

VD_GERICHTE ZD13.022519 vom 2. Dezember 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.022519

FR: VD_GERICHTE ZD13.022519 du 2 décembre 2013

IT: VD_GERICHTE ZD13.022519 del 2 dicembre 2013

Erwägungen

E. 13

al. 2 let. a, 61, 64, 64a LAMal ; 2 à 6, 90, 105a, 105b, 105l OAMal ; 16, 68, 79, 80 LP

- 3 - E n f a i t : A. H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1978, était assuré auprès de la compagnie d'assurance C. _____ (ci-après : la Caisse-maladie C. _____) pour l'assurance obligatoire des soins selon laMal (couverture "Basis") sous le numéro de police [...]. Par courrier du 27 avril 2010, la Caisse-maladie C. _____ a communiqué ses primes à compter du 1er juillet 2010 à l'assuré, avec adaptation, prévoyant un montant de 253 fr. 30 par mois avec une franchise de 2'500 fr. par an. Il était précisé que l'assuré pouvait changer d'assureur pour la fin du mois qui précédait le début de la validité de la nouvelle prime moyennant un préavis d'un mois. Il était également fait mention du fait que les assurés en retard de paiement de primes ne pouvaient changer d'assureur, sauf à s'acquitter de l'ensemble de leurs impayés, primes, intérêts et frais de poursuites compris. Dans une lettre datée du 10 mai 2010, l'assuré a prié la Caisse-maladie C. _____ de prendre acte de sa volonté de résilier, avec effet au 31 [recte : 30] juin 2010, le contrat d'assurance souscrit auprès de cette compagnie "pour cause de changement de prime". Il a également demandé en substance que la Caisse-maladie C. _____ confirme cette résiliation le plus rapidement possible. Dans un courrier en allemand du 14 juin 2010, la Caisse- maladie C. _____ a requis de l'assuré qu'il lui fournisse aussi rapidement que possible une copie de sa nouvelle autorisation de séjour valable afin de compléter son dossier et prévenir tout problème administratif. Par courriel du 11 septembre 2010, l'assuré a écrit à la Caisse- maladie C. _____ notamment ce qui suit : "Ayant constaté des irrégularités dans votre comptabilité [et] pour éviter tout problème, j'ai dû repayer la prime d'assurance du mois de juin 2010 (...). Je vous envoie le récépissé du paiement de la prime de juin 2010.

- 4 - (...) Conformément aux dispositions légales, mon assureur vous enverra sous pli recommandé, l'attestation prouvant mon affiliation (...). J'ai déjà adressé sous pli recommandé la lettre de résiliation de mon contrat chez vous qui a pris fin le 30 juin 2010." La compagnie d'assurance D. _____ (ci-après : Caisse-maladie D. _____) a adressé à l'assuré une offre d'assurance LAMal valable du 14 septembre 2010 au 14 octobre 2010 avec un début d'assurance le 1er octobre 2010, prévoyant pour l'assurance obligatoire de soins (ci-après : AOS) une prime mensuelle de 185 fr. 40 avec une franchise annuelle de 2'500 francs. Par communication du 11 octobre 2010, la compagnie d'assurance B. _____ a transmis à l'assuré ses primes 2011, d'un montant mensuel de 238 fr. 40 avec une franchise annuelle de 2'500 fr., sous la couverture "Basis" (AOS). Le 26 octobre 2010, la Caisse-maladie D. _____ a établi une police d'assurance pour l'assuré valable dès le 1er janvier 2011 et prévoyant une prime mensuelle LAMal de 203 fr. 95, compte tenu d'une franchise annuelle de 2'500 francs. Le 5 novembre 2010, la Caisse-maladie D. _____ a

communiqué à la Caisse-maladie C._____ la liste des personnes qui seraient assurées auprès d'elle à compter du 1er janvier 2011. L'assuré figurait sur ladite liste. Par courrier du 17 novembre 2010, la Caisse-maladie B._____ a transmis à l'assuré sa police d'assurance LAMal 2011, prévoyant une prime mensuelle de 238 fr. 40 avec une franchise annuelle de 2'500 francs. Le 1er décembre 2010, la Caisse-maladie C._____ a accusé bonne réception du paiement de l'assuré du 10 septembre 2010 relatif à sa prime de juin 2010, ayant fait l'objet de sa poursuite du 30 juillet

- 5 - précédent, notifiée le 26 août 2010. Elle lui a indiqué également que dans la mesure où son paiement était intervenu après l'ouverture de sa procédure de recouvrement, il restait redevable des frais administratifs de la compagnie, dus selon ses conditions générales (art. 16.1), et de ceux avancés par elle auprès de l'Office des poursuites, soit 75 fr. en tout. A défaut de paiement, la Caisse-maladie C._____ a averti l'assuré qu'elle serait dans l'obligation de continuer la procédure engagée. Par décision du 8 décembre 2010, le Département fédéral de l'intérieur a retiré, à sa demande, l'autorisation de pratiquer l'assurance- maladie sociale à la Caisse-maladie C._____ au 31 décembre 2010 et a approuvé le transfert de son patrimoine relatif à l'ensemble des actifs et passifs du domaine de l'assurance obligatoire de soins à la Caisse-maladie B._____, conformément au contrat de transfert du 23 juin 2010 conclu entre ces deux compagnies, avec effet au 1er janvier 2011. Par lettre du 13 décembre 2010, l'assuré a écrit à la Caisse- maladie C._____ que selon son courrier du 1er décembre elle lui avait adressé une lettre de rappel le 16 juin 2010 et qu'il avait effectué le paiement y relatif le 17 juin 2010 (selon photocopie du paiement en annexe, soit 368 fr. 80) et qu'à sa connaissance il avait ainsi réglé toutes ses factures de primes et attendait de sa part un courrier confirmant la résiliation de son contrat, ce qu'elle n'avait pas fait. Il a indiqué également que ce n'était qu'après quelques mois qu'il avait reçu une mise en demeure et ensuite une poursuite ce qui, selon lui, montrait la volonté manifeste de la compagnie de ne pas résilier son contrat d'assurance. Il a poursuivi en exposant avoir payé (réd. : en septembre 2010) la facture que la Caisse-maladie C._____ lui avait envoyée (réd. : d'un montant de 184 fr. 40) pour ne pas avoir de problèmes et avec l'espoir d'un remboursement au cas où elle se serait rendue compte de son erreur. Il a finalement conclu qu'il était dommage qu'après avoir été assuré plus d'une année sans sinistre auprès de cette compagnie, celle-ci reste tant attachée à 75 francs. Il a demandé le remboursement des 170 fr. (recte : 184 fr. 40) qu'il avait payés le 8 septembre 2010, selon photocopie du paiement annexé.

- 6 - Le 21 décembre 2010, la Caisse-maladie C._____ a adressé le courrier suivant à l'assuré : "Vos lignes du 25 novembre 2010, par lesquelles vous demandez la résiliation de votre assurance obligatoire des soins - catégorie BASIS - nous sont bien parvenues et ont retenu toute notre attention. En application de l'article 7, alinéa 1, LAMal qui stipule que "l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile", votre démission est acceptée avec effet au 31 décembre 2010. Toutefois, après examen de votre dossier, nous constatons que malgré plusieurs rappels, vos redevances ne sont toujours pas acquittées. C'est pourquoi, nous vous rappelons que conformément à l'article 64a, alinéa 4 LAMal, l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur aussi longtemps que ses primes ou participations aux coûts arriérées (ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite) ne sont pas intégralement payées. Nous vous prions de bien vouloir régulariser votre situation d'ici au 31 décembre 2010. En cas de non-paiement à cette date, nous nous verrons contraints de considérer comme nulle et

non-avenue votre demande de démission et maintiendrons en vigueur votre assurance obligatoire de soins." Par courrier du 10 janvier 2011, la Caisse-maladie B. _____ a indiqué à l'assuré que le délai qui lui avait été imparti au 31 décembre 2010 pour régulariser sa situation financière était dépassé, ses redevances n'ayant toujours pas été acquittées. Elle devait dès lors considérer sa demande de résiliation comme nulle et non avenue et maintenait en vigueur son assurance obligatoire de soins auprès d'elle. Le 17 janvier 2011, la Caisse-maladie B. _____ a accusé bonne réception du versement de 368 fr. 80 effectué par l'assuré le 17 juin 2010 lequel avait permis de régler le rappel du 19 mai précédent relatif à ses primes d'avril et mai 2010. Cette compagnie a en outre établi un décompte des factures établies en 2010 et des versements effectués par l'assuré pour cette même année. Il en ressort ce qui suit : " Prime de janvier 2010 Fr. 184.40 ./ versement du 01.02.10 Fr. 184.40 Prime de février 2010 Fr. 184.40

- 7 - ./ versement du 25.02.10 Fr. 184.40 Prime de mars 2010 Fr. 184.40 Frais de mise en demeure du 26.03.2010 Fr. 35.00 ./ versement du 12.04.10 Fr. 184.40 Solde Fr. 35.00 Prime d'avril 2010 Fr. 184.40 Prime de mai 2010 Fr. 184.40 ./ versement du 17.06.10 Fr. 368.80 Prime de juin 2010 Fr. 184.40 Frais de rappel du 16.06.10 Fr. 10.00 Frais de mise en demeure du 30.06.10 Fr. 35.00 Frais de poursuite Fr. 30.00 ./ versement du 10.09.10 Fr. 184.40 Solde (poursuite N° [...]) Fr. 75.00 Prime de juillet 2010 Fr. 246.50 Prime d'août 2010 Fr. 246.50 Prime de septembre 2010 Fr. 246.50 Frais de rappel du 16.09.10 Fr. 10.00 Frais de mise en demeure du 30.09.10 Fr. 35.00 Frais de poursuite Fr. 50.00 Report frais de mise en demeure du Fr. 35.00 26.03.10 Fr. 869.50 Solde (réquisition de poursuite du 29.10.10) Fr. 246.50 Fr. 246.50 Prime d'octobre 2010 Fr. 246.50 Prime de novembre 2010 Fr. 10.00 Prime de décembre 2010 Fr. 10.00 Frais de rappel du 24.11.10 Fr. 35.00 Frais de rappel du 17.12.10 Fr. 794.50 Frais de mise en demeure du 31.12.10 Solde Fr. 1739.00 Total " Cette compagnie a également ajouté : "Au vu de ce qui précède vous constaterez que la poursuite N° [...] n'est pas réglée à ce jour. De plus, les frais administratifs sont justifiés et restent à votre charge. Afin que cette dernière soit annulée, nous vous prions de bien vouloir vous acquitter du bulletin de versement de Fr. 75.00 déjà en votre possession." Par courriel du 25 février 2011, la Caisse-maladie D. _____ s'est adressée à l'assuré en ces termes : "Nous nous référons au courrier de votre assureur la Caisse-maladie B. _____ du 10.01.2011 vous informant que selon laMaI (art. 64a al. 4), [...] en cas d'arriérés de primes un changement d'assureur n'est pas autorisé.

- 8 - Nous vous informons que votre assurance-maladie LAMaI reste en vigueur auprès de cet assureur pour l'année 2011 et que nous avons annulé notre police au 31.12.2010." Le 23 mai 2012, la Caisse-maladie B. _____ a adressé un rappel LAMaI à l'assuré, l'invitant à lui verser la somme de 487 fr., selon le relevé de compte suivant : Concerne : H. _____ Police n° : [...] Date Libellé Echéance Débit Crédit Solde 02.03.2012 Emission primes du 01.04.2012 au 01.04.2012 238.50 238.50 30.04.2012 02.03.2012 Emission primes du 01.05.2012 au 01.05.2012 238.50 477.00 31.05.2012 21.05.2012 Facturation frais de rappel 23.05.2012 10.00 487.00 Solde en notre faveur 487.00 Selon une note du 29 août 2012 faisant suite à un téléphone du 27 août 2012, la Caisse-maladie D. _____ a indiqué à la Caisse-maladie B. _____ que l'assuré n'était pas affilié chez elle. Par courrier du même jour à l'assuré, la Caisse-maladie B. _____ lui a fait savoir en particulier que la Caisse-maladie D. _____ l'avait informé qu'il n'était pas assuré auprès de cette caisse. Le 14 juin 2012, la Caisse-maladie B. _____ a adressé un rappel LAMaI à l'assuré, l'invitant à lui verser la somme de 248 fr. 50, selon le relevé de compte suivant : Concerne :

H. _____ Police n° : [...] Date Libellé Echéance Débit Crédit Solde 02.03.2012 Emission primes du 01.06.2012 au 01.06.2012 238.50 238.50 30.06.2012 12.06.2012 Facturation frais de rappel 14.06.2012 10.00 248.50 Solde en notre faveur 248.50

- 9 - Il ressort d'un courrier établi le 18 septembre 2012 par la Caisse-maladie B. _____ à l'attention de l'assuré ce qui suit : "Nous nous référons aux divers entretiens que nous avons eus avec vous et vous informons, par la présente, que nous serions disposés à avancer votre transfert de la Caisse-maladie C. _____ à la Caisse- maladie B. _____ au 1er juillet 2010. Nous avons établi un décompte de primes pour les mois de juillet 2010 à décembre 2012 qui fait état du montant qui serait dû à la Caisse-maladie B. _____ au 31 décembre 2012, en cas de transfert au 1er juillet 2010. Vous constaterez que vous bénéficieriez d'une réduction de prime de CHF 1'308.00 si vous maintenez votre contrat de base (AOS) selon la forme standard et de CHF 2'678.40 dans l'hypothèse où vous opteriez pour le modèle "médecin de famille". Nous vous prions de bien vouloir nous confirmer, par écrit, votre intention et nous proposer un arrangement de paiement pour acquitter l'arriéré dû.

Entre-temps, nous avons demandé à notre département du contentieux de stopper les procédures de poursuite. A réception du solde de vos primes, nous annulerons nos frais de rappels et de poursuites." Le 28 juin 2012, la Caisse-maladie B. _____ a adressé une mise en demeure à l'assuré, le priant de régler la somme de 770 fr. 50, selon le relevé de compte suivant :
Concerne : H. _____ Police n° : [...] Date Libellé Echéance Débit
Crédit Solde 02.03.2012 Emission primes du 01.04.2012 au 01.04.2012 238.50 238.50
30.04.2012 02.03.2012 Emission primes du 01.05.2012 au 01.05.2012 238.50 477.00
31.05.2012 02.03.2012 Emission primes du 01.06.2012 au 01.06.2012 238.50 715.50
30.06.2012 23.08.2012 Facturation frais de rappel 23.05.2012 10.00 725.50 11.09.2012
Facturation frais de rappel 14.06.2012 10.00 735.50 25.09.2012 Facturation frais de
sommation 28.06.2012 35.00 770.50 Solde en notre faveur 770.50 B. Le 30 juillet 2012, la Caisse-maladie B. _____ a adressé une réquisition de poursuite à l'Office des poursuites du [...] à [...]. Cette réquisition portait sur les montants suivants :

- 10 - - 715 fr. 50 plus intérêts à 5% dès le 1er mai 2012 pour les primes d'assurance LAMal échues des mois d'avril à juin 2012, et - 55 fr. de frais administratifs. L'avance de frais effectuée par la Caisse-maladie B. _____ à l'attention de l'Office des poursuites s'élevait à 53 francs. Le 18 août 2012, un commandement de payer, poursuite n° [...], a été notifié à l'assuré par l'Office des poursuites du [...]. L'assuré y a formé opposition totale le même jour. Par décision de mainlevée du 25 septembre 2012, la Caisse- maladie B. _____ a levé l'opposition de l'assuré au commandement de payer poursuite n° [...] d'un montant de 770 fr. 50, en indiquant que le montant dû à ce jour s'élevait à 823 fr. 50 plus intérêts à 5%. Elle a joint un bulletin de versement de ce montant à l'assuré en lui laissant la possibilité de s'en acquitter, étant précisé que dès l'entrée en force de sa décision, la continuation de la poursuite serait demandée. L'assuré s'est opposé à cette décision le 12 octobre 2012, en faisant valoir en substance ne pas être assuré auprès de la Caisse-maladie B. _____. Par décision sur opposition du 17 mai 2013, la Caisse-maladie A. _____ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 25 septembre 2012. Elle a tout d'abord souligné que l'assuré n'ayant pas acquitté ses primes d'avril à juin 2012, elle lui avait adressé un "1er rappel LAMal" ainsi qu'une "mise en demeure LAMal", ceci engendrant des frais administratif de 35 francs avant de le mettre en poursuite le 30 juillet 2012. Elle a exposé ensuite que conformément à l'information que l'assuré avait reçue de la part de la Caisse-maladie C. _____ dans le dernier trimestre 2010, son portefeuille avait

été repris par la Caisse-maladie B. _____ au 1er janvier 2011. Faute pour l'assuré d'avoir acquitté toutes ses primes, participations aux coûts arriérées ainsi qu'aux intérêts

- 11 - moratoires et frais de poursuite au 31 décembre 2010, malgré le fait qu'il avait été dûment averti des conséquences d'un non paiement par courrier du 21 décembre 2010 de la Caisse-maladie C. _____, le contrat avait été repris par la Caisse-maladie B. _____, sa démission ne pouvant être acceptée. Dès lors que l'assuré était valablement affilié auprès de cette compagnie depuis le 1er janvier 2011, les primes d'avril à juin 2012 lui étaient dues et les procédures visant à leur recouvrement fondées, ce qui justifiait la poursuite n° [...]. Par décision du 2 août 2013 du Département fédéral de l'intérieur approuvée, à la demande de la fondation la Caisse-maladie B. _____, le transfert de son patrimoine à la société la Caisse-maladie A. _____ avec effet au 1er janvier 2013 selon le contrat conclu entre les parties le 24 mai 2013. Il ressort notamment de cette décision que par ce contrat, la Caisse-maladie B. _____ cédait à la Caisse-maladie A. _____ tous les droits et créances découlant des rapports juridiques existants dans le domaine de l'assurance sociale selon LAMal, notamment l'ensemble des contrats d'assurance LAMal. C. Par acte du 10 juin 2013, H. _____ interjette recours contre cette décision sur opposition en concluant implicitement à son annulation. A l'appui de son recours, il fait valoir en premier lieu que le présent litige l'oppose à la Caisse-maladie B. _____ et non la Caisse-maladie A. _____ et conteste la décision de continuation de la poursuite n° [...] portant sur le montant de 770 fr. 50 et la police d'assurance n° [...] portant son nom auprès de la Caisse-maladie B. _____. Il invoque avoir résilié son contrat chez la Caisse-maladie C. _____ le 10 mai 2010 avec effet au 30 juin 2010 pour cause d'augmentation de prime (ce que la Caisse-maladie B. _____ aurait confirmé dans sa lettre du 18 septembre 2012). Il expose également avoir payé intégralement ses primes auprès de la Caisse-maladie C. _____ jusqu'au 30 juin 2010 et que cette compagnie n'avait jamais répondu à sa lettre de résiliation. Il précise avoir conclu un nouveau contrat d'assurance auprès de la Caisse-maladie D. _____. Il estime enfin qu'ayant résilié son contrat auprès de la Caisse-maladie C. _____ au 30 juin 2010, cette dernière n'avait pas à transmettre ses données

- 12 - personnelles à la Caisse-maladie B. _____. En conséquence, il requiert en substance la suppression de toutes les primes d'assurance émises à son nom par la Caisse-maladie B. _____ ainsi que toute poursuite ouverte à son encontre. Dans sa réponse du 26 août 2013, la Caisse-maladie A. _____ conclut sous suite de frais et dépens à la confirmation de la décision sur opposition rendue le 17 mai 2013 et à ce que la poursuite n° [...] puisse être continuée. L'intimée expose tout d'abord que selon la décision du 2 août 2013 du Département fédéral de l'intérieur, le transfert de patrimoine de la fondation la Caisse-maladie B. _____ à la Caisse-maladie A. _____ avec effet au 1er janvier 2013 a été approuvé. En conséquence, la Caisse-maladie B. _____ a cédé à la Caisse-maladie A. _____ tous les droits et créances découlant des rapports juridiques existants dans le domaine de l'assurance-maladie sociale selon laMal, notamment l'ensemble des contrats de l'assurance LAMal. Dès lors, en vertu de cette reprise, elle est devenue créancière en lieu et place de la Caisse-maladie B. _____ de toutes les redevances ou sommes relatives à l'assurance obligatoire de soins, quand bien même celles-ci sont antérieures à la reprise. L'intimée expose ensuite que si le recourant a bien adressé une lettre de résiliation à la Caisse-maladie C. _____ le 10 mai 2010, cette compagnie n'a pas reçu, comme l'exige la législation, une attestation d'un nouvel assureur

avant le 30 juin 2010. Elle relève à ce titre que l'offre d'assurance de la Caisse-maladie D. _____ présentée par le recourant a été établie le

E. 14

septembre 2010, soit ultérieurement à la date de résiliation souhaitée pour fin juin 2010 et pour une entrée en vigueur le 1er octobre 2010. Concernant le grief du recourant selon lequel la Caisse-maladie C. _____ n'a pas répondu à sa demande de démission, l'intimée relève en substance qu'il n'y avait pas lieu de lui communiquer une date de résiliation, cette compagnie n'ayant pas reçu de communication d'un autre assureur. Elle relève à ce titre que la Caisse-maladie D. _____ a finalement attesté assurer le recourant par courrier du 5 novembre 2010, avec une entrée en vigueur du contrat au 1er janvier 2011, ce que démontre la police d'assurance produite par le recourant lui-même. En définitive, l'assurance-maladie étant obligatoire en Suisse, le recourant ne

- 13 - peut prétendre se retrouver sans couverture du 1er juillet au 31 décembre 2010 ce qui a justifié le refus de la Caisse-maladie C. _____ de résilier le contrat d'assurance la liant au recourant pour le 30 juin 2010 en l'absence d'une confirmation d'un nouvel assureur attestant la continuité de la protection d'assurance, sans interruption. L'intimée souligne de plus que les propos de la Caisse-maladie B. _____ contenus dans sa lettre du

E. 18

septembre 2012 sont clairs et ne portent que sur la question d'avancer le transfert du contrat du recourant de la Caisse-maladie C. _____ à la Caisse-maladie B. _____ au 1er juillet 2010 (et non sur la question de sa démission), ceci afin de suppléer à l'absence d'attestation d'un autre assureur dès le 1er juillet 2010, permettant ainsi de valider la demande de démission au 30 juin. S'agissant de l'affiliation du recourant à la Caisse-maladie B. _____, l'intimée souligne que cette dernière avait repris tous les actifs et passifs de la Caisse-maladie C. _____ suite à la décision du Département fédéral de l'intérieur du 8 décembre 2010, avec pour conséquence que tous les contrats des assurés de cette compagnie ont été transférés automatiquement à la Caisse-maladie B. _____ du fait que la Caisse-maladie C. _____ a juridiquement cessé d'exister. En conséquence, selon l'intimée, il est patent que le recourant est affilié auprès de la Caisse-maladie B. _____ depuis le 1er janvier 2011 et que les primes impayées lui sont dues dès cette date, en particulier les redevances échues pour la période d'avril à juin 2012 faisant l'objet de la présente procédure. Par réplique du 5 septembre 2013, le recourant fait valoir notamment qu'il est surprenant qu'il n'ait pas été informé du transfert de patrimoine entre la Caisse-maladie B. _____ et la Caisse-maladie A. _____ suite à la décision rendue le 2 août 2013 par le Département fédéral de l'intérieur et requiert de l'intimée de fournir les documents qui attestent qu'il a été informé de ce changement de caisse-maladie. Le recourant estime que l'intimée a confirmé dans sa réponse une fois de plus qu'il a résilié son contrat chez la Caisse-maladie C. _____ mais constate qu'elle n'a fourni aucun document de cette compagnie qui atteste que cette dernière avait bien pris note de sa volonté de changer d'assureur, ce qui démontre de manière manifeste la volonté de la Caisse-

- 14 - maladie C. _____ de ne pas vouloir prendre en considération sa résiliation. Le recourant relève également que la Caisse-maladie B. _____ aurait repris les actifs et passifs de la Caisse-maladie C. _____ conformément à la décision du Département fédéral de l'intérieur du 8 décembre 2010. Or, il lui semble surprenant qu'avant cette décision, la Caisse-maladie B. _____ ait déjà été en possession de ses données puisqu'il

avait reçu des lettres de cette compagnie le 11 octobre 2010 (communication de primes pour 2011) et le 17 novembre 2010 (police d'assurance). Le recourant invoque en outre en substance que la Caisse- maladie D. _____ aurait bien communiqué à la Caisse-maladie C. _____ qu'elle l'assurait, ce qu'elle avait confirmé le 5 novembre 2010, comme l'indique l'intimée dans sa réponse. Ainsi la Caisse-maladie C. _____ aurait tout fait pour rendre le changement d'assureur impossible en ne prenant pas en compte le paiement de toutes ses primes, notamment son versement du 17 juin 2010 de 368 fr. 80, et en lui adressant des lettres de menace (sic) et de mise en demeure alors que la totalité des frais d'assurance avait été payée avant la date de fin du contrat. Il affirme que la Caisse-maladie C. _____ n'a jamais accepté avoir reçu le paiement de 368 fr. 80 alors que la Caisse-maladie B. _____ avait affirmé dans sa lettre du 17 janvier 2011 que la Caisse-maladie C. _____ avait bien reçu ce montant sans le comptabiliser. Il constate en outre que la Caisse- maladie B. _____ aurait clairement affirmé qu'il était assuré chez la Caisse-maladie D. _____ en 2010 sans interruption de la protection, ce que cette dernière compagnie aurait communiqué à la Caisse-maladie C. _____. Il explique également que dans son courrier du 5 novembre 2010, la Caisse-maladie D. _____ attestait l'assurer aussi pour 2011. Toutefois, dans la mesure où la Caisse-maladie B. _____ avait pu avoir accès à ses données, cette dernière avait contacté la Caisse-maladie D. _____ pour demander d'annuler son contrat avec cette compagnie. Etant établi qu'en date du 1er janvier 2011, il était déjà assuré auprès de la Caisse-maladie D. _____, il n'y avait à ses yeux aucune raison pour que la Caisse-maladie C. _____ transmette ses données à la Caisse-maladie B. _____. Pour le surplus, le recourant constate pour l'essentiel que contrairement aux affirmations de l'intimée, il n'a jamais demandé sa démission auprès de la Caisse-maladie C. _____ au 31 décembre 2010

- 15 - mais exclusivement au 30 juin 2010 pour cause d'augmentation de primes. Dans sa duplique du 26 septembre 2013, l'intimée confirme ses conclusions. Pour répondre aux principaux griefs du recourant, elle indique tout d'abord ne pas avoir communiqué de manière explicite sur son changement de raison sociale, passant d'une fondation à une société anonyme, car cela n'avait aucune incidence pour les assurés et n'avait engendré aucun dommage pour le recourant. S'agissant des documents envoyés par la Caisse-maladie B. _____ avant la décision du 8 décembre 2010 du Département fédéral de l'intérieur, l'intimée relève que cette décision ne faisait qu'entériner un contrat conclu en juin 2010 entre la Caisse-maladie C. _____ et la Caisse-maladie B. _____. Elle réaffirme que la Caisse-maladie C. _____ n'ayant pas reçu d'attestation au 30 juin 2010, il n'y avait pas lieu de communiquer une date de résiliation au recourant ; dès lors un simple accusé de réception à sa lettre aurait été superfétatoire, les conditions pour une démission n'étant pas remplies. L'intimée fait aussi remarquer que les documents présentés par le recourant indiquent une entrée en vigueur du contrat chez la Caisse- maladie D. _____ au 1er janvier 2011. Ainsi aucun assureur n'avait attesté couvrir le recourant pour la période du 1er juillet au 31 décembre 2010. Quant au paiement de 368 fr. 80 du 17 juin 2010, la Caisse-maladie C. _____ n'avait jamais affirmé ne pas l'avoir reçu. A ce titre, l'intimée a écrit ce qui suit : "Si toutes les primes, participations, frais de poursuite et intérêt moratoires étaient acquittés au 30 juin 2010, ils ne l'étaient pas au 31 décembre 2010, raison pour laquelle la demande de démission n'a pas pu être acceptée." L'intimée expose ainsi que le recourant avait été informé par courrier du 10 janvier 2011, qu'en présence d'impayés, sa démission ne pouvait être acceptée. la Caisse-maladie D. _____, en sa qualité de nouvel assureur, avait reçu ce courrier en copie pour procéder à l'annulation de

l'affiliation du recourant. Dans ce contexte, la Caisse-maladie B. _____ avait pris contact téléphoniquement avec la Caisse-maladie D. _____ le 27 août 2012 pour s'assurer que cette dernière avait pris bonne note du refus

- 16 - de démission, le recourant arguant être affilié auprès de deux compagnies. Cette caisse lui avait alors confirmé que l'affiliation du recourant au 1er janvier 2011 avait été annulée. Dans le cadre de ses déterminations du 17 octobre 2013, le recourant expose que dans sa duplique du 26 septembre 2013 la Caisse- maladie A. _____ avait confirmé que toutes les primes de participation, frais de poursuite et intérêts moratoires étaient acquittés avant le 30 juin 2010, ce qui était en désaccord avec l'affirmation de la Caisse-maladie C. _____. Il produit à ce titre un relevé de compte du 3 septembre 2010 émis par la Caisse-maladie C. _____ dont il ressort ce qui suit :
Date Libellé Débit Crédit Solde
27.02.2010 Emission primes du 01.06.2010 au 184.40 184.40 30.06.2010 14.04.2010
Virement frais antérieurs divers 35.00 219.40 29.05.2010 Emission primes du 01.07.2010
au 246.50 465.90 31.07.2010 29.05.2010 Emission primes du 01.08.2010 au 246.50 712.40
31.08.2010 29.05.2010 Emission primes du 01.09.2010 au 246.50 958.90 30.09.2010
15.06.2010 Facturation frais de rappel 10.00 968.90 29.06.2010 Facturation frais de
somme 35.00 1003.90 22.07.2010 Facturation frais de poursuite 30.00 1033.90 Solde en
notre faveur 1033.90 Compte tenu de ce qui précède, de l'avis du recourant, la
Caisse-maladie C. _____ n'avait pas refusé sa démission au 30 juin 2010 à cause de
l'absence d'une attestation émanant d'une autre assurance, comme l'affirme l'intimée, mais
bien plutôt en raison de cet arriéré. Il conteste ainsi être resté assuré auprès de cette
compagnie. Le recourant souligne ainsi qu'il était bien assuré auprès de la Caisse-maladie
D. _____ avant le 31 décembre 2010, que cet assureur avait transmis l'attestation
nécessaire à la Caisse-maladie C. _____ (il produit à ce titre une nouvelle fois le
document intitulé "Offre d'assurance" émanant de la Caisse-maladie D. _____, valable du
14 septembre au 14 octobre 2010 et fixant le début

- 17 - de l'assurance au 1er octobre 2010) et qu'il s'était bien acquitté de toutes ses primes, participations aux coûts, frais de poursuite et intérêts moratoires avant le 30 juin 2010, ce que confirme selon lui la Caisse- maladie A. _____ dans sa duplique du 26 septembre 2013. Dans ces conditions, il ne voit aucune raison pour la Caisse-maladie C. _____ de le garder comme assuré. Il fait remarquer enfin qu'ayant clairement manifesté son souhait de ne pas être assuré par la Caisse-maladie B. _____, il est pour lui très important d'être informé du transfert de patrimoine afin d'éviter un éventuel transfert de police d'assurance non désiré. A ce titre, il estime que le fait de ne pas être informé l'empêche de jouir de son droit unilatéral de résiliation du fait du transfert de patrimoine. Il ressort des déterminations de l'intimée du 7 novembre 2013 notamment ce qui suit : "M. H. _____ avance que toutes ses primes, participation aux coûts, frais de poursuite et intérêts moratoires étaient acquittés au 30 juin 2010 et qu'il était assuré par la Caisse-maladie D. _____ avant le 31 décembre. Il ressort de la pièce [...] produite par M. H. _____ que d'une part, il s'agit d'une offre et non d'une police et d'autre part, elle mentionne une date d'entrée en vigueur au 1er octobre 2010. Au 30 juin 2010, M. H. _____ n'était pas considéré comme en retard de paiement au sens de l'art. 105d OAMAL (ordonnance sur l'assurance-maladie ; RS 832.102) dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 puisque aucune sommation concernant le paiement de la prime de juin 2010 ne lui avait été adressée. La Caisse-maladie C. _____ n'était pas en droit de refuser la démission au motif que les primes, participations aux coûts, frais de poursuite et intérêts moratoires demeuraient

impayés. Comme expliqué à réitérées reprises, c'est bien l'absence d'un nouvel assureur au 1er juillet 2010 qui a empêché le changement de compagnie." L'intimée relève pour le surplus que le changement de raison sociale d'une compagnie n'engendre aucun droit de résiliation unilatéral de la part des assurés.

- 18 - E n d r o i t : 1. a) La voie du recours au Tribunal cantonal est ouverte contre la décision sur opposition rendue en application des dispositions de laMal (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 ; RS 832.10] ; art. 56 al. 1 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1]). b) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA, laquelle loi est applicable en vertu de l'art. 1 al. 1 LAMal) et répondant au surplus aux autres conditions légales des art. 56 à 60 LPGA, le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. c) La contestation porte sur le paiement d'un montant inférieur à 30'000 fr., de sorte que le magistrat instructeur est compétent pour statuer en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative vaudoise ; RSV 173.36]). 2. Le litige a pour objet le point de savoir si l'intimée était fondée à lever l'opposition formée par le recourant à la poursuite n° [...] à hauteur de 770 fr. 50 plus frais et intérêts à 5% l'an dès le 1er mai 2012, singulièrement si le recourant est bien affilié auprès d'elle. 3. Le recourant fait tout d'abord valoir que suite à la résiliation de sa police d'assurance-maladie (n° [...]) pour le 30 juin 2010, il ne peut plus être redevable envers l'intimée de primes, dans leur principe comme dans leur quotité, ainsi que des frais et intérêts s'y rapportant. a) A teneur de l'art. 3 al. 1 LAMal, 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).

- 19 - L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés (art. 61 al. 1, première phrase, LAMal). b) Selon l'art. 7 LAMal, l'assuré peut, moyennant un préavis de trois mois, changer d'assureur pour la fin d'un semestre d'une année civile (al. 1). Lors de la communication de la nouvelle prime, il peut changer d'assureur pour la fin du mois qui précède le début de la validité de la nouvelle prime, moyennant un préavis d'un mois. L'assureur doit annoncer à chaque assuré les nouvelles primes approuvées par l'Office fédéral de la santé publique au moins deux mois à l'avance et signaler à l'assuré qu'il a le droit de changer d'assureur (al. 2). L'affiliation auprès de l'ancien assureur ne prend fin que lorsque le nouvel assureur lui a communiqué qu'il assure l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance (al. 5, première phrase). Selon la jurisprudence, la déclaration de volonté par laquelle un assuré démissionne d'une caisse-maladie est un acte juridique unilatéral produisant ses effets indépendamment du consentement de l'assureur. La résiliation du contrat est un acte formateur (résolutoire) soumis à réception (ATF 126 V 480 consid. 2d). c) En l'espèce, le recourant se prévaut de l'art. 7 al. 2 LAMaI, en estimant que dans la mesure où la Caisse-maladie C._____ lui a communiqué une nouvelle prime, augmentée, il pouvait changer d'assureur pour la fin du mois précédant le début de la validité de la nouvelle prime. Toutefois, conformément à l'art. 7 al. 5 LAMaI, l'affiliation du recourant auprès de la Caisse-maladie C._____ ne pouvait prendre fin qu'au moment où le nouvel assureur (in casu la Caisse-maladie D._____) aurait communiqué à cette compagnie assurer l'intéressé sans interruption de la protection d'assurance. Or une telle communication n'a eu lieu que le 5 novembre 2010, soit ultérieurement au 30 juin 2010,

avec de surcroît la précision que le recourant ne serait assuré auprès de la Caisse-maladie D. _____ qu'à compter du 1er janvier 2011. Dans ces

- 20 - conditions, on constatera qu'au 1er juillet 2010, aucun assureur LAMal n'avait attesté assurer le recourant. Un changement d'assureur n'était dès lors pas possible à cette date et la Caisse-maladie C. _____ était légitimement fondée à refuser la démission du recourant. A cet égard, la question de savoir si le recourant s'était bel et bien acquitté de tous ces arriérés de paiement auprès de la Caisse-maladie C. _____ au 30 juin 2010 est sans incidence, l'assuré ne pouvant dans tous les cas se passer d'une couverture d'assurance LAMal du 1er juillet au 31 décembre 2010, dès lors que l'assurance-maladie sociale est obligatoire en Suisse et que la protection doit être ininterrompue. Dans la mesure où la Caisse-maladie B. _____ a repris le patrimoine de la Caisse-maladie C. _____ (dont l'autorisation de pratiquer l'assurance-maladie sociale a été retirée au 31 décembre 2010) relatif à l'ensemble des actifs et passifs du domaine de l'assurance obligatoire des soins à la suite de la décision du Département de l'intérieur du 8 décembre 2010, c'est donc bien auprès de cette caisse que le recourant a été automatiquement et valablement affilié dès le 1er janvier 2011, sans qu'il ne puisse être fait grief à cette dernière d'avoir "tout fait" pour rendre impossible l'affiliation du recourant dans une autre caisse maladie (cf. art. 7 al. 6 LAMaI). Ces considérations valent également dans le cadre du transfert de patrimoine entre la Caisse-maladie B. _____ et la Caisse-maladie A. _____ au 1er janvier 2013, approuvé par décision du Département fédéral de l'intérieur du 2 août 2013. Le recourant a donc également été automatiquement et valablement affilié avec effet rétroactif au 1er janvier 2013 à la Caisse-maladie A. _____ avec pour conséquence que tous ses arriérés de paiement auprès de la Caisse-maladie B. _____ (respectivement la Caisse-maladie C. _____) sont dus à cette société anonyme dès cette date. d) Le recourant se prévaut enfin d'une violation des dispositions sur la protection des données, en estimant que la Caisse-maladie C. _____ n'était pas fondée à communiquer des informations le concernant à la Caisse-maladie B. _____.

- 21 - C'est le lieu de rappeler qu'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 131 V 164 125V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). Dans la mesure où la décision entreprise a pour objet le non paiement des primes d'assurance-maladie pour les mois d'avril à juin 2012, le moyen soulevé par le recourant sort de l'objet du litige. Quant aux griefs dirigés contre la Caisse-maladie C. _____, caisse à laquelle le recourant reproche d'avoir communiqué ses données à la Caisse-maladie B. _____, ils sont dirigés contre une entité qui n'est pas partie à la procédure. 4. Il convient encore d'examiner si le recourant doit s'acquitter des montants qui lui sont réclamés par l'intimée et si cette dernière était fondée à lever l'opposition formée par le recourant à la poursuite n° [...] à hauteur de 770 fr. 50 plus frais et intérêts à 5% l'an dès le 1er mai 2012. a) Un des buts principaux de LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 266 consid. 5b). Aussi bien l'art. 3 al. 1 LAMal pose-t-il le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse. Quant aux art. 2 à 6 de l'OAMal (ordonnance du 27 juin

1995 sur l'assurance- maladie ; RS 832.102), ils fixent le cercle des personnes qui sont exceptées de l'obligation de s'assurer. 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 juridique impérative de toute affiliation auprès d'une caisse-maladie et s'étend à toute la durée de celle-ci (RJAM 1980 p. 161 ;

- 22 - 1981 p. 61). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 OAMal). Le financement de l'assurance-maladie sociale repose sur les assurés et les pouvoirs publics. Il dépend donc étroitement de l'exécution de leurs obligations pécuniaires par les assurés. Ces derniers sont ainsi légalement tenus de s'acquitter du paiement des primes (cf. art. 61 LAMal) et des participations aux coûts (cf. art. 64 LAMal).

Respectivement, les assureurs ne sont pas libres de choisir de recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts ; tout à l'inverse sont-ils obligés de le faire au regard des principes de mutualité et d'égalité de traitement prévalant dans le domaine de l'assurance-maladie sociale (art. 13 al. 2 let. a LAMal). Dès lors, les assureurs doivent faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières de l'assuré (paiement des primes selon les art. 61 ss LAMal et des participations selon l'art. 64 LAMal) par la voie de l'exécution forcée selon la LP (loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1 ; art. 105b OAMal jusqu'au 31 décembre 2011 ; art. 64a LAMal dès le 1er janvier 2012 applicable *ratione temporis* en l'espèce, cf. TFA K 88/05 du 1er septembre 2006, consid. 2 et les références citées). Si l'assureur est au bénéfice d'un jugement exécutoire au sens de l'art. 80 LP auquel est assimilée une décision ou une décision sur opposition exécutoire portant condamnation à payer une somme d'argent ou à fournir des sûretés (art. 54 al. 2 LPGa), il peut requérir du juge la mainlevée définitive de l'opposition ; s'il ne dispose pas d'un tel titre de mainlevée, il doit faire valoir le bien-fondé de sa prétention par la voie de la procédure administrative, conformément à l'art. 79 LP (ATF 131 V 147 ; RAMA 2004 n° KV 306 p. 465 consid. 5.3.1 et 5.3.2). Dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2012, applicable en l'espèce (cf. TFA K 88/05 du 1er septembre 2006 consid. 2 et les références citées), l'art. 64a al. 1 LAMal 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

- 23 - impartit les primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires dus, l'assureur doit engager des poursuites (al. 2, première phrase). En 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 (al. 6, première phrase). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8, deuxième phrase). b) Selon l'art. 105b OAMal, dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2012, en cas de non-paiement par l'assuré des primes ou des participations aux coûts, l'assureur envoie la sommation dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels. 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). L'art. 1051 OAMal prévoit que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 6 LAMal dès la notification de la sommation visée à l'art. 105b al. 1 OAMal. c) Compte tenu de ce qui précède, les primes litigieuses – s'élevant à 715 fr. 50 pour les mois d'avril à juin 2012 – sont dues par le recourant à l'intimée. Ces primes ont fait l'objet de rappels et d'une sommation, sans que le recourant invoque un motif pertinent pour justifier son retard, de sorte qu'il doit également supporter les frais administratifs qu'il a occasionnés (art. 105b al. 2 OAMal et art. 17.1 des "Conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance facultative d'indemnités journalières au sens de laMal"). Ceux-ci se composent de frais de rappel et de mise en demeure par 55 fr. dans le cadre de la présente procédure de poursuite. Pour le surplus, il sied de constater que l'art. 26 al. 1 LPGA prévoit que les créances de cotisations échues sont soumises à la

- 24 - perception d'intérêts moratoires. L'art. 105a OAMal dispose quant à lui que le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA précité 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 (pro memoria, selon l'art. 90 al. 1 OAMal, les primes doivent être payées d'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). La question de savoir quand une cotisation est échue se résout au regard de la loi spéciale qui règle dite cotisation, et non au regard de la LPGA (Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, in Soziale Sicherheit, Band XIV, 2 éd., n. 50 ; CASSO AM 22/10 – 31/2010 du 22 septembre 2010, consid. 2f). Dans la présente cause, les primes auraient dû être acquittées entre le 1er avril et le 1er juin 2012, puisqu'elles étaient payables à l'avance pour chaque mois (art. 90 OAMal). L'échéance moyenne de cette période de trois mois correspond à la date du 1er mai 2012. C'est donc à juste titre que la caisse intimée requiert des intérêts moratoires à partir de cette date. Il n'y a enfin pas lieu de lever l'opposition pour les frais de poursuite par 53 francs dans la mesure où de tels frais (art. 16 LP) suivent le sort de la poursuite en cours (art. 68 LP ; voir notamment JdT 1974 II 95, avec note de Pierre-Robert Gilliéron ; JdT 1979 II 127 ; cf. aussi RAMA 5/2003 n° KV 251 p. 226, consid. 4). d) En définitive, la procédure de recouvrement a régulièrement été conduite par l'intimée, respectivement la Caisse- maladie B. _____, conformément aux dispositions topiques applicables. Quant aux frais administratifs, ainsi qu'aux intérêts de retard, ils se fondent chacun sur la base légale y afférent, leur calcul et leur quotité ne prêtant au demeurant pas flanc à la critique.

- 25 - 5. a) Il s'ensuit que la décision entreprise doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours dans la mesure où il est recevable. b) La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, au demeurant non assisté, qui succombe (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA- VD). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable. II. La décision sur opposition rendue le 17 mai 2013 par la Caisse- maladie A. _____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. La juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - H. _____, - Caisse-maladie A. _____, - Office fédéral de la santé publique,

- 26 - 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.