

VD_GERICHTE ZE11.049857 vom 15. Januar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-01-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE11.049857

FR: VD_GERICHTE ZE11.049857 du 15 janvier 2015

IT: VD_GERICHTE ZE11.049857 del 15 gennaio 2015

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AM 56/11 . 3/2015 ZE11.049857 CO UR DE S ASSURANCES
S OCIALES _____ Arrêt du 15 janvier
2015 _____ Présidence de Mme DESSAUX, juge unique Greffier : M.
Cloux ***** Cause pendante entre : H. _____, à [...], recourante, représentée par Me
Michel Chavanne, avocat à Lausanne, et I. _____ SA, à [...], intimée. _____
Art. 64a LAMal; art. 105b OAMal 402

- 2 - E n f a i t : A. H. _____ (ci-après: l'assurée) a été affiliée depuis le 1er janvier 2007
auprès de I. _____ SA (ci-après: l'assureur) pour l'assurance obligatoire des soins en cas
de maladie. L'assurée a suivi différents traitements contre l'infertilité entre 2007 et 2009.
Des fécondations in vitro ont été effectuées et ont permis à l'assurée et à son mari d'avoir
des jumeaux en 2009. Le 24 mai 2007, l'assureur a informé l'assurée qu'il refusait le
remboursement de plusieurs ordonnances, au motif que les médicaments étaient utilisés
pour une quatrième insémination artificielle. Le 5 juillet 2007, l'assurée a contesté ce refus
de prise en charge et a fait parvenir à l'assureur un justificatif de remboursement ainsi que
deux factures pour remboursement. Début 2009, un décompte de prestations a été adressé
par l'assureur à l'assurée. Le 8 avril 2009, l'assurée a demandé à l'assureur de rembourser six
factures pour des médicaments et des traitements médicamenteux, pour un montant total de
386 fr. 50. Elle a également fait parvenir à l'assureur un justificatif de remboursement pour
un montant de 365 fr. 75 et un justificatif de remboursement pour un montant de 253 fr. 35.
Le 7 novembre 2009, l'assureur a adressé à l'assurée un décompte de prestations reprenant
l'ensemble des frais médicaux de 2007 à 2008, pour un montant total de 8'732 fr. 35 à
charge de l'intéressée, correspondant aux participations pour frais de maladie. Par envoi
recommandé du 19 novembre 2009, l'assurée a signifié à l'assureur la résiliation de son
contrat d'affiliation pour le 31 décembre 2009. Le 23 décembre 2009, l'assureur lui a
répondu que l'affiliation prendrait fin pour autant qu'une attestation du nouvel assureur

- 3 - lui soit produite et que les primes et participations soient entièrement payées à la date
de sortie. Le 17 mars 2010, faisant suite à un courriel de l'assurée réclamant une correction
de la facturation, l'assureur a informé cette dernière que cinq factures allaient faire l'objet
d'une prise en charge partielle. L'assurée a été informée qu'un nouveau bulletin de
versement lui parviendrait. Le 3 avril 2010, après avoir procédé à une correction de son
précédent décompte du 7 novembre 2009, l'assureur a adressé à l'assurée un nouveau
décompte de prestations, pour un montant total de 8'422 fr. 35 à charge de cette dernière,
payables dans les trente jours. Ce décompte précisait que le montant précité concernait
plusieurs factures, l'assurée étant invitée à contacter l'agence de l'assureur pour plus
d'informations. Un rappel a été adressé à l'assurée le 18 juin 2010 pour le montant impayé
de 8'422 fr. 35. Ce rappel étant resté sans suite, l'assureur a adressé à l'assurée, en date du
24 juillet 2010, une sommation de payer le solde du décompte de prestation par 8'422 fr. 35,

plus 5 fr. de frais, dans un délai échéant le 12 août 2010. Cette sommation mentionnait qu'à défaut de réception du paiement avant la date d'échéance, l'intimée serait contrainte, "selon la loi en vigueur, d'intenter une action en justice, les conséquences financières (frais, intérêts moratoires, etc...) étant à (ses) frais". Aucune autre communication ou mention légale ne figuraient dans cette sommation. L'assureur a également facturé à l'assuré les primes d'assurance-maladie de janvier à mai 2010, qui sont demeurées impayées, malgré rappel et sommation rappelant les dispositions de l'art. 64a al. 2 1ère phrase et al. 4 1ère phrase LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10).

- 4 - Le 5 novembre 2010, l'Office des poursuites du district de [...] a notifié à l'assurée un commandement de payer dans la poursuite n° 5[...]2, par lequel l'assureur lui a réclamé un montant de 9'541 fr. 95, plus 5% d'intérêt dès le 19 avril 2010 et 200 fr. de frais administratifs. Le titre de la créance comprend des primes d'assurances de janvier à février 2010 s'élevant à 114 fr. 90, des primes d'assurances de mars, avril et mai 2010 s'élevant à 334 fr. 90 par mois, ainsi que le décompte de prestations du 3 avril 2010 pour un montant de 8'422 fr. 35. L'assurée a formé opposition totale le même jour. L'assureur a derechef facturé à l'assurée les primes d'assurance-maladie pour les mois de juin, juillet, août, septembre et octobre 2010, ainsi qu'un décompte de prestations du 1er octobre 2010 relatif à un montant de 85 fr. 20 correspondant à une participation à des frais de traitement donné le 6 septembre 2010. Ces décomptes sont demeurés impayés et ont été suivis de rappels et sommation rappelant également les dispositions de l'art. 64 al. 2 1ère phrase et al. 4 1ère phrase LAMal. Le 9 février 2011, l'Office des poursuites du district de [...] a notifié à l'assurée un commandement de payer dans la poursuite n° 5[...]5, par lequel l'assureur lui a réclamé un montant de 1'759 fr. 70, plus 5% d'intérêt dès le 11 septembre 2010 et 80 fr. de frais administratifs. Le titre de la créance comprend des primes d'assurances de juin à octobre 2010 s'élevant à 334 fr. 90 par mois et la participation aux frais de traitement citée ci-dessus par 85 fr. 20. L'assurée a formé opposition totale le même jour. Par décision du 9 mai 2011, l'assureur a levé l'opposition formée par l'assurée dans la poursuite n° 5[...]2 et l'a invitée à payer le montant de 10'315 fr. 20, comprenant les primes d'assurance-maladie pour la période de janvier à mai 2010 par 1'119 fr. 60, la participation aux coûts selon décompte du 3 avril 2010 à hauteur de 8'422 fr. 35, des frais administratifs par 200 fr., les intérêts moratoires par 5% l'an à compter du 19 avril 2010 pour 503 fr. 25, ainsi que les frais de poursuite par 70 francs.

- 5 - Egalement par décision du 9 mai 2011, l'assureur a levé l'opposition formée par l'assurée dans la poursuite n° 5[...]5 et l'a invitée à payer le montant de 1'967 fr. 55, constitué de 1'674 fr. 50 de primes d'assurance-maladie de juin à octobre 2010, de 85 fr. 20 de participation aux coûts, de 80 fr. de frais administratifs, de 57 fr. 85 correspondant aux intérêts moratoires par 5% à compter du 11 septembre 2010 et de 70 fr. de frais de poursuite. Le 10 juin 2011, l'assurée a formé opposition contre les décisions du 9 mai 2011 levant ses oppositions dans les deux poursuites précitées. Elle a expliqué que des problèmes comptables étaient apparus très rapidement dans les différents décomptes établis par l'assureur, qui avait refusé de fournir des explications pertinentes. Elle a fait valoir qu'elle était assurée auprès de [...] depuis le 1er janvier 2010. Par décision sur opposition du 16 novembre 2011, l'assureur a rejeté l'opposition formée par l'assurée, en relevant que le montant total dû par cette dernière pour les primes et prestations échues s'élevait à 11'301 fr. 65 et 280 fr. de frais administratifs. Il a levé les oppositions dans les poursuites n° 5[...]2 et 5[...]5 de l'Office des poursuites de [...] et a mis les frais de poursuite à la charge de

l'assurée. Il a relevé que celle-ci ne pouvait changer d'assureur tant qu'elle n'avait pas intégralement payé les primes et participations aux coûts arriérés, ce qu'elle ne pouvait ignorer, de sorte que l'affiliation était maintenue au-delà du 31 décembre 2009. Le décompte rectificatif du 7 novembre 2009 reprenait de manière exhaustive l'ensemble des prestations dispensées de 2007 à 2009 et l'assurée n'avait pas contesté d'une manière ou d'une autre les montants faisant l'objet de ce décompte. Selon l'assureur, l'assurée n'avait donc pas contesté la créance, le montant de sa prime pour 2010 ainsi que les frais de participation et de rappel. B. Par acte de son mandataire du 23 décembre 2011, H. _____ a recouru à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a conclu, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de cette décision sur

- 6 - opposition, à ce qu'ils soit constaté qu'elle n'est pas débitrice de l'intimée de la moindre somme à la date du recours, à ce qu'ordre soit donné à l'assureur d'annuler toutes les poursuites engagées contre elle et de faire radier en particulier tous les commandements de payer à elle envoyés depuis le 1er janvier 2010 et portant sur des primes ou des participations. Elle soutient qu'elle n'était pas en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 4 LAMal et que l'assureur n'avait pas envoyé de rappel ou de sommation écrite au sens des art. 105b et 105d OAMal. Se prévalant de sa bonne foi et de son droit d'être entendue, elle ajoute qu'elle n'a pas reçu la moindre explication pertinente sur le décompte du 7 novembre 2009, qui porte sur trois ans de prestations diverses et dont les montants n'ont pas été vérifiés. Dans sa réponse du 6 mars 2012, l'assureur a conclu au rejet du recours. Il soutient que la recourante n'a pas contesté avoir reçu le décompte du 7 novembre 2009, qui comprend un aperçu détaillé des participations aux coûts par année de traitement et dont les postes mentionnés avaient fait l'objet de discussions et d'échanges de correspondance. Il n'était en aucun cas loisible à la recourante de se départir de son contrat d'assurance de base. L'assureur a en outre produit son dossier, qui comprend notamment un décompte de prestations du 1er octobre 2010 se rapportant à un traitement prodigué le 6 septembre 2010 (pièce 25). Par réplique du 1er juin 2012, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle précise qu'elle ne conteste pas devoir régler les montants réclamés, mais uniquement pour autant qu'ils soient effectivement dus. Elle ajoute que le montant exigé sous forme de décompte du 7 novembre 2009 n'a pas fait l'objet d'une procédure de sommation ni de rappel, de sorte qu'elle n'était pas en retard de paiement et était donc libre de changer d'assureur au 1er janvier 2010. Elle relève que certaines prestations décomptées par l'intimée n'ont pas de justificatif correspondant, en se référant à une annexe qui retient un total de 1'466 fr. 40 à charge de l'assurée. Elle relève en outre que d'autres prestations n'ont pas d'indication permettant de savoir si elles sont en lien avec un

- 7 - traitement de fécondation in vitro, en se référant à une annexe qui retient un total de 6'979 fr. 22 à charge de l'assurée. Elle conteste le traitement de factures (pièces 32 et 35) relatives à une thérapie psychiatrique et gynécologique, pour des montants de 1'435 fr. 70 et 1'161 fr. 90, dont seulement 145 fr. 16 respectivement 178 fr. 30 devraient être mis à sa charge. Elle a déposé une liasse de factures médicales et, à titre de mesure d'instruction, demande la production de son dossier comptable et en particulier des pièces manquantes. Le 12 juin 2012, l'assureur a accepté une demande de résiliation hors délai formée par l'assurée en date du 11 juin 2012 pour le 31 décembre 2009. Par duplique du 12 juillet 2012, l'assureur a conclu à ce que l'opposition dans la poursuite n° 5[...]2 soit levée à hauteur du montant de 8'422 fr. 35, plus 200 fr. de frais administratifs et 5% d'intérêts moratoires à compter du 19 avril 2010. Il relève que certains montants ont été à tort pris en charge par ses

soins, raison pour laquelle un décompte correctif est intervenu le 7 novembre 2009. Il a également repris chaque point de ce décompte dans un tableau, totalisant un montant de 8'461 fr. 45 réclamé à l'assurée, en précisant qu'il distingue les traitements en relation avec une fécondation in vitro des autres traitements. Il ajoute que l'affiliation a été résiliée rétroactivement au 31 décembre 2009 mais que la recourante reste débitrice des prestations indûment prises en charge par l'assureur, qui s'élèvent à 8'422 fr. 35. Il se réfère pour le surplus à ses précédentes écritures et dépose de nouvelles pièces. Dans sa prise de position du 13 novembre 2012, l'intimée dépose de nouvelles pièces relatives aux traitements pris en charge par la recourante et allègue que les frais de la 4ème insémination intra-utérine sont à la charge de cette dernière. C. A la demande des parties, la cause a été suspendue par ordonnance du 14 décembre 2012, en vue de trouver une issue

- 8 - transactionnelle. Les pourparlers transactionnels ayant échoué, l'instruction a été reprise le 22 octobre 2013. Par avis du 22 novembre 2013, les parties ont été informées du fait qu'une décision préjudicielle serait rendue, d'une part quant au respect de la procédure de sommation s'agissant de la poursuite portant sur le montant dû à titre de participation aux soins et, d'autre part, sur l'existence d'un retard de paiement ainsi que sur ses conséquences sur l'exigibilité du paiement des primes. La recourante a déclaré ne pas avoir de déterminations complémentaires. Dans ses déterminations du 26 novembre 2013, l'intimée a confirmé les conclusions de sa duplique et a réitéré ses arguments. Par avis du 7 janvier 2015, les parties ont été informées du fait qu'un jugement au fond et non préjudiciel serait rendu. 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 (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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

- 9 - En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte les autres formalités (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 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 valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., le Juge unique est compétent pour statuer dans la présente cause (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. En l'espèce, est litigieux le paiement de primes d'assurance-maladie et de prestations d'assurance dans le cadre de deux procédures de poursuite introduites par l'intimée contre la recourante. 3. a) 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, 1ère phrase). Selon la jurisprudence, le droit aux prestations d'un assureur-maladie est lié à l'affiliation; à l'extinction du rapport

d'assurance, le droit aux prestations n'est plus donné et il est mis fin à celles éventuellement en cours. 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 d'assurance par l'assuré est un acte formateur (résolutoire) soumis à

- 10 - réception (ATF 126 V 482 c. 2d; TFA K 148/05 du 25 août 2006 c. 4.2; TFA K 105/02 du 28 février 2003 c. 4.1 et les références citées). b) Selon l'art. 64a LAMal – dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, applicable en l'espèce (ATF 130 V 445 et les références citées) –, lorsque l'assuré n'a pas payé des primes ou des participations aux coûts échues, l'assureur lui envoie un rappel écrit et lui impartit un délai de 30 jours en attirant son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas ses paiements dans ce délai (al. 1). Si, malgré le rappel, l'assuré n'a effectué aucun paiement et qu'une réquisition de continuer la poursuite a été déposée dans le cadre de la procédure d'exécution forcée, l'assureur suspend la prise en charge des coûts des prestations jusqu'à ce que les primes ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite soient payés intégralement (al. 2, 1ère 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 ou les participations aux coûts arriérées ainsi que les intérêts moratoires et les frais de poursuite (al. 4, 1ère phrase). Le Conseil fédéral fixe les modalités de l'encaissement et de la procédure de rappel et règle les conséquences d'un retard de paiement (al. 5). Compte tenu des singularités d'une poursuite dans laquelle le créancier peut lui-même lever l'opposition frappant son commandement de payer, autant que des conséquences encourues en cas de délivrance d'un acte de défaut de biens, le Conseil fédéral a jugé nécessaire d'instituer une mesure protectrice des intérêts de l'assuré (ATF 131 V 147 c. 6.3). Préalablement à toute mesure d'exécution forcée tendant au recouvrement des primes et participations aux coûts échues, il faut et il suffit donc que les assureurs-maladie adressent une sommation préalable à leur assuré (TFA K 63/05 du 26 juin 2006 c. 8). Selon l'art. 105b OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102) – dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 –, les primes et les participations aux coûts de l'assurance

- 11 - obligatoire des soins échues et impayées doivent faire l'objet, dans les trois mois qui suivent leur exigibilité, d'une sommation écrite qui sera précédée d'au moins un rappel et qui sera distincte de celles portant sur d'autres retards de paiement éventuels. Avec la sommation, l'assureur doit impartir à l'assuré un délai de trente jours pour remplir son obligation et attirer son attention sur les conséquences qu'il encourt s'il n'effectue pas le paiement (al. 1). Si l'assuré ne s'exécute pas dans le délai imparti, l'assureur doit mettre la créance en poursuite dans les quatre mois qui suivent, de manière distincte des autres retards de paiement éventuels (al. 2). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement en temps opportun, l'assureur peut percevoir, dans une mesure appropriée, des frais administratifs, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (al. 3). En matière de changement d'assureur en cas de retard de paiement, l'art. 105d OAMal – dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 – prévoit que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 4 LAMal dès la notification de la sommation écrite visée à l'art. 105b al. 1 OAMal (al. 1). Si l'assuré en retard de paiement demande à changer d'assureur, l'assureur doit l'informer après réception de la demande que celle-ci ne déploiera aucun effet si les

primes, les participations aux coûts et les intérêts moratoires ayant fait l'objet d'un rappel jusqu'au mois précédant l'expiration du délai de changement ou si les frais de poursuite en cours jusqu'à ce moment ne sont pas intégralement payés avant l'expiration de ce délai (al. 2). Si le paiement n'est pas parvenu à l'assureur conformément à l'al. 2, celui-ci doit informer l'assuré qu'il continue à être assuré auprès de lui et qu'il ne pourra changer d'assureur qu'au prochain terme prévu à l'art. 7 al. 1 et 2 LAMal (al. 3). c) Dans le cas présent, l'intimée n'a pas respecté les exigences formelles relatives à la sommation lors de la procédure de recouvrement du décompte de prestations du 3 avril 2010 portant sur le montant de 8'422 fr. 35. La sommation du 24 juillet 2010 a certes été

- 12 - précédée d'un rappel comme l'impose l'art. 105b OAMal. Cependant, dite sommation n'attire pas expressément l'attention de l'assurée sur les conséquences encourues en cas de défaut de paiement. Plus exactement, la sommation ne fait pas mention des dispositions de l'art. 64a al. 2 1ère phrase et al. 4 1ère phrase LAMal, soit de la suspension de la prise en charge des coûts des prestations dans l'hypothèse d'une réquisition de continuer la poursuite dans la procédure d'exécution forcée et de l'impossibilité de changer d'assureur. En matière d'assurances privées, la jurisprudence a posé certaines exigences en matière de demeure au sens des art. 20 ss LCA (loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1). Les conséquences du retard doivent être énoncées de manière explicite, claire et complète dans la sommation. Une sommation qui n'indique pas ces conséquences est irrégulière et ne saurait produire les effets qu'elle omet de rappeler. Toutes les conséquences de la demeure doivent figurer dans le texte même de la sommation et la seule référence aux normes légales des art. 20 et 21 LCA, même annexées à la sommation, ne suffit pas (ATF 138 III 2 c. 4 et les références citées; ATF 128 III 186 c. 2b; TF 4A_397/2010 du 28 septembre 2010 c. 4.3). Il convient d'appliquer cette jurisprudence par analogie, avec pour conséquence que la sommation du 24 juillet 2010 doit être considérée comme irrégulière dès l'instant où elle n'indique pas les conséquences encourues en cas de défaut de paiement, la seule mention d'une action en justice avec conséquences financières à charge de l'assurée étant en l'occurrence insuffisante. Faute d'une sommation régulière, l'intimée ne pouvait engager de procédure d'exécution forcée pour le recouvrement du montant de 8'422 fr. 35 réclamé à titre de participations. Par surabondance de droit, il sera relevé que l'intimée n'a pas observé la condition de l'art. 105b al. 2 OAMal imposant que la créance litigieuse soit mise en poursuite de manière distincte des autres retards de paiement éventuels. En effet, la poursuite n° 5[...]2 porte également sur les primes réclamées pour les mois de janvier à mai 2010.

- 13 - 4. Etant rappelé qu'en matière de changement d'assureur en cas de retard de paiement, l'art. 105d OAMal – dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 – prévoit que l'assuré est en retard de paiement au sens de l'art. 64a al. 4 LAMal dès la notification de la sommation écrite visée à l'art. 105b al. 1 OAMal (al. 1), on ne peut que constater que l'assurée ne réalisait pas la condition du retard de paiement, faute pour l'intimée de lui avoir notifié une sommation régulière pour le montant de 8'422 fr. 35 réclamé à titre de participations. La recourante pouvait ainsi changer d'assureur avec effet au 1er janvier 2010 et l'intimée n'était pas légitimée à facturer des primes pour l'année 2010, ni à réclamer une participation pour des frais médicaux administrés en 2010. L'intimée l'admet au demeurant implicitement dans la mesure où le 12 juin 2012, elle a délivré la "demande accord pour résiliation hors délai" et relevé que "l'assurance obligatoire des soins de l'assurée auprès de l'_____ SA a été résiliée rétroactivement avec effet au

31 décembre 2009" (cf. duplique du 12 juillet 2012 P. 5 ch. 2). L'intimée a encore écrit (déterminations du 26 novembre 2013 ch. II) qu'"en principe, le présent litige se limite à un décompte de prestations du 7 novembre 2009 pour des prestations que l'assurée a obtenues durant les années 2007 à 2009". Cela étant et dans la mesure où elle bénéficiait effectivement dès le 1er janvier 2010 d'une couverture d'assurance obligatoire de soins auprès d' [...], la recourante n'est pas débitrice de l'intimée des primes d'assurance maladie 2010, ni d'une participation aux frais du traitement du 6 septembre 2010. 5. Au vu de ce qui précède, la conclusion du recours en annulation de la décision sur opposition de l'intimée du 16 novembre 2011 doit être admise. Il sera également ordonné à l'intimée d'annuler les poursuites n° 5[...]2 et 5[...]5 de l'Office des poursuites du district de [...]. En revanche, il ne saurait lui être ordonné, comme conclu dans le recours, d'annuler toutes les poursuites et de faire radier tous les commandements de payer envoyés à la recourante depuis le 1er janvier 2010 et portant sur

- 14 - des primes ou des prestations. En effet 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 que sur les points tranchés par cette décision (cf. ATF 125V 413 c. 2e et 110 V 48 c. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). En l'espèce, la décision litigieuse ne porte que sur les poursuites n° 5[...]2 et 5[...]5 de l'Office des poursuites du district de [...] de telle sorte que la conclusion de la recourante, telle que globalement formulée, n'est pas recevable. Il sera encore relevé que les frais de commandement de payer suivent le sort de la poursuite (cf. art. 68 LP [loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et faillite; RS 281.1] ; cf. notamment JT 1974 II 95, avec note de Pierre-Robert Gilliéron, et JT 1979 II 127; cf. aussi RAMA 5/2003 n° KV 251 p. 226 c. 4) et ne pouvaient dès lors faire l'objet de la décision litigieuse. 6. La recourante a également conclu que soit constaté qu'à la date du recours, elle n'était pas débitrice de l'intimée de la moindre somme. Cette conclusion sera partiellement admise, en ce sens que H. _____ n'est pas la débitrice d'I. _____ SA des montants facturés à titre de primes d'assurance obligatoire de soins pour l'année 2010, ni d'une participation aux frais de traitement du 6 septembre 2010. Au vu des effets qu'entraîne la sommation irrégulière du 24 juillet 2010, l'intimée ne saurait non plus prétendre à sa créance en frais administratifs et l'intimée ne sera pas reconnue débitrice des montants de 200 fr. et 80 fr. réclamés à ce titre. Pour le surplus, on pourrait se demander si par économie de procédure, il n'appartiendrait pas à l'autorité de céans de se prononcer dans la présente procédure judiciaire sur le montant effectivement dû par la recourante à l'intimée à titre de participation aux prestations reçues entre 2007 et 2009. Cependant, le dossier à disposition ne le permet pas. Des relevés de participations aux coûts ou des décomptes de prestations ne sont pas propres à fournir une preuve de l'existence et de l'étendue

- 15 - des créances, et plus particulièrement lorsque font défaut au dossier les facteurs corrélatives des fournisseurs de prestations. L'autorité de céans attirera encore l'attention de l'intimée sur l'absence de base légale pour demander des intérêts moratoires en matière de participation aux frais, l'art. 26 LPGA, qui règle les intérêts moratoires dans le domaine des assurances sociales, ne prévoyant le prélèvement de tels intérêts que sur les créances de cotisations; le Tribunal fédéral n'a pas non plus admis une autre base légale, par exemple par analogie à l'art. 104 al. 1 CO, pour demander des intérêts (cf. ATF 139 V 82 c. 3.3 ; TFA K 40/05 du 12 janvier 2006 c. 4.2 in SVR 2006 KV n° 23 p. 75). 7. a) Compte tenu de l'issue du litige, l'autorité de céans renonce à examiner plus avant les autres arguments

invoqués par la recourante. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LGPA; art. 45 LPA-VD). Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens (cf. art. 61 let. g LGPA; art. 55 al. 1 LPA-VD), laquelle doit être arrêtée à 2'000 fr. au regard de l'importance et de la complexité du litige, à la charge de l'intimée qui succombe (cf. art. 7 al. 3 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e :

- 16 - I. Le recours est admis dans la mesure où il est recevable. II. La décision sur opposition rendue le 16 novembre 2011 par I. _____ SA est annulée. III. H. _____ n'est pas la débitrice d'I. _____ SA des montants suivants : - 1'119 fr. 60 (mille cent dix-neuf francs et soixante centimes) réclamés à titre de primes d'assurance obligatoire de soins de janvier 2010 à mai 2010; - 1'759 fr. 70 (mille sept cent cinquante-neuf francs et septante centimes) réclamés à titre de primes d'assurance obligatoire de soins de juin 2010 à octobre 2010, avec intérêt à 5% l'an dès le 11 septembre 2010; - 200 fr. (deux cents francs) à titre de frais administratifs préalables à la poursuite n° 5[...]2 ouverte auprès de l'Office des poursuites du district de [...]; - 80 fr. (huitante francs) à titre de frais administratifs préalables à la poursuite n° 5[...]5 ouverte auprès de l'Office des poursuites du district de [...]. V. I. _____ SA versera à la recourante H. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. IX. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. X. Toutes autres ou plus amples conclusions sont rejetées. La juge unique : Le greffier : Du

- 17 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Michel Chavanne, avocat à Lausanne (pour H. _____) - I. _____ 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.