

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3813/2014

ATAS/5/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 janvier 2016

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CARTIGNY

recourant

contre

AVANEX ASSURANCES SA, Droit des assurances Romandie,
sise avenue de Provence 15, LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1943 est assuré depuis le 1^{er} juillet 2008 pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (BASIS PREMED 24) auprès d'AVANEX ASSURANCES SA (ci-après : AVANEX), membre de HELSANA ASSURANCE SA, avec une franchise annuelle de CHF 2'500.-.
2. Le service de l'assurance-maladie a indiqué le 14 janvier 2015 que l'assuré n'avait obtenu aucun subside de l'assurance-maladie de 2008 à ce jour.
3. La prime mensuelle est CHF 342.65 en 2013.
4. AVANEX a fait notifier à l'assuré des commandements de payer, poursuite n° 1_____ et n° 2_____ C (prime janvier 2008 – déc. 2009), qu'elle a annulés par décision du 28 octobre 2014.

AVANEX a également fait notifier à l'assuré des commandements de payer, poursuite n° 3_____ (primes 2010 et 2011), poursuite n° 4_____ (décompte de prestations), poursuite n° 5_____ (décompte de prestations), poursuite n° 6_____ (décompte de prestations) et poursuite n° 7_____ (primes 2012).

Ces poursuites ont fait l'objet d'une décision de mainlevée de l'opposition d'AVANEX en date du 28 octobre 2014.

5. a) Le 12 janvier 2013, AVANEX a communiqué à l'assuré une facture pour les primes 2013 au montant de CHF 4'111.80.
- b) Un rappel a été envoyé à l'assuré les 17 mars 2013 et 21 avril 2013 avec, en sus, CHF 40.- de frais administratifs, ainsi que le 27 mai 2013, pour CHF 4'111.20, CHF 47.90 d'intérêts et CHF 100.- de frais administratifs.
- c) Le 9 octobre 2013, un commandement de payer (poursuite n° 8_____) au montant de CHF 4'111.80, avec intérêts à 5% dès le 3 mars 2013 et CHF 100.- de frais administratifs, a été notifié à l'assuré, lequel y a fait opposition.
- d) Par décision du 5 décembre 2013, AVANEX a prononcé la mainlevée de l'opposition à concurrence de CHF 4'111.80, CHF 147.- d'intérêts, CHF 100.- de frais administratifs et CHF 133.15 de frais de poursuite.
- e) Le 23 janvier 2014, l'assuré a fait opposition à cette décision, au motif que le contrat d'assurance était inexistant et que la décision était non motivée, donc nulle.
- f) Par décision du 28 octobre 2014, AVANEX a partiellement admis l'opposition de l'assuré, dans le sens que les frais de poursuite étaient annulés; la mainlevée était confirmée à hauteur de CHF 4'111.80 de primes, avec intérêts à 5% depuis le 3 mars 2013, CHF 40.- de frais de rappel et CHF 60.- de frais de traitement, au motif que l'assuré avait tenté de résilier le contrat d'assurance, mais que cette résiliation était sans effet en raison d'arriérés de paiements depuis l'année 2008.

g) Le 8 décembre 2014, l'assuré a recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre de la décision du 28 octobre 2014, en concluant à la constatation de la péremption de la poursuite et la nullité de la décision; aucun contrat ne prévoyait une prime de CHF 4'111.80; la prime devait tenir compte des subsides d'assurance; la décision n'indiquait pas l'adresse de l'instance de recours, ni pour quelle raison il ne pouvait changer d'assurance; le comportement d'AVANEX constituait un abus de droit.

6. Le 8 décembre 2014, l'assuré a également recouru auprès de la chambre de céans à l'encontre des décisions d'AVANEX du 28 octobre 2014 en concluant à la constatation de la péremption de la poursuite et à la nullité des décisions.

7. Le 16 janvier 2015, AVANEX a conclu au rejet du recours.

Le délai de péremption d'un an pour requérir la continuation de la poursuite était suspendu pendant toute la durée des procédures administratives introduites par l'assuré, de sorte que les commandements de payer n'étaient pas périmés; les décisions litigieuses indiquaient la voie de droit au Tribunal cantonal des assurances du canton de domicile de l'assuré, ce qui était suffisant; enfin, l'assuré n'avait jamais eu de droit au subside cantonal d'assurance maladie.

8. Le 12 février 2015, l'assuré a transmis :

- une copie de l'ATAS/2/2015 de la chambre de céans déclarant le recours de l'assuré déposé à l'encontre d'une décision de la CSS irrecevable et le transmettant celle-ci pour qu'elle rende une décision sur opposition sur la question du changement d'assureur au 31 décembre 2012;
- un courrier de la CSS du 27 janvier 2015 à AVANEX, la priant de lui communiquer les documents prouvant l'existence de factures impayées avant le 31 décembre 2012.

Il a requis la suspension de la cause jusqu'à droit jugé sur son affiliation à la CSS ou à AVANEX.

9. Le 25 février 2015, AVANEX a contesté la suspension de la procédure dès lors que si une poursuite antérieure à 2013 était confirmée, elle aurait pour conséquence de déterminer l'affiliation du recourant au-delà du 31 décembre 2012.

10. Le 5 mai 2015, à la demande de la chambre de céans, AVANEX a indiqué que l'intérêt moratoire avait été fixé dès que l'assuré avait été en retard de paiement, soit dès l'exigibilité de la prétention et un intérêt moyen pouvait être calculé. La facture des primes 2013 avait un délai de paiement au 3 mars 2013; par ailleurs, l'art. 5.2 CA prévoyait que si d'autres périodes de paiement avaient été convenues, les primes étaient échues le premier jour de la période correspondante; ainsi, les primes 2013 étaient échues au 1^{er} janvier 2013.

11. A la demande de la chambre de céans, AVANEX a transmis une copie de la demande d'affiliation de l'assuré du 17 janvier 2008, selon laquelle la période de

paiement choisie était annuelle et indiqué qu'en conséquence les primes étaient échues au 1^{er} janvier de chaque année.

12. Par arrêt du 1^{er} juin 2015, la chambre de céans a déclaré le recours dirigé contre la décision du 28 octobre 2014 concernant les poursuites n° 2_____ et 1_____ sans objet, rejeté les recours dirigés contre les décisions du 28 octobre 2014 concernant les poursuites n° 3_____, 9_____, 5_____, 6_____, 7_____ et prononcé la mainlevée définitive de l'opposition aux commandements de payer poursuites n° 3_____, 9_____, 5_____, 6_____, 7_____.
13. Par arrêt du 16 octobre 2015, le Tribunal fédéral a rejeté le recours de l'assuré dirigé à l'encontre de l'arrêt du 1^{er} juin 2015 et transmis le dossier à la chambre de céans afin qu'elle statue, en tant que de besoin, sur le recours concernant la poursuite n° 8_____.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le Tribunal fédéral a renvoyé la cause à la chambre de céans afin qu'elle statue en tant que de besoin sur le recours concernant la poursuite n° 8_____.

Il apparaît en effet que cette poursuite, bien que citée dans les faits de l'arrêt de la chambre de céans du 1^{er} juin 2015, n'a pas fait l'objet du dispositif de l'arrêt.

Il convient en conséquence de traiter le recours du 8 décembre 2014 dirigé à l'encontre de la décision de l'intimée du 28 octobre 2014 concernant la procédure précitée.

3. Préalablement, il est à constater que la suspension de la procédure requise par le recourant n'est pas justifiée au sens des art. 78 ou 14 LPA, de sorte qu'il y sera renoncé. De surcroît, la chambre de céans a rendu un arrêt le 31 août 2015 dans la cause opposant le recourant à la CSS assurance maladie SA (ATAS/638/2015).
4. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants ce sont produits (ATF 130 V 445); en l'espèce, les faits déterminants se rapportent à la poursuite intentée par l'intimée pour le recouvrement des primes 2013. Sont dès lors applicables les modifications de la LAMal et de l'OAMal intervenues dès le 1^{er} janvier 2012.
5. a) Un des buts principaux de la LAMal est de rendre l'assurance-maladie obligatoire pour l'ensemble de la population en Suisse (ATF 125 V 271 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. L'art. 1 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) précise que les personnes domiciliées en Suisse au sens des art. 23 à 26 du code civil suisse sont tenues de s'assurer, tout comme les ressortissants étrangers qui disposent d'une autorisation de séjour au sens de l'art. 5 de la loi fédérale du 26 mars 1931 sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE), valable au moins trois mois (art. 1 al. 2 let. a OAMal).

Les art. 2 à 6 OAMal énumèrent les cas d'exemption de l'obligation de s'assurer.

b) En l'espèce, il est constant que le recourant, domicilié en Suisse, est soumis à l'assurance obligatoire conformément à l'art. 3 al. 1 LAMal et qu'il ne fait pas partie du cercle des personnes visées aux art. 2 à 6 OAMal. Il est également admis qu'il a été assuré auprès de l'intimée depuis le 1^{er} juillet 2008.

6. a) Selon l'art. 64a LAMal en vigueur depuis le 1er janvier 2012, 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 (al. 1). 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. Le canton peut exiger que l'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs qui font l'objet de poursuites (al. 2). L'assureur annonce à l'autorité cantonale compétente les débiteurs concernés et, pour chacun, le montant total des créances relevant de l'assurance obligatoire des soins (primes et participations aux coûts arriérées, intérêts moratoires et frais de poursuite) pour lesquelles un acte de défaut de biens ou un titre équivalent a été délivré durant la période considérée. Il demande à l'organe de contrôle désigné par le canton d'attester l'exactitude des données communiquées et transmet cette attestation au canton (al. 3). Le canton prend en charge 85 % des créances ayant fait l'objet de l'annonce prévue à l'al. 3.2 (al. 4). L'assureur conserve les actes de défaut de biens et les titres équivalents jusqu'au paiement intégral des créances arriérées. Dès que l'assuré a payé tout ou partie de sa dette à l'assureur, celui-ci rétrocède au canton 50 % du montant versé par l'assuré (al. 5). 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. L'art. 7, al. 3 et 4, est réservé (al. 6). Les cantons peuvent tenir une liste des assurés qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites, liste à laquelle n'ont accès que les fournisseurs de prestations, la commune et le canton. Sur notification du canton, l'assureur suspend la prise en charge des prestations fournies à ces assurés, à l'exception de celles relevant de la médecine d'urgence, et avise l'autorité cantonale compétente de la suspension de sa prise en charge et, lorsque les assurés ont acquitté leurs créances, de l'annulation de cette suspension (al. 7). Le Conseil fédéral règle les tâches de l'organe de révision et désigne les titres jugés équivalents à un acte de défaut de biens. Il règle également les modalités de la procédure de sommation et de poursuite ainsi que les modalités de transmission des

données des assureurs aux cantons et des versements des cantons aux assureurs (al. 8). Le Conseil fédéral édicte des dispositions sur le non-paiement des primes et des participations aux coûts des personnes tenues de s'assurer qui résident dans un Etat membre de la Communauté européenne, en Islande ou en Norvège (al. 9).

Selon l'art. 105b OAMal, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, l'assureur envoie la sommation en cas de non-paiement des primes et des participations aux coûts dans les trois mois qui suivent leur exigibilité. Il l'adresse séparément de toute sommation portant sur d'autres retards de paiement éventuels (al. 1). Lorsque l'assuré a causé par sa faute des dépenses qui auraient pu être évitées par un paiement effectué à temps, l'assureur peut percevoir des frais administratifs d'un montant approprié, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré (al. 2).

b) Il est à constater que la modification de la LAMal et de l'OAMal, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012, n'a pas modifié la règle antérieure selon laquelle l'assuré en retard de paiement ne peut pas changer d'assureur (art. 64a al. 4 et 5 LAMal dans sa teneur en vigueur jusqu'en 31.12.2011). Par ailleurs, le Tribunal fédéral a jugé que les délais précités (art. 105 b OAMal) sont des prescriptions d'ordre, dont l'inobservation n'entraîne pas la péremption du droit aux arriérés ou de la procédure de poursuite. L'assureur n'est pas tenu non plus de procéder à une nouvelle sommation s'il entend faire valoir ses droits par la voie de la poursuite. Ces délais visent en effet à empêcher que les assureurs ne tardent trop avant d'entreprendre les démarches nécessaires au recouvrement des primes dues (arrêt 9C_786/2008 du 31 octobre 2008 consid. 3 ; ATF 9C_742/2011 du 17 novembre 2011).

c) Le financement de l'assurance-maladie sociale repose ainsi 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 recouvrer ou non les arriérés de primes et participations aux coûts. Au contraire et 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), ils sont tenus de faire valoir leurs prétentions découlant des obligations financières des assurés par la voie de l'exécution forcée selon la LP (art. 105b OAMal). Par conséquent, 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 (voir ATF 131 V 147).

d) Selon la jurisprudence, à certaines conditions, les assureurs maladie sont en droit de lever par une décision formelle l'opposition à un commandement de payer portant sur une créance découlant de la LAMal.

Les assureurs peuvent donc introduire une poursuite pour leurs créances pécuniaires même sans titre de mainlevée entré en force, rendre après coup, en cas d'opposition, une décision formelle portant condamnation à payer les arriérés de primes ou participations aux coûts et, après l'entrée en force de cette dernière, requérir la continuation de la poursuite.

Si le dispositif de la décision administrative se réfère avec précision à la poursuite en cours et lève expressément l'opposition à celle-ci, ils pourront requérir la continuation de la poursuite sans passer par la procédure de mainlevée de l'art. 80 LP. Dans sa décision, l'autorité administrative prononcera non seulement une décision au fond selon le droit des assurances sociales sur l'obligation pécuniaire de l'assuré, mais elle statuera simultanément sur l'annulation de l'opposition comme autorité de mainlevée. Il en va de même des tribunaux en cas de recours (BGE 119 V 329 consid. 2b; RKUV 2004 Nr. KV 274 S. 129 E. 4.2.1, K 107/02; Arrêt 9C_903/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1).

7. En vertu de l'art. 26 al. 1, 1^{re} phrase, LPGA, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires. Le taux d'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 OPGA). Faute pour le Conseil fédéral d'avoir fait usage, à tout le moins dans le domaine de l'assurance-maladie, de la délégation de compétence de l'art. 26 al. 1, 2^e phrase, LPGA, l'intérêt moratoire est également dû, conformément aux modalités prévues à l'art. 7 al. 2 OPGA, pour les créances de cotisations modestes ou échues depuis peu (arrêt K 68/04 du 26 août 2004 consid. 5.3.4, in SVR 2006 KV n° 2 p. 3 ; ATF 9C_38/2014 du 24 avril 2014 consid. 2.1). Comme précisé au considérant précédent, 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 de l'intérêt moratoire 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 (art. 26 al. 1, 1^{re} phrase in fine, LPGA ; ATF 9C_38/2014 du 24 avril 2014 consid. 2.2).
8. En l'espèce, le recourant ne conteste pas avoir été régulièrement affilié à l'intimée depuis le 1^{er} juillet 2008; il fait valoir les griefs suivants à l'encontre de la décision attaquée :
 - a) Le recourant conteste tout d'abord le montant des primes réclamées et estime que celui-ci est, en toute hypothèse, compensé par le subside de l'assurance-maladie qui lui serait dû. La chambre de céans constate que le recourant se contente de remettre

en cause le montant de la prime 2013; or, les primes ressortent des polices d'assurance LAMal notifiées par l'intimée au recourant et celui-ci n'avance aucun élément qui permettrait de mettre en doute la réalité desdites primes. Quant au subside de l'assurance-maladie, le SAM a confirmé à l'intimée le 14 janvier 2015 que le recourant n'avait obtenu aucun subside de 2008 à ce jour, de sorte que l'argument d'une éventuelle compensation n'a pas lieu d'être.

b) Le recourant estime ensuite que les décisions sur opposition de l'intimée ne mentionnent, à tort, pas clairement la voie de droit à la chambre de céans.

D'après un principe général du droit, déduit de l'art. 9 Cst. protégeant la bonne foi du citoyen, le défaut d'indication ou l'indication incomplète ou inexacte des voies de droit ne doit en principe entraîner aucun préjudice pour les parties (ATF 138 I 49 consid. 8.3.2 p. 53; 117 Ia 297 consid. 2 p. 299 et les arrêts cités). Ce principe comporte toutefois une réserve: l'art. 5 al. 3 in fine Cst. impose au citoyen d'agir de manière conforme aux règles de la bonne foi (ATF 138 I 49 consid. 8.3.2 p. 53). Ainsi, lorsque l'indication des voies de droit fait défaut, on attend du justiciable qu'il fasse preuve de diligence en recherchant lui-même les informations nécessaires (voir ATF 104 V 162 consid. 3 p. 166; cf. aussi ATF 116 Ia 215 consid. 2c p. 219 ss spéc. p. 220 ; ATF 2C_857/2012 du 5 mars 2013, consid. 3.2).

En l'espèce, la décision litigieuse mentionne une voie de droit au Tribunal cantonal des assurances du canton de domicile de l'assuré. La question de savoir si la mention de l'intimée est suffisante ou non peut rester ouverte, le recourant ayant été capable de désigner la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en tant qu'autorité de recours et de déposer son recours dans les délais.

c) Le recourant estime encore que l'interdiction de changer d'assurance n'est pas fondée. A cet égard, l'art 64a al. 6 LAMal, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, prévoit très clairement que l'assuré en retard de paiement ne peut changer d'assureur tant qu'il ne s'est pas acquitté de toutes ses obligations. Or, en l'espèce, les pièces du dossier démontrent que le recourant a fait l'objet de poursuites concernant les primes depuis l'année de son affiliation en 2008, ce qu'il ne conteste pas, de sorte qu'il n'est pas autorisé à changer d'assureur, et cela tant qu'il ne se sera pas acquitté de toutes ses obligations financières.

d) Le recourant invoque la péremption des poursuites, au motif que la décision de mainlevée de l'opposition au commandement de payer du 28 octobre 2014 a été rendue au-delà du délai d'un an après la notification du commandement de payer.

Selon l'art. 88 al. 1 et 2 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP) du 11 avril 1889, lorsque la poursuite n'est pas suspendue par l'opposition ou par un jugement, le créancier peut requérir la continuation de la poursuite à l'expiration d'un délai de 20 jours à compter de la notification du commandement de payer. Ce droit se périme par un an à compter de la notification du commandement de payer. Si opposition a été formée, ce délai ne court pas entre l'introduction de la procédure judiciaire ou administrative et le jugement définitif.

Le recourant ayant fait opposition aux commandements de payer en cause, le délai de péremption d'un an a été suspendu, de sorte que la procédure de poursuite n'est pas périmée (ATF 9C_414/2015 du 16 octobre 2015).

e) Enfin, le recourant fait valoir que l'intimé a commis un abus de droit en notifiant sept décisions le même jour.

L'abus manifeste d'un droit n'est pas protégé par la loi (art. 2 al. 2 CC). Ce principe permet de corriger les effets de la loi dans certains cas où l'exercice d'un droit allégué créerait une injustice manifeste. Le juge apprécie la question au regard des circonstances concrètes, qui sont déterminantes. L'emploi dans le texte légal du qualificatif "manifeste" démontre que l'abus de droit doit être admis restrictivement. Les cas typiques en sont l'absence d'intérêt à l'exercice d'un droit, l'utilisation d'une institution juridique de façon contraire à son but, la disproportion manifeste des intérêts en présence, l'exercice d'un droit sans ménagement ou l'attitude contradictoire (ATF 137 III 625 consid. 4.3; 135 III 162 consid. 3.3.1 ; ATF 4A_38/2013 du 12 avril 2013, consid. 2.1).

Selon la jurisprudence, la nullité d'une poursuite pour abus de droit ne peut être admise par les autorités de surveillance que dans des cas exceptionnels, en particulier lorsqu'il est manifeste que le poursuivant agit dans un but sans le moindre rapport avec la procédure de poursuite ou pour tourmenter délibérément le poursuivi; en principe, une telle éventualité est réalisée lorsque le poursuivant fait notifier plusieurs commandements de payer fondés sur la même cause et pour des sommes importantes, sans jamais demander la mainlevée de l'opposition ni la reconnaissance judiciaire de sa créance, lorsqu'il procède par voie de poursuite contre une personne dans l'unique but de détruire sa bonne réputation, ou encore lorsqu'il reconnaît, devant l'office des poursuites ou le poursuivi lui-même, qu'il n'agit pas envers le véritable débiteur (ATF 115 III 18 consid. 3b p. 21 ; ATF 5A_595/2012 du 24 octobre 2013, consid. 4).

En l'espèce, le recourant ne démontre pas en quoi le fait de rendre plusieurs décisions le même jour constitue un abus de droit au sens de la jurisprudence précitée. Partant, son grief doit être rejeté.

9. Conformément à l'art. 105a OAMal, les intérêts moratoires pour les primes échues selon l'art. 26 al. 1 LPGA s'élèvent à 5 % par année. Selon l'art. 5.2 des conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de BASIS (CA), édition janvier 2006, les primes sont échues le premier jour de chaque mois ou le premier jour de la période convenue, si tel est le cas. En l'espèce, la période convenue entre le recourant et l'intimé est annuelle, conformément à l'offre d'assurance du 17 janvier 2008.

C'est donc à juste titre que l'intimée réclame des intérêts moratoires sur les montants dus au titre de primes pour 2013.

L'intérêt à 5% sur les primes de l'année 2013 a été réclamé depuis le 3 mars 2013 à la suite de l'envoi de la facture des primes du 12 janvier 2013.

Au vu de la période d'une année convenue, l'intérêt moratoire précité ne peut qu'être confirmé.

10. S'agissant des frais de rappel et de mise en demeure, il suffira de rappeler qu'ils sont prévus par l'art. 105b al. 3a et 105b al. 2 OAMal, si une telle mesure est prévue par les conditions générales sur les droits et les obligations de l'assuré. Or, tel est le cas en l'espèce (cf. art. 5.5 des conditions générales de l'assurance obligatoire des soins et de BASIS édition janvier 2006).

La jurisprudence confirme au surplus que l'assureur maladie peut réclamer le paiement dans une mesure appropriée des frais de sommation et des frais supplémentaires causés par le retard de l'assuré (ATF 125 V 276).

En l'occurrence, l'intimée a notifié au recourant trois rappels, avant d'introduire des poursuites. C'est donc à juste titre que l'intimée réclame le paiement de ces frais.

Enfin, conformément à l'art. 68 de la loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite (LP ; RS 281.1), les frais de la poursuite sont à la charge du débiteur.

11. Partant, c'est à bon droit que l'intimée a prononcé la mainlevée de l'opposition du recourant au commandement de payer poursuite n° 8_____, de sorte que le recours sera rejeté et qu'il sera prononcé la mainlevée définitive au commandement de payer précité.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Prononce la mainlevée définitive de l'opposition au commandement de payer poursuite n° 8_____ .
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le