation et l'encaissement des primes de ces assurés. 5

5...6

1 Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1er janv. 2016

(RO20155137;FF20121725). 2 Introduit par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, en vigueur depuis le 1er janv. 2016

(RO20155137;FF20121725). 3 Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 17 mars 2017, en vigueur depuis le 1er janv. 2019 (RO20181843;FF201669897729). 4 Introduit par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1er janv. 2001

(RO20002305;FF1999727). 5 Introduit par le ch. I 9 de la LF du 8 oct. 1999 sur l'Ac. entre la Suisse et la CE et ses États membres sur la libre circulation des personnes

(RO2002701;FF19995440). Nouvelle teneur selon le ch. I 8 de la LF du 14 déc. 2001 relative aux disp. concernant la libre circulation des personnes de l'Ac. amendé la Conv. instituant l'AELE, en vigueur depuis le 1er juin 2002 (RO2002685;

FF20014729).6Introduit par le ch. I de la LF du 18 déc. 1998 (RO19992041; FF19981072 1078). Abrogé par l'annexe ch. 2 de la L du 26 sept. 2014 sur la surveillance de l'assurance-maladie, avec effet au 1erjanv. 2016 (RO20155137; FF20121725).

1Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient.

2Leur participation comprend:

a.un montant fixe par année (franchise); et

b.10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).

3Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part.

4Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée et le montant maximum de la quote-part est réduit de moitié. Plusieurs enfants d'une même famille, assurés par le même assureur, payent ensemble au maximum le montant de la franchise et de la quote-part dus par un adulte.

5En cas d'hospitalisation, les assurés versent, en outre, une contribution aux frais de séjour, échelonnée en fonction des charges de famille. Le Conseil fédéral fixe le montant de cette contribution.

6Le Conseil fédéral peut:

a.prévoir une participation aux coûts plus élevée pour certaines prestations;

b.réduire ou supprimer la participation aux coûts des traitements de longue durée et du traitement de maladies graves;

c.supprimer la participation aux coûts pour une assurance impliquant un choix limité d'après l'art. 41, al. 4, lorsque cette participation se révèle inappropriée;

d.1 supprimer la franchise pour certaines mesures de prévention exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal

7L'assureur ne peut prélever aucune participation aux coûts des prestations suivantes:

a.prestations visées à l'art. 29, al. 2;

b.prestations visées aux art. 25 et 25aqui sont fournies à partir de la 13esemaine de grossesse, pendant l'accouchement, et jusqu'à huit semaines après l'accouchement.2

8La participation aux coûts ne peut être assurée ni par une caisse-maladie, ni par une institution d'assurance privée. Il est également interdit aux associations, aux fondations ou à d'autres institutions de prévoir la prise en charge de ces coûts. Les dispositions de droit public de la Confédération et des cantons sont réservées.3

1Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1erjanv. 2001

(RO20002305;FF1999727).2Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 juin 2013, en

vigueur depuis le 1ermars 2014 (RO2014387;FF201321912201)3Introduit par le ch. I de la

LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1erjanv. 2001 (RO20002305;FF1999727). Voir aussi l'al. 1 des disp. fin. de cette mod. à la fin du texte.

1Lorsque 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. 2).

2Si, 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.

3L'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs concernés et, pour chacun, le montant total des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins (primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré durant la période considérée. Il demande à l'organe de contrôle désigné par le canton d'attester l'exactitude des données communiquées et transmet cette attestation au canton.

4Le canton prend en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3.2

5L'assureur conserve les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Dès que l'assuré a payé tout ou partie de sa dette à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50 % du montant versé par l'assuré.

6En dérogation à l'art. 7, 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. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé.

7Les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites, liste à laquelle n'ont accès que les fournisseurs de prestations, la commune et le canton. Sur notification du canton, l'assureur suspend la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence, et avise l'autorité cantonale compétente de la suspension de sa prise en charge et, lorsque les assurés ont acquitté leurs créances, de l'annulation de cette suspension.

8Le Conseil fédéral règle les tâches de l'organe de révision et désigne les titres jugés équivalents à un acte de défaut de biens. Il règle également les modalités de la procédure de sommation et de poursuite ainsi que les modalités de transmission des données des assureurs aux cantons et des versements des cantons aux assureurs.

9Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur le non-paiement des primes et des participations aux coûts des personnes tenues de s'assurer qui résident dans un État membre de l'Union européenne, en Islande ou en Norvège. Si le droit de l'État concerné permet à l'assureur de recouvrer les primes et participations aux coûts impayées, le Conseil fédéral peut obliger les cantons à prendre en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce visée à l'al. 3. Si le droit de l'État concerné ne le permet pas, le Conseil fédéral peut accorder aux assureurs le droit de suspendre la prise en charge des coûts des prestations.³

1Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 19 mars 2010, en vigueur depuis le 1er janv. 2012 (RO20113523,FF200959735987).²Voir aussi les dips. trans. de la mod. du 19 mars 2010 à la fin du texte.³2et 3ephrases introduites par le ch. I de la LF du 30 sept. 2016 (Adaptation de dispositions à caractère international), en vigueur depuis le 1er janv. 2018 (RO20176717;FF20161).

1Les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunérateurs. Le Conseil fédéral peut prévoir des exceptions pour

les créances modestes ou échues depuis peu.

2 Des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

3 Aucun intérêt moratoire n'est dû lorsque des assureurs étrangers sont à l'origine des retards.¹

4 N'ont pas droit à des intérêts moratoires:

a. la personne ayant droit aux prestations ou ses héritiers, lorsque les prestations sont versées rétroactivement à des tiers;

b. les tiers qui ont consenti des avances ou provisoirement pris en charge des prestations au sens de l'art. 22, al. 2, et auxquels les prestations accordées rétroactivement ont été cédées;

c. les autres assurances sociales qui ont provisoirement pris en charge des prestations au sens de l'art. 70.2

¹ Introduit par l'annexe ch. 2 de la LF du 6 oct. 2006 (5^e révision AI), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO20075129; FF20054215).² Introduit par l'annexe ch. 2 de la LF du 6 oct. 2006 (5^e révision AI), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2008 (RO20075129; FF20054215).

Sous réserve de l'art. 1, al. 3, de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative¹, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Elle doit satisfaire aux exigences suivantes:

a. elle doit être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties; des émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté;

b. 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;

c. le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement;

d. le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours;

e. si les circonstances le justifient, les parties peuvent être convoquées aux débats;

f. le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti; lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant;

g. le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige;

h. les jugements contiennent les motifs retenus, l'indication des voies de recours ainsi que les noms des membres du tribunal et sont notifiés par écrit;

i. les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

1RS172.021

Le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26, al. 1, LPGA s'élève à 5 % par année.

1L'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 adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels.

2Lorsque 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.

1Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 22 juin 2011, en vigueur depuis le 1er janv. 2012 (RO20113527).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.