

## VD\_FINDINFO AM 24/15 - 30/2016 vom 15. Juni 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-06-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AM\\_24\\_15\\_-\\_30\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AM_24_15_-_30_2016)

FR: VD\_FINDINFO AM 24/15 - 30/2016 du 15 juin 2016

IT: VD\_FINDINFO AM 24/15 - 30/2016 del 15 giugno 2016

### Regeste

PRIME D'ASSURANCE-MALADIE, ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE, ASSURANCE DE BASE, COMPENSATION DE CRÉANCES, INTÉRÊT MORATOIRE, FRAIS DE POURSUITE, COMMANDEMENT DE PAYER | 120 al. 1 CO, 125 ch. 3 CO, 3 al. 1 LAMal, 4 al. 2 LAMal, 61 LAMal, 64a LAMal, 68 LP, 79 LP, 105a OAMal, 105b OAMal, 90 OAMal

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.06.2016 AM 24/15 - 30/2016

PRIME D'ASSURANCE-MALADIE, ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE, ASSURANCE DE BASE, COMPENSATION DE CRÉANCES, INTÉRÊT MORATOIRE, FRAIS DE POURSUITE, COMMANDEMENT DE PAYER | 120 al. 1 CO, 125 ch. 3 CO, 3 al. 1 LAMal, 4 al. 2 LAMal, 61 LAMal, 64a LAMal, 68 LP, 79 LP, 105a OAMal, 105b OAMal, 90 OAMal

TRIBUNAL CANTONAL AM 24/15 - 30/2016 ZE15.025589 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 15 juin 2016 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Thalmann , présidente

Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges Greffière : Mme Barman Ionta \*\*\*\*\* Cause

pendante entre : V. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, et C. \_\_\_\_\_ SA , à [...], intimée.

\_\_\_\_\_ Art. 61 LAMal ; 90 OAMal E n f a i t : A. V. \_\_\_\_\_ (ci-après :

l'assuré), né en 1968, était affilié dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 auprès d'C. \_\_\_\_\_ SA pour l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 ; RS 832.10) et auprès d'Y. \_\_\_\_\_ SA pour une couverture complémentaire selon la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1). Pour l'année 2014, la prime mensuelle de l'assurance obligatoire des soins s'élevait à 178 fr. 25, l'assuré étant au bénéfice d'une franchise annuelle de 2'500 francs. Le 21 novembre 2014, C. \_\_\_\_\_ SA a adressé à l'assuré un rappel portant sur la somme de 366 fr. 50, correspondant aux primes de l'assurance obligatoire des soins des mois d'octobre et novembre 2014 (178 fr. 25 x 2), majorées du montant de 10 fr. de frais. Ce rappel accordait à l'intéressé un délai de dix jours pour s'acquitter de la somme réclamée et l'avertissait que faute de paiement, une procédure de poursuite serait engagée. Le 16 décembre 2014, C. \_\_\_\_\_ SA a envoyé un nouveau rappel à l'assuré, l'invitant à s'acquitter dans un délai de dix jours du montant de 188 fr. 25, lequel comprenait la prime due au titre de l'assurance obligatoire des soins pour le mois de décembre 2014, ainsi que des frais de rappel par 10 francs. L'assuré s'est acquitté le 20 décembre 2014 du montant de 366 fr. 50 tel que réclamé par rappel du 21 novembre précédant. En date du 30 décembre 2014, C. \_\_\_\_\_ SA a adressé une mise en demeure d'un montant de 218 fr. 25 à l'assuré, correspondant à la prime de décembre 2014 (178 fr. 25) et aux frais de rappel (10 fr.) et de

somation (30 fr.) induits par son retard de paiement. Un délai de trente jours était imparté à l'assuré pour s'exécuter. Sur réquisition d'C.\_\_\_\_\_ SA du 30 janvier 2015, l'Office des poursuites du district [...] a notifié le 5 février suivant un commandement de payer à l'assuré pour un montant de 178 fr. 25, avec intérêt à 5% dès le 1 er décembre 2014, plus 40 fr. de frais administratifs, auquel il a fait opposition totale (poursuite n° [...]). Comme cause de l'obligation, le commandement de payer mentionnait « Primes LAMal [...] 01-12-2014/31-12-2014 ». Par décision du 20 mars 2015, C.\_\_\_\_\_ SA a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° [...]. Elle a retenu que le montant de 218 fr. 25, avec un intérêt de 5% l'an dès le 1 er décembre 2014 sur la prime de décembre 2014, demeurait impayé. Il était par ailleurs spécifié que les frais de poursuite suivaient le sort de la créance. Le 23 mars 2015, l'assuré a formé opposition contre cette décision, faisant valoir ce qui suit : « Votre lettre fait mention de l'Art. 49 de la LPGA tandis qu'C.\_\_\_\_\_ SA fait usage de faux pour retenir depuis bientôt un an, une somme d'un millier de Francs que je lui ai avancé et qui ne lui appartient pas, ce qui relève du droit pénal. Je vis en-dessous du minimum vital avec des charges familiales importantes. Mon budget initial prévoyait qu'C.\_\_\_\_\_ SA ferait preuve de diligence en me rendant sans délai les sommes obtenues malhonnêtement. Cela n'a pas été le cas. Un retour à la normale ne peut pas être envisagé sans ce remboursement. C.\_\_\_\_\_ SA doit par ailleurs se référer à mes Mise en demeure et Somation des 5 et 12 janvier 2015 ainsi qu'à mes autres courriers portant mention de la police concernée 154 46 47. » Par décision sur opposition du 20 mai 2015, C.\_\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition du 23 mars précédant, V.\_\_\_\_\_ étant débiteur de la caisse de la somme de 218 fr. 25, majorée des frais de poursuite, plus intérêt à 5% sur le montant de 178 fr. 25 dès le 1 er décembre 2014. En substance, elle constatait que le motif de l'assuré relatif à l'usage de faux et aux montants perçus à tort tombait à faux, dans la mesure où il avait traité à un litige l'opposant à Y.\_\_\_\_\_ SA, assurance active dans le domaine de l'assurance maladie complémentaire. Quand bien même l'opposant se trouvait simultanément en litige avec Y.\_\_\_\_\_ SA au sujet de ses assurances complémentaires souscrites pour le 1 er janvier 2014, ledit litige n'avait aucune influence sur la présente procédure et les primes de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal devaient être réglées aux échéances convenues. B. V.\_\_\_\_\_ a formé recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 19 juin 2015. Il conclut au maintien de son opposition à la poursuite n° [...] ou à la suspension de l'affaire « jusqu'aux conclusions finales de l'enquête pénale qui devra faire l'objet d'une analyse sur l'entier des documents C.\_\_\_\_\_ SA [le] concernant et/ou de ses employés et/ou de ses partenaires d'affaires », ainsi qu'au versement par C.\_\_\_\_\_ SA d'une indemnité de 100'000 fr. « au titre de dommage pour le préjudice causé et le tort porté à [sa] réputation ». Il fait valoir que l'intimée a perçu à son encontre près d'un millier de francs en primes d'assurances, en produisant et faisant usage de faux (modification d'un questionnaire de santé et imitation de sa signature), ajoutant que l'argent obtenu frauduleusement ne lui a pas été rendu et que plainte pénale a été déposée contre X pour faux et contre C.\_\_\_\_\_ SA pour usage de faux. Dans sa réponse du 24 août 2015, C.\_\_\_\_\_ SA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 20 mai 2015. Elle souligne préalablement qu'C.\_\_\_\_\_ SA et Y.\_\_\_\_\_ SA sont deux entités juridiques distinctes soumises à des procédures différentes, Y.\_\_\_\_\_ SA étant un assureur privé, actif dans le domaine des assurances complémentaires régies par la LCA. Elle réfute l'allégation du recourant selon laquelle son questionnaire de santé aurait été modifié, arguant qu'aucun questionnaire médical n'est à compléter par l'assuré dans le cadre de son affiliation à

l'assurance obligatoire. Elle expose par ailleurs que la présente procédure de recouvrement est la première poursuite engagée à l'encontre du recourant depuis son affiliation au 1<sup>er</sup> janvier 2014, qu'elle ne concerne que la prime de décembre 2014 relevant de la LAMal et s'impose eu égard aux principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale. Elle ajoute finalement que la plainte pénale à laquelle se réfère le recourant a été déposée contre Y. \_\_\_\_\_ SA, non contre C. \_\_\_\_\_ SA. Répliquant le 31 août 2015, le recourant soutient que la caisse intimée ne peut dissocier deux entités juridiques alors qu'elle n'en fait aucune mention « dans la pratique, ni par ses mandats, ni sur ses polices, ni sur ses décomptes de primes ». Il expose avoir signé un contrat avec une seule entité et que le présent litige « est contre C. \_\_\_\_\_ SA pour un contrat LAMal et LCA ». Il allègue également que la tromperie dont il a été victime, soit la modification du contrat à son insu après sa signature, lui crée un tort financier irréparable, extrêmement important, et à vie. Au terme de son écriture, il confirme ses conclusions, requérant en outre le remboursement des « primes versées au titre de la couverture LCA du contrat LAMal/LCA ». Dans sa duplique du 23 septembre 2015, C. \_\_\_\_\_ SA rappelle que la décision sur opposition du 20 mai 2015 porte exclusivement sur le recouvrement de la prime de l'assurance obligatoire des soins de décembre 2014, impayée à ce jour, et des frais découlant de cette absence de paiement. Cela étant, elle souligne que la raison sociale des deux sociétés apparaît de manière claire dans les propositions d'assurance signées par le recourant, avec la conclusion d'un contrat avec C. \_\_\_\_\_ SA s'agissant de l'assurance obligatoire, respectivement avec Y. \_\_\_\_\_ SA s'agissant de l'assurance complémentaire. S'agissant du reproche relatif à l'utilisation des mêmes adresses ou mêmes numéros de police, l'intimée expose qu'C. \_\_\_\_\_ SA et Y. \_\_\_\_\_ SA sont deux sociétés du Groupe I. \_\_\_\_\_ ; aussi usent-elles des mêmes adresses, numéros de téléphone et papier à en-tête, tout en étant soumises à des législations et procédures différentes et en traitant le dossier des assurés différemment selon que les questions posées relèvent de la LAMal ou de la LCA. Le 7 octobre 2015, se référant aux copies des polices d'assurance déposées céans par l'intimée, le recourant réitère ses griefs quant à la modification des contrats à son insu et à l'imitation de sa signature « à au moins une occasion (dont en page 2 du contrat LCA) », rappelant que ces documents font l'objet d'une enquête pénale. Se déterminant le 3 novembre 2015, C. \_\_\_\_\_ SA indique ne pas avoir à se prononcer sur l'authenticité d'une signature figurant sur une proposition d'assurance-maladie complémentaire qui ne la concerne pas, l'objet de la présente procédure étant relatif aux primes de l'assurance-maladie obligatoire exclusivement. Le 25 novembre 2015, le recourant souligne que l'intimée ne se prononce que sur la partie du contrat régie par la LCA, sur lequel sa signature a été imitée, et reste silencieuse quant aux modifications apportées après coup à son insu sur la partie du contrat régie par la LAMal. 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, sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, vu le domicile de l'assuré dans le canton de Vaud ; il satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu

d'entrer en matière sur le fond. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) 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 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 413 consid. 2c).

b) Le présent litige, circonscrit par la décision attaquée - savoir la décision sur opposition du 20 mai 2015 - porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à réclamer la prime d'assurance de décembre 2014 et à lever l'opposition formée par le recourant à l'encontre du commandement de payer notifié dans le cadre de la poursuite n° [...].

aa) La Cour de céans n'a pas à se prononcer sur des prestations découlant de l'assurance-maladie complémentaire. Cette question sort en effet de l'objet du litige, dont le cadre est délimité par la décision attaquée, en sus de ressortir à un domaine dont la Cour de céans n'est pas compétente *ratione materiae*. Pro memoria, le décret adopté le 16 décembre 2009 par le Grand Conseil, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011, a abrogé celui du 20 mai 1996 relatif à l'attribution au Tribunal cantonal des assurances de la compétence du contentieux des assurances complémentaires à l'assurance-maladie. Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, dans le canton de Vaud, les contestations de droit privé qui s'élèvent entre les entreprises d'assurances et les assurés relèvent de la compétence du juge ordinaire (art. 85 al. 1 LSA [loi fédérale du 17 décembre 2004 sur la surveillance des entreprises d'assurance ; RS 961.01]) et la législation de procédure civile s'applique. Ainsi, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal n'est pas compétente s'agissant des questions relatives aux assurances complémentaires du recourant. Sa conclusion tendant au remboursement des primes versées au titre de la couverture d'assurances complémentaires régies par la LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance ; RS 221.229.1) (cf. art. 12 al. 2 et 3 LAMal) est, de surcroît, irrecevable.

bb) La conclusion du recourant tendant à l'octroi d'une indemnité de 100'000 fr. au titre de dommage pour le préjudice causé et le tort moral porté à sa réputation est également irrecevable. Il n'appartient pas au juge des assurances sociales de statuer sur une telle indemnité, matière qui est de la compétence du juge civil (cf. art. 49 CO [code des obligations du 30 mars 1911 ; RS 220]).

3. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse ; aussi consacre-t-elle le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (cf. art. 3 al. 1 LAMal ; ATF 126 V 265 consid. 3b et la référence). Dans ce prolongement, la loi consacre le libre choix de l'assureur (cf. art. 4 al. 1 LAMal) et l'obligation de celui-ci d'accepter, dans les limites de son rayon d'activité territorial, toute personne tenue de s'assurer (cf. art. 4 al. 2 LAMal ; ATF 128 V 263 consid. 3b et la référence).

b) L'obligation de payer les primes découle de l'art. 61 LAMal ; elle constitue la contrepartie de l'obligation de l'assureur d'assumer la prise en charge des événements assurés. Elle est la conséquence impérative de toute affiliation auprès d'une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1980 p. 161 ; 1981 p. 61). 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), à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102]), et des participations aux coûts (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, 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 ; cf. TFA K 88/05 du 1<sup>er</sup> septembre 2006, consid. 2.2 et les références citées). Ainsi, 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 (art. 64a al. 1 LAMal). 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 (art. 64a al. 2, 1<sup>ère</sup> phrase, LAMal). Le créancier à la poursuite duquel il est fait opposition au commandement de payer agit ensuite par la voie de la procédure civile ou administrative pour faire reconnaître son droit (art. 79, 1<sup>ère</sup> 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 consid. 4.1 ; TF 9C\_742/2011 du 17 novembre 2011 consid. 5.1). 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, 2<sup>e</sup> phrase, LP ; TF 9C\_414/2015 du 16 octobre 2015, consid. 4.2.1 et la référence). Les assureurs doivent distinguer, tant dans le cadre de la sommation que de la procédure de poursuite, les montants dus au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal des autres prétentions, relevant notamment des assurances complémentaires (cf. Pierre-Robert Gilliéron, Commentaire de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, Lausanne 1999, n° 44 ad art. 43 LP). En effet, seules les prétentions d'une caisse maladie fondées sur la LAMal, à l'exclusion par exemple de celles fondées sur la LCA, peuvent faire l'objet d'une décision assimilée à un jugement exécutoire par l'art. 54 al. 2 LPGA. 4. Par le biais de la poursuite n° [...], l'intimée a réclamé le paiement de la prime de l'assurance obligatoire des soins de décembre 2014, pour un montant de 178 fr. 25 plus intérêt de 5% l'an dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014, ainsi que de 40 fr. de frais de rappel et sommation. De son côté, le recourant invoque la perception frauduleuse de la caisse intimée, à son encontre, de près d'un millier de francs en prime d'assurances, sans remboursement à ce jour. a) L'affiliation du recourant dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014 auprès d'C.\_\_\_\_\_ SA s'agissant de l'assurance obligatoire des soins n'est en l'espèce pas contestée. Preuve en est que le recourant s'est régulièrement acquitté de sa prime d'assurance-maladie pour les mois de janvier à septembre 2014. S'agissant des primes des mois d'octobre et novembre 2014, si elles ont fait l'objet d'un rappel, le recourant a ensuite versé à l'intimé les montants y afférents. Il n'y a en outre pas lieu de retenir un changement d'assureur, au sens de l'art. 7 LAMal. Il s'ensuit que de par son affiliation auprès d'C.\_\_\_\_\_ SA durant l'année 2014, et conformément à l'art. 61 LAMal, le recourant était

tenu à l'égard de l'intimée de s'acquitter de la prime de l'assurance obligatoire des soins du mois de décembre 2014, obligation dont il ne conteste au demeurant pas le fondement. b) Le recourant invoque la perception frauduleuse à son encontre, par la caisse intimée, de près d'un millier de francs en prime d'assurances, sans remboursement à ce jour. Il estime de ce fait avoir une prétention en indemnisation contre C. \_\_\_\_\_ SA avec laquelle il entend procéder à une compensation. Ce moyen s'avère infondé. Selon la jurisprudence (ATF 110 V 183 consid. 3 ; TFA K 88/05 du 1<sup>er</sup> septembre 2006), l'assuré ne peut invoquer de manière générale la compensation pour s'opposer au paiement d'un montant dû au titre de primes ou de participations aux coûts. Cette interdiction résulte de l'art. 125 ch. 3 CO selon lequel l'administré ne peut compenser une créance de droit public ou privé dont il dispose avec une créance de droit public de l'Etat ou des communes qu'avec leur accord (cf. Thierry Tanquerel, Manuel de droit administratif, Zurich 2011, n° 755, p. 255). Il appartient en effet uniquement à l'assureur social, et non à l'assuré, de déterminer le contenu des prétentions de droit public. Partant, le recourant ne saurait prétendre à l'extinction de la créance afférente à sa prime d'assurance-maladie obligatoire du mois de décembre 2014 en opposant à l'intimée, en compensation, des prétentions au remboursement de primes qu'il prétend avoir été perçues à tort dans le cadre de son assurance-maladie complémentaire. Par ailleurs, et de manière générale, la compensation en droit public - et donc notamment en droit des assurances sociales - est subordonnée à la condition que deux personnes soient réciproquement créancières et débitrices l'une de l'autre, conformément à la règle posée par l'art. 120 al. 1 CO (ATF 130 V 505 consid. 2.4 et les références). Or tel n'est pas le cas en l'espèce : C. \_\_\_\_\_ SA est créancière de V. \_\_\_\_\_ des primes de l'assurance-obligatoire des soins au sens de la LAMal, mais ne saurait être débitrice du recourant de primes perçues frauduleusement - selon les allégations de ce dernier -, lesquelles ont trait à l'assurance-maladie complémentaire, régie par Y. \_\_\_\_\_ SA. En effet, à lire les arguments du recourant, les prestations invoquées sont exclusivement en lien avec son contrat d'assurance-maladie complémentaire, puisqu'il allègue une imitation de sa signature sur le « contrat LCA » et la falsification de son questionnaire de santé, document non requis dans le cadre de l'affiliation à l'assurance obligatoire des soins (cf. art. 4 al. 2 LAMal, consid. 3a supra). A ce stade, on rappellera encore que la présente procédure ne concerne que l'assurance-maladie obligatoire régie par la LAMal, la Cour de céans n'ayant pas se prononcer sur les litiges relevant de l'assurance-maladie complémentaire (cf. consid. 2b/aa supra). Par ailleurs, l'intimée a exposé à maintes reprises qu'C. \_\_\_\_\_ SA et Y. \_\_\_\_\_ SA, bien que toutes deux membres du Groupe I. \_\_\_\_\_, étaient des entités juridiques distinctes, soumises à des procédures différentes (à cet égard, voir <http://fr.assura.ch/assurance-maladie/le-groupe-assura-et-ses-societes> et <http://www.vd.ch/themes/economie/registre-du-commerce/recherche-dentreprise-ou-de-titulaires-dans-le-canton/>). c) Il suit de ce qui précède que le recourant est redevable de la prime d'assurance obligatoire des soins du mois de décembre 2014, d'un montant de 178 fr. 25. aa) L'art. 26 al. 1 LPGa prévoit que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. Aux termes de l'art. 105a OAMal, le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGa s'élève à 5% par année. Le dies a quo de l'intérêt moratoire est fixé au lendemain de l'échéance de la prime mensuelle concernée (selon l'art. 90 OAMal, les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois) 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]). Tout comme elle était tenue par le droit fédéral d'exiger le paiement de l'intégralité des primes dues dès que celles-ci sont échues, C.\_\_\_\_\_ SA est tenue de percevoir des intérêts moratoires sur ces mêmes primes et ceci indépendamment de la question de savoir si le recourant a commis une faute. Le montant de l'intérêt moratoire (5% de 178 fr. 25) et la période sur laquelle il est perçu ( dies a quo fixé au 1<sup>er</sup> décembre 2014) ne prêtent pas flanc à la critique. bb) La prime litigieuse a fait l'objet de rappel et sommation sans que le recourant n'invoque un motif pertinent pour justifier son retard, de sorte qu'il doit également supporter les frais administratifs occasionnés (cf. art. 105b al. 2 OAMal). L'art. 17.1 des « Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de la LAMal » prévoit que l'assuré est astreint à participer aux frais d'édition de rappel et d'établissement de la mise en demeure à raison, respectivement, de 10 fr. et de 30 francs. Le montant de 40 fr. (10 fr. de frais de rappel et 30 fr. de frais de sommation) réclamé à ce titre par l'intimée s'avère dès lors fondé. cc) Enfin, par opposition aux frais de sommation et aux frais d'administration, les frais de poursuite ne peuvent faire l'objet de mainlevée. Les frais facturés par l'Office des poursuites suivent le sort de la poursuite (art. 68 LP ; cf. RAMA 5/2003 n° KV 251 p. 226 consid. 4 ; cf. également JdT 1974 II 95, avec note de Pierre-Robert Gilliéron ; JdT 1979 II 127) ; il n'appartient donc pas au juge des assurances sociales de statuer à leur propos. 5. a) Les considérants qui précèdent conduisent par conséquent au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, la mainlevée définitive de l'opposition à la poursuite n° [...] devant ainsi être prononcée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens vu l'issue du litige, le recourant étant au demeurant non assisté (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). En sa qualité d'assureur social, C.\_\_\_\_\_ SA n'a pas droit à l'allocation de dépens (ATF 128 V 323). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 19 juin 2015 par V.\_\_\_\_\_ est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 20 mai 2015 par C.\_\_\_\_\_ SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ V.\_\_\_\_\_ ■ C.\_\_\_\_\_ 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 :

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