

VD_GERICHTE ZE15.005747 vom 20. Januar 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-01-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE15.005747

FR: VD_GERICHTE ZE15.005747 du 20 janvier 2016

IT: VD_GERICHTE ZE15.005747 del 20 gennaio 2016

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AM 4/15 - 1/2016 ZE15.005747 CO UR DE S ASSURANCES
S OCIALES _____ Arrêt du 20 janvier
2016 _____ Composition : Mme THALMANN, présidente Mmes
Röthenbacher et Dessaux, juges Greffière : Mme Barman Ionta ***** Cause pendante entre
: A.Z._____, à [...], recourant, et C._____, à [...], intimée. _____ Art.
42 al. 3, 64 et 64a LAMal ; 105b OAMal 403

- 2 - E n f a i t : A. A.Z._____ (ci-après : l'assuré), né en 1968, était affilié auprès de
C._____ s'agissant de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal (loi
fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 ; RS 832.10). En 2013, le montant de sa
franchise annuelle s'élevait à l'000 francs. Sa fille B.Z._____, née en 1996, était
également affiliée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de C._____, son père
étant inscrit comme débiteur des primes. Par courrier notifié le 19 juin 2013 à C._____,
l'assuré a valablement résilié son contrat d'assurance des soins avec effet au 31 décembre
2013, sans qu'il ne signifie cependant la résiliation du contrat de sa fille B.Z._____. B.
Le 28 janvier 2014, T._____ a fait parvenir à C._____, selon le système du tiers
payant, une facture relative à des soins prodigués à l'assuré pour la période du 20 au 29
novembre 2013, d'un montant total de 443 fr. 90. Par décompte de prestations du 21 février
2014 (n° 2602608065), C._____ a réclamé à l'assuré le paiement du montant de 443 fr.
90 en relation avec la facture précitée ainsi que d'un montant de 3 fr. 30 correspondant à la
quote-part de 10% d'une facture pour un traitement dispensé à sa fille B.Z._____ en
janvier 2014. La somme de 447 fr. 20 était payable jusqu'au 31 mars 2014. En l'absence de
règlement à l'échéance du délai indiqué, C._____ a adressé un rappel à l'assuré en date
du 16 avril 2014, suivi d'une sommation le 17 mai 2014, dans laquelle elle réclamait le
paiement du montant de 447 fr. 20, frais de sommation en sus, jusqu'au 16 juin 2014.

- 3 - Par courrier du 28 mai 2014, se référant à la sommation de payer du 17 mai précédent,
l'assuré s'est exprimé en ces termes : « Je n'ai toujours pas reçu de vos services le détail des
prestations concernées par ledit décompte ni les raisons pour lesquelles ces prestations ne
seraient pas couvertes. C._____ ne m'a à ce jour fourni toujours aucune information à
ce sujet. Dans l'attente des copies des soins facturés et des factures concernées, sans
lesquelles je ne peux pas donner suite. Le cas échéant, je vous demande également et par la
même occasion de bien vouloir me faire parvenir quatre (4) bulletins de versement pour le
paiement fractionné desdits frais, ce dont je vous remercie d'avance. » Le 3 juin 2014,
C._____ a fait parvenir à l'assuré une copie du décompte de prestations du 21 février
2014, précisant que le montant de 447 fr. 20 correspondait à la franchise pour l'année 2013
et à la quote- part pour l'année 2014. Les détails du décompte, déjà transmis au recourant,
se présentaient comme suit :

- 4 - C. _____ adressait également à l'assuré une copie d'un décompte de prestations du 30 mai 2014 (n° 2002851323), requérant le paiement de la somme de 345 fr. 75 au titre de participations au traitement fourni à l'assuré du 16 novembre au 26 décembre 2013 par le T. _____, pour un montant total de 918 fr. 10. Cela étant, C. _____ indiquait accepter la proposition de paiement de l'assuré en quatre versements, précisant qu'en cas de non-respect de la convention de paiement, le solde de la créance ferait l'objet d'une poursuite. Elle demandait à l'assuré de confirmer son accord d'ici au 10 juin 2014. Le 28 juin 2014, l'assuré a adressé à C. _____ un courrier à la teneur suivante : « Les décomptes susmentionnés [n° 2002851323 et 2602608065] me sont parvenus. Je vous les retourne. Vous ne m'avez toujours pas fait parvenir les justificatifs demandés (copie des factures du T. _____) en lien avec ces décomptes tardifs et, comme déjà indiqué, je ne peux pas entrer en matière sans ceux-ci.

- 5 - Je ne pourrai pas non plus donner suite si vous deviez entreprendre une tentative de recouvrement par voie de poursuites, à laquelle je m'opposerais totalement le cas échéant. Dans l'attente des documents requis. Veuillez aussi exclure de vos décomptes rectifiés toute quote-part 2014 puisque je ne suis plus client C. _____ concernant la LAMal ni complémentaire depuis 2013. S'il s'avère que vos factures tardives étaient justifiées je vous demande aussi de joindre 24 bulletins de versement à votre correspondance afin que je puisse payer par mensualités, n'étant pas en mesure de m'acquitter de telles sommes, imprévues, en seulement quelques mois, mes obligations familiales étant très importantes. » Par courriel du 9 juillet 2014, C. _____ a rappelé à l'assuré que sa demande d'arrangement de paiement avait été acceptée et les décomptes de prestations annexés à sa réponse du 3 juin 2014. Elle a encore précisé que les décomptes n° 2002851323 et 2602608065 concernaient des traitements effectués en 2013, mais facturés en 2014 par le fournisseur de soins ; il était normal, en conséquence, que les participations aux coûts de 2013 lui soient facturées, ainsi que le traitement de 2014 concernant sa fille B.Z. _____. Finalement, elle a informé l'assuré que les factures des fournisseurs de soins lui parviendraient par courrier postal. Le 2 septembre 2014, l'assuré a écrit à C. _____ avoir bien réceptionné les courriers de l'assurance l'informant qu'elle acceptait sa proposition d'arrangement pour un paiement du solde des frais non- couverts en vingt-quatre versements, mais n'avoir reçu aucun bulletin de versement à ce jour lui permettant d'effectuer un premier paiement. Par courrier du 10 septembre 2014, C. _____ a indiqué à l'assuré qu'aucune confirmation de sa part sur la proposition d'arrangement contenue dans le courrier du 3 juin précédent ne lui était parvenue dans le délai imparti au 10 juin 2014. Elle a en outre précisé que l'arrangement portait sur un paiement de quatre mensualités et non vingt- quatre. Finalement, elle a mentionné que compte tenu du temps écoulé, elle n'était plus en mesure de répondre favorablement à sa requête.

- 6 - Le 15 septembre 2014, l'assuré a écrit à C. _____ qu'il constatait que cette dernière ne pouvait pas répondre à ses questions et demandes contenues dans son courrier du 28 juin 2014, ajoutant que la question des bulletins de versement était dans ce cas caduque. Sur réquisition de C. _____ du 20 septembre 2014, l'Office des poursuites du district d'Aigle a notifié le 30 septembre suivant un commandement de payer à l'assuré pour un montant de 447 fr. 20, plus 60 fr. de frais administratifs, auquel il a fait opposition totale (poursuite n° 7199412). Comme cause de l'obligation, le commandement de payer mentionnait « prestation LAMal du 21.02.2014 ». Par décision du 11 novembre 2014, C. _____ a prononcé la mainlevée de l'opposition à la poursuite n° 7199412. Elle a retenu que l'assuré

devait s'acquitter d'arriérés à hauteur de 447 fr. 20 au titre de sa participation aux coûts selon décompte de prestations du 21 février 2014, frais administratifs par 60 fr. en sus. Il était par ailleurs spécifié que les frais de poursuite, d'un montant de 53 fr. 30, étaient à la charge du débiteur. Le 14 novembre 2014, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il contestait les montants faisant l'objet de la poursuite n° 7199412 au motif que, d'une part, la facturation des frais de traitement auprès du T. _____ était tardive, C. _____ ne lui ayant de surcroît pas remis la preuve des montants réclamés en dépit de ses demandes réitérées, et, d'autre part, il n'avait pas à s'acquitter d'une quote-part pour l'année 2014, n'étant plus assuré auprès de C. _____ depuis 2013. L'assuré a également écrit que « C. _____ [devait lui] rembourser le trop-perçu mentionné par son service juridique dans sa lettre du 3 septembre 2012 ». Le 9 décembre 2014, C. _____ a adressé à l'assuré un courrier dont la teneur est notamment la suivante : « Par décompte établi le 21 février 2014, C. _____ vous a réclamé le montant de CHF 447.20 comprenant une participation aux coûts de CHF 443.90 pour votre traitement du 20 au 29 novembre 2013,

- 7 - ainsi qu'une participation aux coûts de CHF 33.00 pour un traitement de votre fille, B.Z. _____, du 15.01.2014. Par courrier du 28 juin 2014, vous avez réclamé un justificatif de votre traitement du 20 au 29 novembre 2013. Ce justificatif vous a été transmis par courrier du 9 juillet 2014 de notre Centre de Services. Toutefois, dans votre opposition, vous écrivez que « C. _____ s'est contentée de m'envoyer une copie incompréhensible des soins que j'aurais reçus, longtemps auparavant, au T. _____ ». [...] La facture litigieuse qui vous a été remise par courrier du 9 juillet 2014, annexée à nouveau au présent courrier, correspond à ce qui nous a été adressé par le fournisseur de prestations, soit en l'espèce T. _____. Cette facture relate de manière détaillée et compréhensible les soins que vous avez reçus auprès [du] T. _____, ainsi que les montants facturés pour chacun de ces soins. En outre, l'article 24 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances (LPGA) prévoit que le droit à des cotisations arriérées s'éteint 5 ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. En l'occurrence, la participation aux coûts pour un traitement du 20 au 29 novembre 2013 vous a été réclamée par décompte établi le 21 février 2014, elle n'est donc pas échue. Enfin, vous prétendez ne pas être affilié auprès de C. _____ en 2013. Or, votre lettre de résiliation, datée par erreur au 13 décembre 2013, nous a été notifiée le 19 juin 2013 et prévoyait la résiliation de votre assurance de base à l'échéance légale, soit le 31 décembre 2013. Partant, vous étiez encore affilié auprès de C. _____ jusqu'au 31 décembre 2013. Au vu de ce qui précède, vous êtes tenu de vous acquitter des participations aux coûts réclamés par décompte établi le 21 février 2014 pour votre traitement du 20 au 29 novembre 2013 auprès du T. _____ d'un montant de CHF 443.90, ainsi que pour le traitement de votre fille du 15.01.2014 d'un montant de CHF 33.00. En ce qui concerne le montant de CHF 19'683.25, dont vous réclamez, une seconde fois, le remboursement par C. _____ sur la base du chiffre 2.11 de la décision sur opposition rendue le 3 septembre 2012, il s'agissait d'une erreur de plume contenue dans la partie « en fait » de ladite décision. Or, il vous avait déjà été expliqué que seul le dispositif de cette décision fait foi. Celui-ci étant correct et entré en force, c'est sans fondement que vous réclamez à C. _____ un remboursement de CHF 19'683.25. Au surplus, nous vous renvoyons au courrier daté du 12 novembre 2012 qui vous a été adressé par le service juridique de C. _____. Ce point litigieux étant réglé depuis 2012, il ne sera, à l'avenir, plus question d'y revenir. Par conséquent, c'est donc à juste titre que C. _____ vous a réclamé, par voie de poursuite, un arriéré de paiement de CHF 507.20, faisant l'objet de la poursuite n° 7199412. Les frais

de poursuite de CHF 53.30 sont également à votre charge.

- 8 - Au vu de ce qui précède et compte tenu des fêtes judiciaires, un délai au 12 janvier 2014 [recte : 2015] vous est imparti pour procéder au paiement du montant de CHF 560.50 à l'aide du bulletin de versement annexé à la présente. A défaut de paiement dans le délai imparti, la procédure de recouvrement suivra son cours et une décision sur opposition sera rendue. » L'assuré a répondu le 19 décembre 2014 qu'il maintenait son opposition, n'ayant pas reçu de réponses conformes à ses demandes, et qu'il se réservait le droit de demander une indemnité à hauteur de 100'000 fr. pour le tort moral et l'atteinte à l'honneur induits par la poursuite. Par décision sur opposition du 19 janvier 2015, C. _____ a partiellement admis l'opposition du 14 novembre 2014 et constaté que l'assuré lui devait le paiement de la somme de 443 fr. 90 à titre de participation aux coûts du traitement du 20 au 29 novembre 2014, et 60 fr. de frais administratifs. Dans le même temps, elle a prononcé à hauteur de ces montants la mainlevée dans la poursuite n° 7199412 de l'Office des poursuites du district d'Aigle. En substance, C. _____ a considéré que B.Z. _____ étant désormais majeure, elle était tenue de s'acquitter elle-même de ses primes et participations aux coûts, raison pour laquelle le montant de 3 fr. 30 à titre de participation aux coûts du traitement de sa fille devait être déduit de l'objet de la poursuite n° 7199412 de l'opposant. Cela étant, elle a constaté que le motif de l'assuré relatif à la participation aux coûts pour le traitement du 20 au 29 novembre 2013 auprès du T. _____ tombait à faux, au motif que le droit aux participations n'était pas éteint, que l'assuré ne s'était pas acquitté de l'entier de sa franchise de 2013 et que la facture détaillée relative à ce traitement lui avait été adressée par deux fois. Finalement, elle a relevé que les questions du remboursement du montant de 19'683 fr. 25 et du versement d'une indemnité pour tort moral ne faisaient pas l'objet du présent litige. C. A.Z. _____ a formé recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 12 février 2015. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à

- 9 - l'annulation de la décision en ce sens que la mainlevée d'opposition est refusée sur l'entier du montant réclamé par C. _____, cette dernière devant retirer sans délai la poursuite à son encontre et lui faire parvenir un décompte final rectifié et compréhensible. Il maintient par ailleurs ses réclamations à l'encontre de C. _____ s'agissant du remboursement en sa faveur du montant de 19'683 fr. 25 et de l'octroi d'une indemnité de 100'000 fr. « en lien avec la/les poursuite(s) abusive(s) [...] et l'atteinte à l'honneur, le tort moral et le préjudice causés », dans la mesure où elles concernent le même contrat d'assurance. En substance, il fait valoir que la poursuite n° 7199412 est une parmi plusieurs poursuites engagées par erreur à son encontre par C. _____. Il reproche à l'intimée de ne lui avoir envoyé aucun décompte final, si ce n'est un décompte fantaisiste (sic) du 6 décembre 2013 au terme duquel il devrait la somme de 2'261 fr. 50, ni facture compréhensible dont celle pour les soins reçus en 2013 au T. _____ pour lesquels une participation lui est réclamée tardivement, ni même de bulletins de versements ad hoc, cas échéant conformément à ses demandes. Il invoque de ce fait une violation de l'art. 42 al. 3 LAMal et une poursuite injustifiée, contestant de surcroît devoir supporter les frais administratifs. Dans sa réponse du 11 mars 2015, C. _____ conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 19 janvier 2015. Elle soutient que la participation aux coûts est bien due, le recourant ne s'étant pas acquitté de l'entier de sa franchise en 2013, que la poursuite a correctement été introduite et que l'art. 42 al. 3 LAMal n'a pas été violé. Elle rappelle que la demande de remboursement du montant de 19'683 fr.

25, que le recourant s'obstine à vouloir compenser avec ses arriérés, ne fait pas l'objet du présent litige, précisant au demeurant que dite demande résulte d'une erreur de plume dans une décision sur opposition rendue le 3 septembre 2012. Par ailleurs, elle nie le droit à une indemnité pour tort moral en l'absence d'atteinte illicite, précisant que la poursuite était justifiée, et soutient que les frais administratifs et frais de poursuite doivent être assumés par le recourant.

- 10 - Répliquant le 7 avril 2015, le recourant énonce que l'intimée ne peut justifier ses manquements par de supposées erreurs de plume, soulignant qu'elle a commencé à corriger plusieurs erreurs à la suite de son opposition. Il soutient que l'intimée a violé l'art. 42 al. 3 LAMal en refusant d'abord de lui faire parvenir les copies des factures, puis en refusant de fournir un décompte détaillé et compréhensible couvrant la période litigieuse. Au terme de son écriture, il requiert l'audition de trois témoins et confirme ses conclusions. Dans sa duplique du 29 avril 2015, C._____ rappelle avoir expliqué à maintes reprises au recourant quelle participation était due, de même s'agissant de l'erreur de plume. Elle ajoute que s'agissant des arriérés concernant sa fille, il ne s'agissait nullement d'une erreur mais d'une correction au vu de la majorité acquise par cette dernière. Le recourant s'est encore exprimé le 11 mai 2015, évoquant un acharnement administratif à son encontre de la part de l'intimée. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, vu le domicile de l'assuré dans le canton de Vaud ; il

- 11 - satisfait en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 413 consid. 2c). b) En l'espèce, est litigieux le bien-fondé de la décision sur opposition rendue le 19 janvier 2015 par l'intimée, prononçant la mainlevée dans le cadre de la poursuite n° 7199412 à hauteur de 443 fr. 90, frais administratifs de 60 fr. en sus, en relation avec une participation aux coûts impayées pour l'année 2013. Le paiement d'une participation de 10% aux coûts (quote-part) pour le traitement prodigué à B.Z._____ en janvier 2014 n'est quant à lui plus litigieux. Cela étant, la conclusion prise par le recourant tendant au versement en sa faveur d'un montant de 19'683 fr. 25, en lien

avec une décision sur opposition de la caisse intimée datée du 3 septembre 2012, sort du cadre du présent litige ; elle est donc irrecevable (sur ce point, voir également consid. 4 infra). Tel est également le cas de la conclusion visant l'octroi en faveur du recourant d'une indemnité de 100'000 fr. pour

- 12 - atteinte à l'honneur, tort moral et préjudice causés ; il n'appartient pas au juge des assurances sociales de statuer sur une telle indemnité, matière qui est de la compétence du juge civil (cf. art. 49 CO [loi fédérale du 30 mars 1911 complétant le code civil suisse ; RS 220]). La Cour de céans ne se prononcera également pas sur la conclusion du recourant tendant au retrait d'autres poursuites que l'intimée aurait engagées à son encontre. 3. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (cf. ATF 126 V 265 consid. 3b et la référence). Aussi consacre-t-elle le principe de l'obligation d'assurance pour toute personne domiciliée en Suisse (cf. art. 3 al. 1 LAMal). 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). La participation des assurés aux coûts des prestations dont ils bénéficient comprend un montant fixe par année (franchise) et une quote-part de 10% des coûts qui dépassent la franchise (art. 64 al. 1 et 2 LAMal). b) En l'occurrence, la décision dont est recours concerne une participation à des frais de traitement effectué en 2013 selon le décompte de prestations du 21 février 2014, demeurée impayée. A.Z._____ estime ne pas être redevable des arriérés de participation aux coûts visés par la poursuite n° 7199412, axant principalement son argumentation sur le fait que le montant faisant l'objet de la poursuite lui a été facturé de manière tardive et en l'absence de décompte détaillé et compréhensible. Il ressort des documents fournis par l'intimée avec sa réponse que la poursuite n° 7199412 se rapporte à un arriéré de participation aux coûts d'un traitement dispensé au recourant par le T._____ en novembre 2013. La facture relative à ce traitement, détaillant les prestations prodiguées au recourant, a été réceptionnée par la caisse

- 13 - intimée le 28 janvier 2014. C._____ a établi le décompte de prestations en lien avec dite facture le 21 février suivant. Par conséquent, la démarche de l'intimée ne saurait être qualifiée de tardive, le seul délai pouvant en l'occurrence entrer en ligne de compte étant celui de la prescription selon l'art. 24 al. 1 LPG, au terme duquel le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. Dans la décision entreprise, l'intimée rappelle que le montant réclamé au recourant se fonde sur le décompte de prestations du 21 février 2014 faisant suite à la facture du T._____ pour des frais médicaux à hauteur de 443 fr. 90, couvrant la période du 20 au 29 novembre 2013. Il convient de préciser à ce propos que le système du tiers payant place l'assureur dans l'obligation de s'acquitter de la facture que lui adresse le fournisseur de soins et ce, en lieu et place de l'assuré. Dès lors, si l'intention du recourant était de s'opposer à la facture en cause, il devait s'en ouvrir au fournisseur de soins concerné, seul à même de procéder à son annulation éventuelle ; dans le cas contraire, l'art. 64 al. 1 et 2 LAMal prévoit la participation des assurés aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Cela étant, aucun motif ne faisant obstacle au règlement de la facture établie par le T._____, l'intimée était fondée à demander au recourant de s'acquitter du montant de 443 fr. 90. De surcroît, le décompte de prestations du 21 février 2014 met en

évidence pour l'année 2013, année où il était encore affilié auprès de C. _____ pour l'assurance obligatoire des soins, que le recourant ne s'était pas acquitté de l'entier de sa franchise légale de 1'000 fr. ; une participation aux coûts, correspondant en l'occurrence à l'intégralité de la facture du T. _____, devait ainsi être mis à sa charge. En définitive, il apparaît que le recourant n'a apporté aucun élément susceptible de démontrer que la créance de 443 fr. 90 ne serait pas due. Le montant réclamé à titre d'arriérés de participation aux coûts pour la période concernée peut ainsi être confirmé.

- 14 - c) Le recourant invoque un refus de C. _____ de lui faire parvenir, dans un premier temps, la facture relative à la participation litigieuse, puis un décompte détaillé et compréhensible couvrant la période en cause, en dépit de ses demandes réitérées ; il se prévaut ainsi de l'art. 42 al. 3 LAMal. Conformément à cette disposition, le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible (1ère phrase) ; il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires lui permettant de vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation (2e phrase) ; dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur (3e phrase). L'art. 59 al. 4 OAMal précise que si les assureurs et les fournisseurs de prestations ont convenu que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant), le fournisseur de prestations doit remettre à l'assuré la copie de la facture prévue à l'art. 42 al. 3 LAMal ; il peut convenir avec l'assureur que ce dernier transmettra la copie de la facture. En l'occurrence, on ignore s'il a été convenu avec l'intimée que le T. _____ fasse parvenir au recourant copie de la facture du 28 janvier 2014 ; dans une telle hypothèse, il appartenait au recourant de s'adresser directement au T. _____ pour obtenir la facture en question en l'absence d'envoi à son attention. Cela étant, le recourant a obtenu le détail de l'arriéré exigible par le biais du décompte de prestations du 21 février 2014, lequel permettait de contrôler le calcul effectué par l'intimée. Les 9 juillet et 9 décembre 2014, la facture relative à ce décompte, telle qu'établie par le T. _____, lui a été adressée par C. _____ ; elle comportait les indications détaillées concernant les prestations exécutées dans le cas particulier, savoir notamment le bénéficiaire du traitement, la date du traitement, les fournisseurs de soins, les soins prodigués ainsi que la tarification pour chaque soin. Le recourant avait ainsi en sa possession toutes les pièces nécessaires pour s'assurer du bien-fondé du montant réclamé ; rien au dossier ne permet de conclure qu'il n'était pas en mesure de le faire.

- 15 - On ne saurait dès lors donner suite à la requête du recourant tendant à ordonner à C. _____ d'établir un nouveau décompte, rectifié et compréhensible. d) 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 trente 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, 1ère phrase). Le Conseil fédéral règle les modalités de la procédure de sommation et de poursuite (al. 8, 2e 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). Selon la jurisprudence, il y a faute de l'assuré lorsque, par son comportement, il oblige la caisse à lui adresser des rappels pour l'exhorter à payer ses cotisations (ATF 125 V 276 ; TFA K 28/02 et K 30/02 du 29 janvier 2003 consid. 6). En l'occurrence, la participation aux coûts, objet du présent litige, a été facturée par l'intimée le 21 février 2014, par le biais du décompte de prestations. Un délai échéant au 31 mars 2014 a été imparti au recourant pour s'acquitter du montant dû à titre de participation. En l'absence de réaction de ce dernier, l'intimée a, à bon droit, adressé un rappel le 16 avril 2014, une mise en demeure le 17 mai suivant, avant d'initier à l'encontre de son assuré une procédure de poursuite (art. 64a

- 16 - al. 1 et 2 LAMal et 105b al. 1 OAMal). En outre, les conditions générales d'assurance conformément à la LAMal édictées par C._____ prévoient, en leur art. 14.3, que les dépenses de l'assurance pour frais de sommation et de poursuites sont à la charge de la personne assurée. Partant, l'intimée était légitimée à mettre des frais administratifs à la charge du recourant, en l'occurrence 60 fr., dans le cadre de la poursuite n° 7199412. Le montant de ces frais n'apparaît au demeurant pas disproportionné. e) En définitive, la procédure de recouvrement a été régulièrement conduite, conformément aux dispositions topiques applicables. Tant le calcul de la participation aux frais médicaux que les frais administratifs se fondent sur la base légale y afférents, de sorte qu'ils ne prêtent pas le flanc à la critique et doivent ainsi être confirmés. Quant aux frais du commandement de payer, ils suivent le sort de la poursuite (art. 68 LP [loi fédérale du 11 avril 1889 sur la poursuite pour dettes et la faillite ; RS 281.1] ; cf. notamment JdT 1974 II 95, avec note de Pierre- Robert Gilliéron, et JdT 1979 II 127 ; cf. aussi RAMA 5/2003 n° KV 251 p. 226 consid. 4) et ne font donc pas l'objet de la décision litigieuse. 4. Finalement, et comme énoncé précédemment (cf. consid. 2b supra), la conclusion du recourant quant au remboursement d'un montant de 19'683 fr. 25 en référence à la décision sur opposition rendue le 3 septembre 2012 par C._____, formulée au motif qu'elle repose sur le même contrat d'assurance, est irrecevable. A toutes fins utiles, on relèvera qu'il ne saurait être procédé à une éventuelle compensation entre la prétendue créance du recourant et la créance pour participation aux coûts de l'intimée, l'assuré ne disposant d'aucun droit de compensation à l'égard de l'intimée, en application de l'art. 11 du règlement selon la LAMal de la C._____, édition janvier 2013. 5. Le dossier de la cause est instruit à satisfaction de droit et permet de procéder à l'appréciation de la question litigieuse. Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi les témoignages d'un journaliste, du chef du département de la Santé et de l'action sociale ainsi que du chef du

- 17 - département des finances, tels que requis par le recourant au terme de sa réplique, pourraient être pertinents. Ainsi, par appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu de les entendre comme témoins (TF 9C_543/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2 et les références, TF 9C_619/2009 du 9 décembre 2009 consid. 3 et les références). 6. a) Les considérants qui précèdent conduisent par conséquent au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens vu l'issue du litige, le recourant étant au demeurant non assisté (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours déposé le 12 février 2015 par A.Z._____ est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 19 janvier 2015 par C._____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du

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

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