

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 698 vom 31. August 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-08-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__698

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 698 du 31 août 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 698 del 31 agosto 2015

Regeste

ASSURANCE DE BASE, FRAIS DE POURSUITE, PARTICIPATION DE L'ASSURÉ AUX FRAIS, FRANCHISE ANNUELLE, QUOTE-PART EN POUR CENT, FRAIS ADMINISTRATIFS, FRAIS DE SOMMATION, DÉBITEUR DES HONORAIRES{AM}, OBJET DU LITIGE | 42 al. 2 LAMal, 64 al. 1 LAMal, 64 al. 2 LAMal, 64a LAMal, 105b OAMal

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 31.08.2015 Arrêt / 2015 / 698

ASSURANCE DE BASE, FRAIS DE POURSUITE, PARTICIPATION DE L'ASSURÉ AUX FRAIS, FRANCHISE ANNUELLE, QUOTE-PART EN POUR CENT, FRAIS ADMINISTRATIFS, FRAIS DE SOMMATION, DÉBITEUR DES HONORAIRES{AM}, OBJET DU LITIGE | 42 al. 2 LAMal, 64 al. 1 LAMal, 64 al. 2 LAMal, 64a LAMal, 105b OAMal

TRIBUNAL CANTONAL AM 34/13 - 36/2015 ZE13.037350 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 31 août 2015 _____ Composition : M. Merz , juge unique
Greffier : M. _____ Addor ***** Cause pendante entre : A.J. _____ , à Lausanne, recourant, et SANA24 SA , à Berne, intimée. _____ Art. 42 al. 2, 64 al. 1 et 2 et 64a al. 1 et 2 LAMal ; 105b OAMal
E n f a i t : A. Depuis le 1 er février 2012, A.J. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1967, son épouse B.J. _____, née en 1975, ainsi que ses deux enfants C.J. _____ et D.J. _____, nés respectivement en 1997 et 2002, ont été affiliés auprès de Sana24 SA (ci-après : Sana, la caisse ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.20) selon le modèle du médecin de famille. Pour l'année 2012, la prime mensuelle nette du père et de la mère s'élevait à 324 fr., tous deux étant au bénéfice d'une franchise annuelle de 300 francs. Quant aux enfants, leur prime mensuelle nette s'élevait pour chacun d'eux à 84 fr. 30, sans franchise (cf. polices d'assurance pour l'année 2012). Les Conditions générales d'assurance (édition janvier 2012) étaient applicables à chacune de ces polices. B. a) Le 14 août 2012, le cabinet de physiothérapie A. _____ a fait parvenir à Sana une facture relative à un traitement dispensé sur indication médicale en faveur de l'assuré du 18 juin 2012 au 4 juillet suivant, pour un montant de 369 fr. 90. Par décompte de prestations du 3 octobre 2012, la caisse a réclamé à l'assuré le paiement de la somme de 307 fr. en relation avec cette facture. Ce montant se composait, d'une part, de la franchise, par 300 fr., et, d'autre part, de la quote-part de 10% sur le solde de 69 fr. 90, soit 7 francs. Sana précisait avoir versé la somme de 369 fr. 90 en faveur du cabinet précité. Le 10 septembre 2012, le cabinet de physiothérapie A. _____ a transmis à Sana une facture relative à un traitement dispensé

sur indication médicale en faveur de l'assuré du 18 juillet 2012 au 7 septembre suivant, pour un montant de 554 fr. 85. Par décompte de prestations du 16 octobre 2012, la caisse a réclamé à l'assuré le paiement de la somme de 55 fr. 50 en relation avec cette facture. Ce montant correspondait à la quote-part de 10% à la charge de l'assuré. Sana précisait avoir payé la somme de 554 fr. 85 en faveur du cabinet précité. Le 24 octobre 2012, la pharmacie S. _____ SA à P. _____ a adressé à Sana une facture relative à un traitement en faveur de l'épouse de l'assuré effectué le 19 octobre 2012, pour un montant de 106 francs. Par décompte de prestations du 27 octobre 2012, la caisse a réclamé à l'assuré le paiement de cette somme. Elle précisait avoir d'ores et déjà acquitté la facture de la pharmacie précitée. b) Aucun règlement n'ayant été effectué dans les délais indiqués par ces différents décomptes, Sana a fait parvenir à l'assuré un rappel en date du 22 novembre 2012, suivi d'une sommation le 3 janvier 2013, dans laquelle elle lui réclamait le paiement de la somme de 468 fr. 50, correspondant aux participations aux coûts des 3, 16 et 27 octobre 2012. L'assuré était sommé de régler ce montant dans un délai de trente jours, à défaut de quoi il était rendu attentif au fait que les arriérés seraient revendiqués par voie d'encaissement juridique. Le 19 mars 2013, Sana a rédigé une réquisition de poursuite aux termes de laquelle elle réclamait à l'assuré le paiement de la somme de 468 fr. 50. Il était précisé que ce montant correspondait aux décomptes de participations aux frais datés des 3, 16 et 27 octobre 2012. Au montant réclamé s'ajoutaient des frais administratifs, par 50 francs. Le 12 avril 2013, Sana a fait notifier à l'assuré un commandement de payer n° [...] de l'Office des poursuites du district de Lausanne pour un montant de 468 fr. 50, représentant les « participations aux frais du 03.10.12 – 27.10.12. Assurance obligatoire des soins LAMal », ainsi que pour des frais administratifs à hauteur de 50 francs. Les frais du commandement de payer s'élevaient à 53 fr. auxquels s'ajoutaient 5 fr. de frais d'encaissement. L'assuré a formé opposition totale. c) Par décision formelle du 15 mai 2013, Sana a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° [...]. La caisse a retenu que l'assuré devait s'acquitter de la somme de 468 fr. 50 au titre de sa participation aux frais de traitement du 3 octobre 2012 au 27 octobre suivant pour l'assurance obligatoire des soins, correspondant à des arriérés pour lui-même et son épouse, frais administratifs par 50 fr. en sus. Il était par ailleurs spécifié que les frais de poursuite d'un montant de 53 fr. étaient à la charge du débiteur. Le 23 mai 2013, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a rappelé avoir demandé depuis 2012 « les détails de factures et les factures globales ». Au lieu de cela, il faisait l'objet de sommations et des frais de poursuites lui étaient facturés. Il se plaignait que des primes afférentes à l'année 2013 lui étaient facturées, alors même qu'une résiliation de sa couverture d'assurance auprès de Sana était intervenue au 31 décembre 2012. Il demandait en conséquence que la caisse cesse « de [lui] envoyer toutes ces choses au lieu de [lui] envoyer les détails de factures et les factures globales » et qu'elle annule « tous ces frais de sommations et poursuites à cause de [sa] faute ». Par décision sur opposition du 29 juillet 2013, Sana a rejeté l'opposition du 23 mai 2013 contre sa décision du 15 mai précédent et constaté que l'assuré lui devait le paiement de la somme de 468 fr. 50 à titre de sa participation aux frais des 3, 16 et 27 octobre 2012 et 50 fr. de frais administratifs. Dans le même temps, elle a levé à hauteur de ces montants l'opposition formée par l'assuré le 12 avril 2013 « à l'encontre de la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites de Lausanne ». C. a) Le 4 août 2012, la pharmacie S. _____ SA à P. _____ a adressé à Sana une facture relative à un traitement en faveur de D.J. _____ des 24 et 27 juillet 2012 pour un montant de 164 fr. 90. Par décompte de prestations du 7 août 2012, la caisse a réclamé à l'assuré le paiement de la somme de 16 fr. 50 en relation avec cette facture. Ce montant

correspondait à la quote-part de 10% à la charge de la personne assurée, respectivement de son représentant légal. Sana précisait avoir versé 164 fr. 90 à la pharmacie précitée. Le 18 août 2012, l'Hôpital B._____ a transmis à Sana une facture relative à un traitement dispensé à B.J._____ en date du 9 mai 2012 pour un montant de 109 fr. 40. Par décompte de prestations du 23 août 2012, la caisse a réclamé à l'assuré le paiement de cette somme. Elle précisait avoir d'ores et déjà acquitté la facture de l'Hôpital B._____ Le 31 août 2012, la Polyclinique Médicale W._____ a fait parvenir à Sana une facture relative à un traitement en faveur de C.J._____ pour des prestations dentaires effectuées les 22 juin, 5 juillet et 28 août 2012 pour un montant de 567 fr. 30. Par décompte de prestations du 13 septembre 2012, la caisse a réclamé à l'assuré le paiement de la somme de 56 fr. 75 en relation avec cette facture. Ce montant correspondait à la quote-part de 10% à la charge de la personne assurée, respectivement de son représentant légal. Sana précisait avoir versé 567 fr. 30 à l'établissement hospitalier précité. b) Aucun règlement n'ayant été effectué dans les délais indiqués par ces différents décomptes, Sana a fait parvenir à l'assuré un rappel en date du 20 septembre 2012, suivi d'une sommation le 25 octobre 2012. Cette dernière incluait, outre les participations aux coûts des 7 et 23 août 2012 ainsi que 13 septembre 2012, divers arriérés de primes LAMal pour l'assuré, son épouse et leurs deux enfants, afférents aux mois de septembre et octobre 2012. Le montant total réclamé s'élevait à 366 fr. 65 et incluait des frais de sommation, par 50 francs. L'assuré était sommé de s'acquitter de cette somme dans un délai de trente jours. La sommation contenait par ailleurs des explications formulées en ces termes quant aux conséquences juridiques en cas de non-paiement dans les trente jours des montants arriérés : « A l'expiration du délai de sommation, les primes sommées seront revendiquées par voie d'encaissement juridique. Tous les montants exigibles et les intérêts selon art. 26 LPGa au moment de l'introduction de la poursuite seront inclus. (...) » Le 21 décembre 2012, Sana a rédigé une réquisition de poursuite, aux termes de laquelle elle réclamait à l'assuré le paiement de la somme de 182 fr. 65. Il était précisé que ce montant correspondait à trois participations aux frais de traitement à la charge de l'assuré, datées des 7 et 23 août 2012 ainsi que 13 septembre 2012. Au montant réclamé s'ajoutaient des frais administratifs, par 25 francs. Le 9 janvier 2013, Sana a fait notifier à l'assuré un commandement de payer n° [...] de l'Office des poursuites du district de Lausanne pour un montant de 182 fr. 65, représentant la « participation aux frais du 7 août 2012 au 13 septembre 2012 – Assurance obligatoire des soins LAMal », ainsi que pour des frais administratifs à hauteur de 25 francs. Les frais du commandement de payer s'élevaient à 33 fr. auxquels s'ajoutaient 5 fr. de frais d'encaissement. L'assuré a formé opposition totale. c) Par décision formelle du 6 mars 2013, Sana a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° [...]. La caisse a retenu que l'assuré devait s'acquitter de la somme de 182 fr. 65 au titre de sa participation aux frais de traitement du 7 août 2012 au 13 septembre suivant pour l'assurance obligatoire des soins, correspondant aux arriérés de B.J._____, C.J._____ et D.J._____, frais administratifs par 25 fr. en sus. Il était par ailleurs spécifié que les frais de poursuite d'un montant de 33 fr. étaient à la charge du débiteur. Le 27 mars 2013, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a déclaré que, « comme (...) précisé dans toutes [s]es lettres », il attendait « toujours la facture globale et les détails » et qu'il ne paierait pas les frais de sommation et de poursuites vu les manquements de la part de la caisse. Par décision sur opposition du 30 juillet 2013, Sana a rejeté l'opposition du 27 mars 2013 contre sa décision du 6 mars précédent et constaté que l'assuré lui devait le paiement de la somme de 182 fr. 65 à titre de participation aux frais des 7 et 23 août 2012 ainsi que 13 septembre 2012 et 25 fr. de frais administratifs. Dans le

même temps, elle a levé à hauteur de ces montants l'opposition formée par l'assuré le 9 janvier 2013 « à l'encontre de la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites de Lausanne ». D. a) Par acte du 22 août 2013, A.J. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un « recours pour 2 dossiers ». Il s'agissait des poursuites n° os [...] et [...]. A lire sa lettre, il fait en substance valoir que Sana n'aurait jamais répondu à ses courriers, dans lesquels il demandait qu'elle lui envoie les détails des factures de primes et de prestations, sans les frais de sommation et de poursuite. De plus, il ne s'explique pas qu'après avoir changé d'assureur-maladie au 31 décembre 2012, il continue de recevoir des factures et des poursuites de la part de la caisse intimée. Outre des considérations sur le subside dont il bénéficie et l'annulation d'assurances complémentaires auprès de Sana, il soutient avoir payé la somme de 1'400 francs. Le paiement serait intervenu en deux tranches : une première de 400 fr. en date du 1^{er} avril 2012, puis une seconde de 1'000 fr. le 5 mai suivant. A défaut de conclusions clairement formulées, on déduit de ce qui précède que le recourant demande à payer moins que ce qui lui est réclamé, respectivement ne pas payer les frais de rappel et de poursuite ou encore dire qu'il s'est déjà acquitté des montants dus avec les 1'400 francs. Il a produit un lot de pièces, incluant pour l'essentiel diverses correspondances et les polices d'assurance conclues avec un nouvel assureur. Le 27 août 2013, le recourant a fait parvenir à la Cour de céans une copie de son livret postal, attestant du paiement de la somme de 1'400 fr. selon les modalités décrites dans son pli du 22 août précédent. b) Donnant suite à la demande du tribunal, le recourant lui a fait parvenir en date du 29 août 2013 les deux décisions sur opposition des 29 et 30 juillet 2013, contre lesquelles il entend recourir. Un dossier a été ouvert pour chaque décision sur opposition : la cause a été enregistrée sous la référence AM 32/13 pour la décision du 29 juillet 2013 et AM 34/13 pour la décision du 30 juillet 2013. c) Dans sa réponse du 22 octobre 2013, la caisse intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de chacune des deux décisions sur opposition entreprises. Elle s'attache pour l'essentiel à expliciter le détail des montants qu'elle réclame au recourant, en se référant aux pièces qu'elle produit en annexe à son écriture. En réplique du 12 novembre 2013, le recourant évoque les subsides dont il bénéficie lui et sa famille pour le paiement des primes de l'assurance de base ainsi que les primes de l'année 2013, à quoi il ajoute des remarques en relation avec des assurances complémentaires conclues en 2011. Réaffirmant ne pas comprendre à quoi correspond le montant qui lui est réclamé, il répète s'être acquitté d'un montant de 1'400 fr. au printemps 2012, tout en se déclarant prêt à payer ce qu'il doit. A son avis, l'accident dont son fils C.J. _____ a été victime en juin 2012 et la grossesse de son épouse (qui a donné naissance à un troisième enfant en novembre 2012) auraient occasionné « énormément de dépenses » à Sana, ce qui expliquerait qu'elle ait « du mal à accepter les frais de soins de [son] fils ». Il demande par conséquent au tribunal « d'apporter toute la lumière à cette affaire ». Dupliquant le 4 décembre 2013, l'intimée relève pour l'essentiel que la réplique du recourant reprend le contenu de son recours du 22 août 2013, complété le 27 août suivant. Il ressort de cette réplique que le recourant n'a pas pris en compte sa réponse du 22 octobre 2013. Elle souligne en outre que les deux procédures pendantes devant la Cour de céans (AM 32/13 et AM 34/13) ont trait à un recours déposé par A.J. _____ contre deux de ses décisions : celle du 29 juillet 2013 relative à des participations aux frais des 3, 16 et 27 octobre 2012 demeurant impayées et celle du 30 juillet 2013 relative à des participations aux coûts des 7 et 23 août 2012 ainsi que du 13 septembre suivant, elles aussi impayées. Partant, l'intimée estime qu'il convient de limiter la procédure aux objets précités. L'intimée observe par ailleurs que le recourant se dit prêt à

payer ce qu'il doit. Or, comme démontré dans sa réponse au recours du 22 octobre 2013, le recourant doit le paiement des participations aux coûts, objets de ses décisions sur opposition des 29 et 30 juillet 2013 ainsi que les frais administratifs y afférents. En conséquence, l'intimée maintient l'intégralité du contenu et des conclusions prises dans son mémoire de réponse du 22 octobre 2013. d) Le 16 janvier 2014, l'assuré a derechef expliqué avoir payé 1'400 fr. afin d'éviter des frais de rappel et de sommation. Tout en répétant être prêt à payer ce qu'il doit – sauf les frais administratifs et de poursuite – dès qu'il sera en possession du détail des montants réclamés, il réitère pour le surplus les arguments développés dans ses écrits précédents. Il laisse entendre être dans une situation financière difficile et joint à cet effet une copie de la décision de taxation de l'année 2012, dont il ressort que le montant de l'impôt à payer est nul. Par pli du 10 mars 2014, l'intimée observe que la prise de position du recourant du 16 janvier précédent n'amène aucun élément nouveau. Elle confirme par conséquent les conclusions prises dans sa réponse du 22 octobre 2013. Dans une lettre du même jour adressée au recourant et transmise en copie au tribunal, l'intimée explique que le montant de 1'400 fr. a servi à acquitter les primes LAMal dues par l'assuré et sa famille pour la période courant de février à juin 2012 ainsi que les frais de rappel et de sommation y relatifs. Elle précise avoir rétrocédé une partie de cette somme (soit 260 fr. 40) au recourant à la mi-mai 2012, dès lors qu'il subsistait, après paiement, un avoir en sa faveur à hauteur de ce montant. Elle signale par ailleurs que les primes LAMal pour le recourant et sa famille pour la période de juillet à décembre 2012 demeurent impayées et font l'objet de trois poursuites (une pour les mois de juillet et août, une seconde se rapportant aux mois de septembre et octobre et une troisième pour les mois de novembre et décembre), soit un total de 586 fr. 55. A cela s'ajoutent les participations aux frais, faisant l'objet de la présente procédure. L'intimée confirme par ailleurs que l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal avait pris fin au 31 décembre 2012 pour le recourant et sa famille auprès d'elle et joint à cet égard l'échange de correspondance intervenu à ce sujet avec le nouvel assureur. Enfin, s'agissant des assurances complémentaires conclues pour le 1^{er} janvier 2012, elle informe le recourant qu'en raison de ses arriérés de primes, elle avait annulé les contrats au 30 juin 2012 et renoncé au paiement de ces derniers, si bien qu'il ne lui devait plus rien en lien avec ces assurances complémentaires. S'exprimant une ultime fois par pli du 6 mai 2014, le recourant répète ne pas comprendre ce qu'il doit payer à l'intimée et joint, à l'appui de ses allégations, trois lettres recommandées datées du mois de novembre 2012 déjà produites en annexe à son recours du 22 août 2013. E. La cause enregistrée sous la référence AM 32/13 fait l'objet d'un arrêt du même jour. 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). 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), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière. 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). Dès lors que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr. (cf. lettres C.c et D.b supra), la cause est de la compétence du magistrat instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD ; art. 83b et 83c LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]). 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 (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c). b) En l'espèce, la décision dont est recours concerne des participations à des frais de traitement pour l'épouse du recourant et ses deux enfants selon les décomptes des 7 et 23 août 2012 ainsi que 13 septembre 2012, demeurées impayées. Le montant réclamé par l'intimée au recourant, à hauteur de 182 fr. 65, comprend la franchise et 10% des coûts qui dépassent cette dernière (quote-part). S'y ajoutent des frais administratifs, par 25 fr., induits par les démarches (rappel et sommation) auxquelles l'intimée a dû recourir pour tenter d'obtenir le règlement du montant en souffrance. Ces points forment donc l'objet du présent litige. Or, le recourant évoque dans ses différentes écritures des moyens étrangers à ce dernier. Il s'agit plus particulièrement du paiement de ses primes d'assurance-maladie de base ainsi que des assurances complémentaires conclues pour lui et sa famille, voire des subsides dont il bénéficie. En tant qu'ils ne sont pas discutés – et encore moins tranchés – par la décision attaquée, point n'est par conséquent besoin d'examiner plus avant ces derniers griefs, d'autant que la question des assurances complémentaires échappe à la compétence de la Cour de céans, cette matière étant désormais du ressort des juridictions civiles. 3. a) A teneur de l'art. 3 al. 1 LAMaI, toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse (sur l'obligation d'assurance, cf. ATF 129 V 77 consid. 4 ; TF 9C_750/2009 du 16 juin 2010 consid. 2.1). b) Aux termes de l'art. 64 LAMaI, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (al. 2 let. a et b). Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part (al. 3). Pour 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 (al. 4). La 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 (al. 8). Les alinéas 5, 6 et 7 de l'art. 64 LAMaI concernent des situations qui ne sont pas déterminantes en l'espèce (hospitalisation, maternité et exceptions possibles de la part du Conseil fédéral). A l'art. 103 al. 1 OAMaI (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102), le Conseil fédéral a fixé la franchise prévue à l'art. 64 al. 2 let. a LAMaI à 300 fr. par année civile. Les assureurs peuvent pratiquer une assurance dans laquelle les assurés peuvent choisir une franchise plus élevée avec des primes adaptées en fonction de la franchise choisie (franchise à option; cf. art. 93 et 95 OAMaI). Quant au montant maximal annuel de la quote-part au sens de l'art. 64 al. 2 let. b

LAMaI, le Conseil fédéral l'a fixé à 700 fr. pour les adultes et à 350 fr. pour les enfants (art. 103 al. 2 OAMaI). La date du traitement est déterminante pour la perception de la franchise et de la quote-part (art. 103 al. 3 OAMaI). c) Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant ; art. 42 al. 1, première et deuxième phrase, LAMaI). L'assureur prend alors régulièrement en compte la participation aux coûts de l'assuré et lui rembourse uniquement le montant qui dépasse cette participation. Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant ; art. 42 al. 2, première phrase, LAMaI). En cas de traitement hospitalier, l'assureur, en dérogation à l'art. 42 al. 1 LAMaI, est d'office le débiteur de sa part de rémunération (art. 42 al. 2, deuxième phrase, LAMaI). Le système du tiers payant mène à une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations (cf. art. 176 al. 1 CO [loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le Code civil suisse ; RS 220] ; ATF 139 V 82 consid. 3.2.3 ; 132 V 18 consid. 5.2). Dans ce cas de figure, l'assuré envoie les factures à son assureur ou ce dernier les reçoit directement du fournisseur de prestations. L'assureur est alors tenu d'indemniser la personne qui fournit les prestations ; il est donc le débiteur direct du fournisseur. L'assureur devra ensuite s'adresser à l'assuré pour que celui-ci lui verse sa participation aux coûts prévue à l'art. 64 LAMaI. Par ailleurs, dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur (art. 42 al. 3 LAMaI). Selon l'art. 59 al. 4 OAMaI, si le système du tiers payant a été convenu, le fournisseur de prestations doit remettre à l'assuré copie de la facture prévue à l'art. 42 al. 3 LAMaI. Il peut convenir avec l'assureur que ce dernier transmettra la copie de la facture. L'assureur a le droit, une fois exécutée son obligation de paiement envers le fournisseur de prestations, d'exiger le remboursement de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMaI (TF 9C_233/2008 du 3 juin 2008 consid. 3.2). A cet égard, une cession de créance a en quelque sorte lieu du fournisseur en faveur de l'assureur, lequel peut alors demander à l'assuré le paiement de ladite participation. Hormis les traitements hospitaliers, la LAMaI accorde la priorité au système du tiers garant. Dans ce cas, il appartient en principe à l'assuré de régler les factures, son assureur ayant l'obligation de les lui rembourser, conformément aux prescriptions légales. Le législateur a refusé de procéder à une révision de la loi dans le sens que le système du tiers payant devienne la règle (cf. Guy Longchamp, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, 2004, p. 258 ; Gebhard Eugster, Bundesgesetz über die Krankenversicherung [KVG], 2010, n. 1 ad art. 42 LAMaI). Dans le cas du système du tiers garant, un litige similaire à celui qui se présente en l'espèce ne devrait en principe pas avoir lieu. Il apparaît toutefois que Sana a conclu avec les prestataires en question, respectivement avec leur organisation faîtière, une convention qui instaure le système de tiers payant selon l'art. 42 al. 2 LAMaI. d) L'art. 64a al. 1 LAMaI dispose 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. 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, première phrase). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8, deuxième phrase). Suivant l'art. 105b OAMaI, l'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 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). Tel est en l'occurrence le cas eu égard au ch. 3.4 des Conditions générales d'assurance de l'intimée. Selon sa lettre c), intitulée « Frais », « les frais des poursuites et autres frais peuvent être mis à la charge des assurés en retard de paiement. En cas de rappel ou de poursuite, un supplément peut être prélevé pour les inconvénients causés ». 4. a) Dans la décision entreprise, l'intimée rappelle que le montant global réclamé au recourant se fonde sur les trois décomptes de prestations des 7 et 23 août 2012, ainsi que du 13 septembre suivant concernant sa participation à des frais médicaux pour son épouse et ses enfants C.J._____ et D.J._____. Le détail du calcul n'est toutefois pas donné et il convient à cet égard de se reporter aux décomptes envoyés par l'intimée au recourant pour reconstituer chacun des montants faisant l'objet de ces derniers (cf. sur ce point lettre C.a supra). A ceux-ci s'ajoutent désormais des frais administratifs en raison du rappel et de la sommation intervenues, faute de paiement dans les délais requis. En procédure judiciaire, l'intimée expose dans sa réponse au recours le détail des différentes sommes réclamées, lesquelles peuvent être aisément déduites des pièces produites. b) Certes, on peut s'étonner que, dans la décision attaquée, la caisse intimée n'ait pas donné suite à la requête du recourant (exprimée en particulier dans son opposition du 27 mars 2013) tendant à obtenir le détail des arriérés exigibles. Néanmoins, il disposait auparavant déjà de tous les éléments lui permettant de vérifier l'exactitude de ces derniers. En effet, chacune des polices d'assurance du recourant et de sa famille – ainsi que les Conditions générales d'assurance y afférentes – comportaient les différentes rubriques idoines pour contrôler le calcul effectué par l'intimée. De plus, conformément à l'art. 42 al. 3 LAMal, une copie de la facture adressée par le fournisseur de prestations à l'assureur doit être remise par ce dernier à l'assuré. Cela étant, le recourant ne prétend pas ne pas avoir reçu ces factures et les décomptes de prestations y relatifs. D'ailleurs, le fait qu'il ait demandé au tribunal d'inviter l'intimée de cesser de lui envoyer des factures, alors même qu'il est affilié auprès d'une autre caisse-maladie à compter du 1^{er} janvier 2013 pour l'assurance obligatoire des soins, tend à suggérer que les factures et décomptes précités lui sont bien parvenus. Quoi qu'il en soit, on doit admettre à l'aune de la vraisemblance prépondérante que le recourant avait en sa possession toutes les pièces nécessaires pour s'assurer du bien-fondé des montants réclamés. Rien au dossier ne permet de conclure qu'il n'était pas en mesure de le faire et qu'un tel effort n'était pas raisonnablement exigible de sa part. On retiendra par ailleurs qu'il n'a pas sérieusement contesté les décomptes de prestations qui lui ont été envoyés, se contentant à cet égard, au stade de la procédure judiciaire seulement, de faire allusion de manière toute générale à la grossesse de son épouse et à l'accident de son fils C.J._____ en juin 2012. Dénuées de toute pertinence, ces allégations ne lui sont d'aucun secours. De surcroît, même si le recourant tente de laisser entendre que sa situation financière l'empêcherait de s'acquitter du montant réclamé dans la décision entreprise, on ne peut que constater que ce moyen – soulevé pour la première fois devant le tribunal de céans – ne suffit pas à démontrer qu'il ne disposerait pas des ressources financières propres à régler la somme – au demeurant fort modique – que lui réclame l'intimée. Au vrai, le paiement des frais médicaux n'est pas conditionné à la situation matérielle des assurés. Pour le surplus, le fait de se prévaloir d'un versement de 1'400 fr. (effectué en deux fois au cours du printemps 2012) tombe à faux, puisque les

montants disputés ont été réclamés postérieurement à ce versement. Une partie de cette somme lui avait d'ailleurs été rétrocédée à la mi-mai 2012 déjà, selon les explications figurant dans le courrier de l'intimée du 11 mars 2014. c) On rappellera enfin que le système du tiers payant place l'assureur dans l'obligation de s'acquitter de la facture que lui adresse le fournisseur de soins et ce, en lieu et place de l'assuré. L'art. 64 al. 1 et 2 LAMal prévoit la participation des assurés aux coûts des prestations dont ils bénéficient. L'intimée est par conséquent fondée à réclamer au recourant le paiement des montants réclamés au titre des participations aux coûts médicaux dont son épouse et ses enfants ont bénéficié et qui ont donné lieu aux décomptes de prestations des 7 et 23 août 2012 ainsi que 13 septembre 2012, objets de la décision dont est recours. Au reste, en raison de la solidarité existant entre les époux au sens du droit matrimonial (cf. à ce sujet art. 166 al. 1 et 3 CC [code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210]), l'intimée pouvait valablement inclure dans la sommation et la décision sur opposition querellée adressées au recourant la participation aux coûts pour un traitement dont son épouse a bénéficié (cf. TF 9C_14/2012 du 29 octobre 2012 consid. 4). d) En définitive, la procédure de recouvrement a été régulièrement conduite, conformément aux dispositions topiques applicables. Tant le calcul de la participation aux frais médicaux que les frais administratifs se fondent sur la base légale y afférents, de sorte qu'ils ne prêtent pas le flanc à la critique et doivent ainsi être confirmés (cf. aussi ch. 3.4 des Conditions générales d'assurance au sujet des frais susceptibles d'être facturés à l'assuré en cas de retard de paiement). Quant aux frais du commandement de payer et d'encaissement, ils suivent le sort de la poursuite (art. 68 LP [loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1] et JdT 1979 II 127) et ne font donc pas, à juste titre, l'objet de la décision litigieuse. 5. a) Les considérants qui précèdent conduisent par conséquent au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des 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). Par ces motifs, le juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 30 juillet 2013 par Sana24 SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. Le juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ M. A.J._____, ■ Sana24 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). Le greffier :

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