

VD_GERICHTE ZE14.009146 vom 30. Januar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-01-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE14.009146

FR: VD_GERICHTE ZE14.009146 du 30 janvier 2015

IT: VD_GERICHTE ZE14.009146 del 30 gennaio 2015

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AM 6/14 - 6/2015 ZE14.009146 CO UR DE S ASSURANCES
S OCIALES _____ Arrêt du 30 janvier
2015 _____ Présidence de M. MÉTRAL, juge unique Greffière : Mme
Simonin ***** Cause pendante entre : A. _____, à Lausanne, recourante, représentée
par Mme [...], directrice de [...] à Lausanne, et L. _____, à Berne, intimée.
_____ Art. 105a, 105b al. 2 OAMal, 26 al. 1 LPGA 403

- 2 - E n f a i t : A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) était affiliée auprès de
L. _____ caisse-maladie (ci-après : L. _____ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire
des soins en cas de maladie, du 1er février 2011 au 31 décembre 2013. Elle a bénéficié de
subsides pour le paiement de ses primes d'assurance-maladie, à savoir de 290 fr. par mois
en 2011, pour des primes mensuelles de 338 fr. 25 (prononcé du 7 avril 2011 de l'Organe
cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents du canton de Vaud [ci-après :
OCC]), et de 320 fr. par mois en 2012, pour des primes mensuelles de 350 fr. 30 (prononcé
du 29 décembre 2011 de l'OCC). Le 10 octobre 2012, L. _____ a envoyé à l'assurée sa
police d'assurance (n° [...]) valable à partir du 1er janvier 2013, la prime mensuelle étant de
361 fr. 75. Le 3 décembre 2012, L. _____ a adressé à l'assurée une facture pour un
montant de 361 fr. 75 pour la prime du mois de janvier 2013, payable jusqu'au 3 janvier
2013. Le 3 janvier 2013, elle lui a adressé une facture pour un montant de 361 fr. 75 pour la
prime du mois de février 2013, payable jusqu'au 31 janvier 2013. Le 18 février 2013,
L. _____ a adressé à l'assurée un rappel concernant le paiement de la prime du mois de
janvier 2013 et un rappel pour la prime de février 2013. La caisse imputait 5 fr.
supplémentaires à titre de frais de rappel, pour chacune des deux factures, soit 10 fr. au
total, le tout payable dans les 14 jours. Le 18 mars 2013, L. _____ a adressé une
sommation à l'assurée pour la prime de janvier 2013, ainsi qu'une sommation pour celle de
février 2013, en imputant 20 fr. de frais de rappel pour chacune des deux factures, soit 40 fr.
au total, le tout payable dans les 30 jours.

- 3 - Le 13 juin 2013, L. _____ a fait notifier, par l'office des poursuites du district de
[...], un commandement de payer (n° [...]) pour un montant de 723 fr. 50 avec intérêts de 5%
l'an dès le 17 janvier 2013 pour les primes de janvier et février 2013, plus 40 fr. de frais de
rappel. L'assurée a fait opposition totale au commandement de payer le 21 juin 2013. Par
décision du 8 juillet 2013, L. _____ a levé l'opposition au commandement de payer pour
un montant de 779 fr. 55, précisant que l'assurée devait lui payer un montant de 832 fr. 55
comprenant les frais de poursuites (53 fr.) et les intérêts (16 fr. 05). Le 9 juillet 2013,
l'assurée s'est opposée à cette décision, faisant valoir qu'elle avait le droit à un subside
mensuel de 320 fr. de la part de l'Office vaudois de l'assurance-maladie (ci-après :
l'OVAM), de sorte qu'elle ne devait payer à L. _____ que 334 fr. pour les mois de
janvier à août 2013. Elle lui a par ailleurs transmis une copie de la décision de l'OVAM du

6 juin 2013 lui allouant un subside de 320 fr. pour ses primes d'assurance-maladie, à compter du 1er janvier 2013. Par décision sur opposition du 25 février 2014, L. _____ a partiellement admis l'opposition de l'assurée, dès lors qu'il ressortait du dossier que les primes en souffrance de 361 fr. 75 chacune avaient été acquittées le 9 juillet 2013. La caisse a ainsi prononcé la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer n° [...] à concurrence d'un montant de 40 fr. correspondant aux frais de rappel du paiement des primes de janvier et février 2013 plus les intérêts de 5% l'an sur le montant de 723 fr. 50, du 17 janvier au 8 juillet 2013. Elle a précisé dans la décision que les frais de poursuite par 53 fr. étaient à la charge de l'assurée. B. Par acte du 4 mars 2014, A. _____, par sa représentante, forme recours contre la décision sur opposition du 25 février 2014, concluant en substance à sa réforme en ce sens que les frais de rappels de 40 fr. et les intérêts de 5% l'an du 17 janvier au 8 juillet 2013 sur le

- 4 - montant de 723 fr. 50, réclamés par la caisse-maladie ne sont pas à sa charge. Elle fait valoir qu'elle n'a pas payé ses primes de janvier et février 2013 facturées par L. _____ au tarif normal, car elle attendait la décision de subside de l'OVAM. La décision se faisant attendre, elle explique que l'OVAM a informé la caisse-maladie du retard intervenu dans le traitement de son dossier. Pour la recourante, les frais réclamés sont à la charge de L. _____, dès lors que c'est elle qui a décidé d'engager une procédure de poursuite, malgré les informations reçues de l'OVAM. Sur demande du juge instructeur, l'OVAM a produit le dossier concernant l'assurée. Il en ressort les pièces suivantes : - un prononcé du 8 novembre 2012 de l'OVAM, rédigé en ces termes : « [...] Comme nous ne disposons pas des éléments nécessaires devant nous permettre de renouveler votre droit au subside pour le 1er janvier prochain, nous nous voyons dans l'obligation de mettre fin à toute aide avec effet au 31 décembre de cette année. Toutefois l'agence d'assurances sociales de votre lieu de domicile va vous inviter à vous présenter à son guichet avec certaines pièces justificatives afin de pouvoir évaluer si votre situation financière actuelle vous donne toujours droit à une réduction de vos primes d'assurance-maladie ». - un courrier du 28 mars 2013 de l'OVAM à L. _____e, rédigé en ces termes : « Concerne : retard dans le traitement des renouvellements du droit aux subsides et nouvelles demandes pour 2013. Mesdames, Messieurs, Pour votre information, l'Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM) rencontre actuellement du retard dans le traitement des dossiers de subsides. En effet, le renouvellement de l'ensemble des subsides pour 2013 a généré un très important volume de travail dont l'exécution est freinée par l'introduction d'un nouveau système informatique. Si plus du 90% des subsides renouvelés pour l'exercice 2013 vous a été annoncé début novembre 2012, le traitement des dossiers nécessitant des renseignements complémentaires de la part des bénéficiaires accuse un retard important. Il en va de même pour les nouvelles demandes de subsides. Ainsi, le délai pour obtenir une prise de position de notre Office est actuellement de dix semaines en moyenne.

- 5 - Nous mettons tout en oeuvre pour résorber au plus vite ce retard. Toutefois, vu le volume de documents concernés et les correctifs informatiques à réaliser, un retour à la normale devrait prendre environ 3 mois. Afin d'éviter des frais et des procédures inutiles, sans parler de l'inquiétude ou de l'insatisfaction des personnes concernées, nous vous prions de bien vouloir reporter le déclenchement des procédures de recouvrement de primes pour vos assurés vaudois qui bénéficiaient d'un subside en 2012 ou vous signalent qu'ils sont dans l'attente d'une décision de notre part. D'une manière générale, nous conseillons aux assurés de payer leurs primes en attendant notre décision, mais nous savons par

expérience que cette charge financière est trop importante pour certains. Si vous ne pouvez pas ou que partiellement donner suite à notre demande, nous vous prions de nous en informer. Dans ce contexte particulier, il est évident que, pour les dossiers où vous devrez néanmoins ouvrir une procédure de recouvrement (par exemple pour une part de prime à charge impayée après déduction du subside finalement octroyé), le non-respect des délais de la procédure de sommation (art. 105b OAMal) ne vous sera pas imputable dans le cadre du contrôle de votre décompte final 2013 selon l'art. 64a LAMal. Tout en vous remerciant pour votre compréhension et votre collaboration face à cette situation exceptionnelle, nous vous adressons, Mesdames, Messieurs, nos salutations distinguées ». Dans sa réponse du 18 mars 2014, L._____ a conclu au rejet du recours. La caisse fait valoir que la recourante n'avait réagi aux rappels et aux sommations pour les primes de janvier et février 2013 que dans son opposition du 9 juillet 2013 moment où elle lui avait fait savoir qu'elle avait le droit à un subside mensuel de 320 fr. de la part de l'OVAM. Elle soutient qu'elle n'a par ailleurs été informée de l'octroi de subside par l'OVAM, avec effet au 1er janvier 2013, qu'à réception de la décision du 6 juin 2013 transmise par l'assurée. Dans sa réplique du 7 avril 2014, la recourante allègue qu'elle avait demandé à la L._____ à plusieurs reprises par téléphone de bien vouloir patienter jusqu'à la décision de l'OVAM et que la caisse maladie avait reçu plusieurs rappels de l'OVAM avant de délivrer à l'assurée une carte d'assuré. A cet égard, elle produit un courrier du 28 mai 2013 de l'OVAM à L._____ rédigé en ces termes : « Concerne : Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) A._____, née le [...], police n° [...]

- 6 - [...] Il nous a été signalé que la carte d'assuré de la personne susnommée n'a pas été délivrée par vos services, pour défaut de n° AVS/NSS, malgré de nombreux rappels. Or, conformément à l'art. 5 al. 1 de l'ordonnance sur la carte d'assuré pour l'assurance obligatoire des soins (OCA), en l'absence de N° AVS/NSS, l'assureur est tenu de vérifier le numéro d'assuré auprès du service compétent et, le cas échéant, d'en demander l'attribution indispensable pour établir une carte. Il incombe ainsi à l'assureur de requérir ce numéro auprès de la Centrale fédérale de compensation de l'assurance-vieillesse, survivant et invalidité (CdC) à Genève. Depuis le lancement de cette carte d'assuré, début 2010, l'OFSP a rappelé à plusieurs reprises que ce principe est également applicable pour les personnes sans titre de séjour valable mais domiciliées de fait en Suisse. Vu ce qui précède, nous vous demandons de faire rapidement le nécessaire pour que votre assurée dispose de ladite carte et vous remercions de nous en adresser une copie. [...] ». Le 23 avril 2014, L._____ a renoncé à dupliquer. 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 la LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance- maladie ; RS 832.10) (art. 1 al. 1 LAMal). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 al. 1, 57 et 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). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile devant le tribunal compétent et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi

- 7 - (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. De valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., le litige

relève de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à lever l'opposition formée par la recourante dans la poursuite n° 6676602, à concurrence de 40 fr. pour le paiement de frais administratifs et d'un intérêt moratoire de 5% l'an sur le montant de 723 fr. 50, pour la période du 17 janvier au 8 juillet 2013. Le paiement des primes de janvier et février 2013 n'est quant à lui plus litigieux, le montant y relatif ayant été versé à L. _____, comme celle-ci l'a indiqué dans sa décision sur opposition du 25 février 2014. 3. a) Selon 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). L'assureur fixe le montant des primes à payer par ses assurés (art. 61 al. 1, première phrase, LAMal). Les primes doivent être payées à l'avance et en principe tous les mois (art. 90 OAMal [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance- maladie ; RS 832.102]). L'art. 65 LAMal prévoit que les cantons accordent une réduction de primes aux assurés de condition économique modeste. Ils versent directement le montant correspondant aux assureurs concernés (al. 1). Les cantons veillent, lors de l'examen des conditions d'octroi, à ce que les circonstances économiques et familiales les plus récentes soient prises en considération, notamment à la demande de l'assuré. Après avoir déterminé le cercle des ayant droit, les cantons veillent également à ce que les montants versés au titre de la réduction des primes le soient de manière à ce que les ayant droits n'aient pas à satisfaire à l'avance à leur obligation de payer les primes (al. 3). Le canton communique à l'assureur

- 8 - les données concernant les bénéficiaires du droit à la réduction des primes et le montant de la réduction suffisamment tôt pour que celui-ci puisse en tenir compte lors de la facturation des primes. L'assureur informe le bénéficiaire du montant effectif de la réduction des primes au plus tard lors de la facturation suivante (al. 4bis). b) Le devoir principal d'un assuré à l'égard de l'assureur- maladie est celui de payer des primes. Cette obligation n'existe non pas seulement après que le droit éventuel à une réduction de primes par le canton au sens de l'art. 65 LAMal n'ait été clarifié (TFA K 18/03 du 16 mai 2003 consid. 3.2). Lorsqu'il octroie un subside destiné à la réduction des primes d'assurance-maladie, le canton se substitue – totalement ou partiellement – à l'assuré pour le paiement de ses primes. Si ce dernier ne bénéficie plus d'un tel subside, que ce soit à titre provisoire – dans l'attente de la décision de l'autorité compétente pour l'octroi dudit subside – ou définitif, l'assuré est tenu de s'acquitter de l'intégralité des primes fixées par l'assureur (TF K 13/06 du 29 juin 2007, consid. 4.5). Quand bien même cette situation peut le mettre dans de sérieuses difficultés financières, l'assuré ne peut refuser de payer ses primes dans l'attente de ce que le droit à un éventuel subside à l'assurance-maladie lui soit reconnu à titre rétroactif. Pour éviter cette situation, le législateur a chargé les cantons de veiller à ce que les montants versés au titre de la réduction des primes le soient de manière à ce que les ayants droit n'aient pas à satisfaire à l'avance à leur obligation de payer les primes (art. 65 al. 3 LAMal ; Message concernant l'arrêté fédéral sur les subsides fédéraux dans l'assurance-maladie et la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 21 septembre 1998, FF 1999 775). Cette invitation aux cantons à légiférer en la matière ne change cependant rien au fait qu'en l'absence de l'octroi effectif d'une réduction de primes, les assureurs sont tenus par le droit fédéral (cf. infra let. c) d'exiger le paiement de l'intégralité des primes dues dès lors que celles-ci sont échues (cf. RAMA 2006 p. 325 consid. 5.2.1, TFA K 72/05 du 14 août 2006, et RSAS 2003 p. 545 consid. 3.2, TFA K

18/03 du 16 mai 2003), même si le droit de l'assuré à un subside pour ses primes d'assurance-maladie en est encore au stade de l'instruction ou même si le droit est établi mais que l'assureur-maladie

- 9 - n'a pas encore perçu le montant du subside (TFA K 18/03 du 16 mai 2003 consid. 3.2).

c) Selon l'art. 64a al. 1 LAMal, 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). Selon l'art. 105b OAMal, 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 (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). 4. La recourante conteste d'une part la perception de frais administratifs par L._____. Conformément à la procédure prévue par l'art. 64a LAMal, L._____ a adressé à la recourante, le 18 février 2013, un rappel pour le paiement de chacune de ses primes de janvier et février 2013, puis, le 18 mars 2013, une sommation pour chacune des primes également. Les sommations étaient majorées de 40 francs de frais administratifs au total, la perception de tels frais étant prévue par les conditions générales d'assurance-maladie de l'intimée (Edition 01.2004, chapitre « Dispositions Générales »). Faute de paiement des primes par l'assurée, l'intimée lui a fait notifier, le 13 juin 2013, un commandement de payer pour un montant

- 10 - de 723 fr. 50 avec intérêts de 5% l'an courant dès le 17 janvier 2013, plus 40 francs de frais administratifs. Ce n'est que le 9 juillet 2013, dans l'opposition à la décision de mainlevée de L._____, que l'assurée lui a communiqué qu'elle avait le droit à un subside mensuel de 320 fr. et lui a transmis la décision de l'OVAM du 6 juin 2013. L'assurée allègue avoir téléphoné auparavant à la caisse pour lui indiquer qu'elle attendait une décision de l'OVAM au sujet de son droit au subside, mais elle n'en apporte pas la preuve. Quant au courrier du 28 mars 2013 adressé à L._____ par l'OVAM, outre le fait qu'il est de portée générale et ne mentionne pas le nom de l'intéressée en particulier, il est postérieur aux sommations adressées à la recourante le 18 mars 2013 et ne permettait dès lors pas à l'intimée de renoncer à entamer une procédure de recouvrement des primes en attendant de savoir si l'assurée avait le droit ou non à un subside. Par ailleurs, le fait que l'intimée ait tardé à délivrer une carte d'assurée à la recourante ne permettait pas à cette dernière de considérer que les primes d'assurance-maladie n'étaient pas dues, dès lors que la couverture d'assurance continuait bel et bien à compter du 1er janvier 2013, comme l'indique le courrier de L._____ du 10 octobre 2012 relatif à la police d'assurance n° [...], valable dès le 1er janvier 2013. En définitive, il y a lieu de retenir que la recourante, en ne réagissant ni à réception des factures de primes de janvier et février 2013, ni aux rappels du 18 février 2013, ni aux sommations du 18 mars 2013, mais seulement dans son opposition du 9 juillet 2013, a causé de manière fautive des dépenses qui auraient pu être évitées. Dès lors la perception de frais administratifs par L._____ est fondée (cf. art.

105b al. 2 OAMal). 5. La recourante conteste également devoir payer les intérêts moratoires réclamés par L._____. a) L'art. 26 al. 1 LPGA prévoit que les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. L'art. 105a OAMal dispose que le taux des intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élève à 5% par année. Le dies a quo de l'intérêt moratoire est fixé au lendemain de l'échéance de la prime mensuelle

- 11 - concernée (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 perception d'un intérêt moratoire est une obligation imposée expressément à l'autorité par l'art. 26 al. 1 LPGA. Impérative, cette disposition s'applique même lorsque, en raison notamment d'une procédure contentieuse, une longue période s'écoule avant que la situation juridique ne soit définitivement éclaircie. Peu importe à cet égard qu'aucune faute ne puisse être imputée à la personne assurée. L'intérêt moratoire sert en effet à compenser de manière forfaitaire l'avantage que le justiciable a obtenu en conservant la libre disposition des sommes qu'il aurait dû verser, à savoir leur rendement. Il est loisible à la personne assurée souhaitant interrompre le cours des intérêts moratoires de s'acquitter en tout temps – sous réserve de l'issue de la procédure – des sommes qui lui sont réclamées. Si celles-ci devaient s'avérer par la suite dénuées de fondement, la personne assurée aurait alors droit au remboursement de la somme versée, ainsi qu'à l'intérêt rémunérateur adéquat (cf. art. 26 al. 1, 1ère phrase in fine LPGA) (TF 9C_38/2014 du 24 avril 2014 consid. 2.2). b) Vu ce qui précède, la recourante est tenue de payer à l'intimée des intérêts moratoires sur les primes de janvier et février 2013, quand bien même l'OVAM lui a alloué un subside pour ses primes d'assurance-maladie pour l'année 2013. En effet, tout comme L._____ était tenue par le droit fédéral d'exiger le paiement de l'intégralité des primes dues dès que celles-ci étaient échues (cf. supra consid. 3b), elle est tenue de percevoir des intérêts moratoires sur ces mêmes primes et ceci indépendamment de la question de savoir si la recourante a commis une faute (cf. supra let. a). Quant au montant de l'intérêt moratoire (5% de 723 fr. 50) et la période sur laquelle il est perçu (du 17 janvier au 8 juillet 2013), ils ne prêtent pas flanc à la critique.

- 12 - Enfin, il n'y a pas lieu de prononcer la mainlevée de l'opposition pour les frais de poursuite puisque ces frais suivent le sort de la poursuite (cf. art. 68 LP [loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1] ; cf. TFA K 88/05 du 1er septembre 2006 consid. 5). 6. La représentante de la recourante allègue enfin que certaines assurances tentent d'abuser de leur pouvoir envers les personnes en situation précaire et soutient que le cas d'espèce en constitue un exemple. Toutefois, ainsi que cela ressort de ce qui précède, l'attitude de l'intimée en l'espèce respecte le cadre légal, bien qu'elle puisse apparaître particulièrement rigoureuse. La représentante de la recourante craint de se voir développer une pratique fréquente d'abus de pouvoir en vue d'empêcher l'affiliation de personnes qui seraient en droit de l'être. Les pièces au dossier ne suffisent pas à constater que tel serait le cas. A ce stade, la question relève donc de l'autorité de surveillance. 7. a) En définitive, le recours est mal fondé, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice. La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA- VD).

- 13 - Par ces motifs, le juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 25 février 2014 par L. _____ est confirmée. III. L'opposition formée par A. _____ au commandement de payer n° [...] de l'Office des poursuites du district de [...] est définitivement levée à concurrence de frais administratifs par 40 fr. (quarante francs) plus des intérêts moratoires à hauteur de 5% l'an (cinq pourcent par an) du montant de 723 fr. 50 (sept cent vingt-trois francs et cinquante centimes), courant du 17 janvier 2013 au 8 juillet 2013. IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. Le juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Mme [...], directrice de [...] (pour A. _____), à Lausanne, - L. _____, à Berne,

- 14 - - Office fédéral de la santé publique, à Berne, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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