

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2013

Présidence de M. MÉTRAL, juge unique
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

F._____, à [...], recourante, représentée par Me Franck Tièche, avocat à Lausanne,

et

CAISSE E._____, Droit et compliance, à [...], intimée.

Art. 49 et 51 LPG; 25, 29 et 49 al. 1 LAMal

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], est affiliée à la Caisse E._____ (ci-après: la Caisse E._____ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Elle a également conclu avec cette société deux assurances complémentaires ("DUE+ et QUADRA+ privé") soumises à la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA; RS 221.229.1). Cette seconde assurance a pris effet le 1^{er} janvier 2007 et prévoit notamment la prise en charge, par la Caisse E._____, des frais supplémentaires de traitement et de pension en cas de séjour hospitalier en division privée, après déduction d'une franchise annuelle de 5'000 francs. Toutefois, l'article 17 des conditions générales (CGA) applicables à l'assurance complémentaire Quadra + prévoit que la franchise annuelle souscrite n'est pas perçue si la Caisse E._____ n'a pas alloué de prestations en cas d'hospitalisation au titre de l'assurance Quadra+ durant les 5 années précédant l'hospitalisation et pour autant que l'assurance ait été en vigueur pendant cette période chez la Caisse E._____.

B. Le [...] novembre 2009, F._____ a accouché en division privée à la Clinique S._____, donnant naissance à une fille, J._____. Elle a séjourné dans cet établissement du [...] au [...] novembre 2009. Le 25 novembre 2009, la Clinique S._____ a directement facturé à la Caisse E._____ un montant de 9'132 fr. pour l'hospitalisation de l'assurée. La facture précisait que 4'312 fr. était à charge de l'assurance "de base" et 4'820 fr. à charge de l'assurance complémentaire. La Caisse E._____ a payé intégralement cette facture. Le 12 décembre 2009, elle a adressé un décompte de prestations à F._____, faisant état d'un montant de 4'312 fr. payé par la Caisse E._____ au titre de l'assurance obligatoire des soins ("Prestation selon: MINIMA ") et d'un montant de 4'820 fr. à la charge de l'assurance complémentaire (décompte de prestations no 74074082 du 12 décembre 2009). F._____ a remboursé à la Caisse E._____ ce montant de 4'820 fr. compte tenu de la franchise de 5'000 fr. convenue pour l'assurance complémentaire Quadra+.

Le 23 novembre 2009, le Dr X._____, anesthésiste, a adressé à F._____ une facture de 850 fr. pour ses prestations médicales pendant le séjour de l'assurée à la Clinique S._____. La facture portait la mention "Cas LAMal". Elle a été transmise à la Caisse E._____, qui a informé l'assurée qu'elle prenait en charge la facture, au titre de l'assurance complémentaire Quadra+, pour un montant de 670 fr., le solde de 180 fr. étant laissé à la charge de l'assurée en raison de la franchise annuelle convenue (décompte de prestation no 74289105 du 2 janvier 2010).

Le 25 novembre 2009, le D B._____, pédiatre, a adressé à F._____ une facture de 940 fr. pour ses prestations médicales en faveur de l'enfant J._____, du [...] au [...] novembre 2009. La facture portait la mention "LAMal". Elle a été transmise à la Caisse E._____, qui a informé l'assurée qu'elle prenait intégralement en charge la facture, au titre de l'assurance complémentaire Quadra+ (décompte de prestation no 74632128 du 16 janvier 2010).

Le 25 janvier 2010, le Dr D._____, gynécologue, a adressé à F._____ une facture de 3'841 fr. 40 pour ses prestations médicales du [...] novembre au 21 décembre 2009, dont 3'720 fr. pour des prestations le jour de l'accouchement. La facture portait la mention "LAMal". Elle a été transmise à la Caisse E._____, qui a informé l'assurée qu'elle prenait en charge la facture, à raison de 3'720 fr. au titre de l'assurance complémentaire Quadra+ et de 121 fr. 40 au titre de la LAMal (décompte de prestations no 75237848 du 27 février 2010).

C. Le [...] 2011, F._____ a donné naissance à un second enfant. Elle a accouché à la Clinique S._____, où elle a séjourné en division privée. Auparavant, elle avait demandé à la Caisse E._____ si la franchise de 5'000 fr. convenue pour l'assurance complémentaire Quadra+ lui serait réclamée en cas d'hospitalisation en division privée. La Caisse E._____ lui avait répondu, le 17 mars 2011, que tel serait bien le cas, dès lors que des prestations de cette assurance complémentaire avaient été perçues en 2009. F._____ a contesté ce point de vue le 21

mars 2011, en soutenant notamment que les factures des Drs B. _____ et X. _____, qui étaient intervenus lors de la première hospitalisation en 2009, auraient dû être prises en charge par la Caisse E. _____ au titre de l'assurance obligatoire des soins. Par conséquent, aucune prestation n'aurait dû être à la charge de l'assurance complémentaire Quadra+, compte tenu également des frais qu'elle avait personnellement assumés en raison de la franchise de 5'000 fr. applicable au contrat. L'article 17 CGA était donc applicable et dispensait l'assurée d'acquitter une franchise pour sa nouvelle hospitalisation.

Par décisions des 28 avril et 1^{er} juin 2011, la Caisse E. _____ a refusé de prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, les factures des Drs X. _____, B. _____ et D. _____ pour leurs prestations lors de l'hospitalisation de l'assurée à la Clinique S. _____ en novembre 2009.

F. _____ s'est opposée à ces décisions, en exposant que la facture du Dr B. _____ selon décompte du 16 janvier 2010 se rapportait à des soins accordés au nouveau-né en bonne santé, dont le séjour, tant qu'il demeurait à l'hôpital avec sa mère, était à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Dans le même sens, les Drs X. _____ et D. _____ avaient fourni des prestations en qualité d'anesthésiste et de gynécologue, lors d'un accouchement, dont l'assurance obligatoire des soins devait assumer le coût. Ces coûts comprenaient notamment les examens de contrôle effectués par un médecin ou prescrits par un médecin pendant et après la grossesse, ainsi que l'accouchement dans un hôpital et l'assistance d'un médecin.

Par décision sur opposition du 16 août 2011, la Caisse E. _____ a maintenu son refus de mettre les factures litigieuses à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Elle se réfère notamment à une circulaire de santésuisse (no 1/2009 du 15 janvier 2009) relative aux "tarifs 2009 à charge de l'assurance de base pour les hospitalisations en clinique privée". Cette circulaire est libellée comme suit:

"(...)

Depuis l'introduction du mode de facturation par APDRG, nous vous communiquons chaque année un tarif de référence pour les assurés couverts par l'assurance obligatoire des soins, calculé sur la base du volume financier de la CVHo (somatique aiguë) à charge des assureurs-maladie.

Ce tarif est obtenu en divisant la part à charge des assureurs-maladie au financement des patients A LAMal vaudois hospitalisés en division commune dans les hôpitaux de soins somatiques de la CVHo par le nombre de journées réalisées.

Il en résulte un tarif de référence de **Fr. 616.-/jour**.

En ce qui concerne la psychiatrie et la réadaptation, les tarifs des CVHo psy et CVHo réa peuvent également être appliqués par les cliniques privées. Les tarifs 2009 sont fixés comme suit:

Réadaptation somatique **Fr. 263.-/jour**
Psychiatrie A aiguë **Fr. 278.-/jour**
Psychiatrie B réhabilitation **Fr. 243.-/jour**

(...)"

D. Le 15 septembre 2011, F. _____ interjette un recours de droit administratif contre la décision sur opposition du 16 août 2011. En substance, elle demande sa réforme en ce sens que les factures des Drs B. _____, X. _____ et D. _____ relatives aux traitements prodigués pendant son hospitalisation en novembre 2009 soient prises en charge par l'intimée au titre de l'assurance obligatoire des soins, sous suite de frais et dépens.

Dans sa réponse du 26 octobre 2011, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle expose, en substance, que depuis l'introduction du mode de facturation "APDRG (pour all patient diagnostic related groups)" pour les hôpitaux publics, un tarif de référence est négocié entre santésuisse et la "CVHo" chaque année pour les assurés couverts par l'assurance obligatoire des soins. S'agissant des soins somatiques aigus à charge de l'assurance obligatoire pour les hospitalisations en clinique privée, le forfait négocié en 2009 était de 616 fr. par jour, comme l'indiquait la circulaire de santésuisse pour le canton de Vaud, du 15 janvier 2009. Seul ce montant était facturable à l'assurance obligatoire des soins. Le fait que l'assurée avait décidé une hospitalisation en division privée, ce qui lui donnait notamment la possibilité de choisir les spécialistes qui étaient intervenus pendant son séjour, avait entraîné des coûts supplémentaires, puisque ces spécialistes avaient pu facturer leurs prestations séparément. Ces coûts supplémentaires n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Les parties ont déposé de nouvelles déterminations les 5 décembre 2011 (recourante) et 17 janvier 2012 (intimée) et ont maintenu leurs conclusions.

Le 22 mai 2013, le Tribunal de céans a demandé au Service de la santé publique du Département de la santé et de l'action sociale de l'Etat de Vaud de lui communiquer la Convention vaudoise d'hospitalisation somatique aiguë 2009 (CVHo), ainsi que le montant du forfait journalier pour une hospitalisation stationnaire en clinique privée dans le canton de Vaud, à charge de l'assurance obligatoire des soins. Les documents en question lui ont été transmis. Le tribunal les a communiqués aux parties, pour information, en les informant que sauf nouvelle réquisition dans un délai échéant le 17 juin 2013, un jugement serait rendu.

La recourante s'est déterminée le 31 mai 2013, en maintenant sa requête d'expertise et ses conclusions sur le fond.

Dans son écriture du 13 juin 2013, l'intimée a confirmé les conclusions déposées en cours de procédure.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 60 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur l'obligation de l'intimée de prendre en charge les factures des 23 novembre 2009, 25 novembre 2009 et 25 janvier 2010 par les Drs X._____, B._____ et D._____, au titre de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

3. a) Aux termes de l'art. 49 al. 1 LPGA, applicable dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, conformément à l'art. 1 al. 1 LAMal, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure (art. 52 al. 1 LPGA).

b) Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1 LPGA peuvent être traitées selon une procédure simplifiée, étant précisé que l'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue (art. 51 al. 1 et 2 LPGA). Celui qui entend contester le refus (total ou partiel) de prestations communiquées par l'assurance selon une procédure simplifiée, conformément à l'art. 51 al. 1 LPGA, doit le communiquer dans un délai raisonnable. L'assurance doit alors rendre une décision formelle conformément à l'art. 49 al. 1 LPGA, qui pourra faire l'objet d'une procédure d'opposition et de recours. A défaut, le refus entre en force comme s'il avait fait l'objet d'une décision formelle restée sans opposition. Cette jurisprudence s'applique également lorsque l'assurance a statué selon une procédure simplifiée alors que les conditions posées par l'art. 49 al. 1 LPGA n'étaient pas remplies. Dans ce cas, la jurisprudence considère qu'en principe, en l'absence de réaction dans un délai d'une année, le refus total ou partiel de prestation entre en force comme si la procédure simplifiée avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145).

c) En l'espèce, l'intimée a notifié trois décomptes de prestations à la recourante, concernant les factures des Drs X._____, B._____ et D._____, les 2 janvier, 16 janvier et 27 février 2010. Il en ressort clairement que ces trois factures n'ont pas été mises à la charge de l'assurance obligatoire des soins, mais de l'assurance complémentaire Quadra+, hormis un montant de 121 fr. 40 sur la facture du Dr D._____. La recourante ne conteste pas avoir reçu ces décomptes, contre lesquels elle n'a émis aucune objection à l'époque. Elle n'a formellement contesté l'absence de prise en charge des factures mentionnées, par l'assurance obligatoire des soins, que le 21 mars 2011 (lettre du 21 mars 2011 de Me Tièche, pour la recourante, à l'intimée), voire par téléphone du 17 mars 2011. Dans l'un ou l'autre cas, un délai de plus d'une année s'était écoulé entre la contestation et le dernier décompte envoyé par l'intimée. La lettre se réfère, certes, à deux téléphones des 10 janvier et 14 février 2011 lors desquels la recourante a "annoncé sa nouvelle grossesse dont le terme est prévu début [...] prochain et pour solliciter [des] prestations au titre de la "Quadra+" selon l'art. 17 des CGA de cette assurance". On ne peut en conclure que les décomptes litigieux ont été contestés lors de ces téléphones. Il s'ensuit que faute pour la recourante d'avoir contesté en temps utile les décomptes des 2 janvier, 16 janvier et 27 février 2010, le refus de prise en charge des factures des Drs X._____, B._____ et D._____, communiqué en procédure simplifiée au sens de l'art. 51 al. 1 LPGA, est entré en force. Les conclusions de la recourante se heurtent à l'autorité de chose décidée et doivent être rejetées.

d) Au demeurant, même si l'on admettait, par hypothèse, que les décomptes litigieux ont été contestés le 10 janvier 2011 déjà, la recourante devrait se voir objecter l'autorité de chose décidée du refus de prise en charge de la facture du Dr X._____, communiquée par décompte du 2 janvier 2010. Quant aux deux autres factures, soit celles des Drs B._____ et D._____, la recourante n'aurait plus d'intérêt digne de protection à obtenir la constatation qu'elles sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins plutôt que de l'assurance complémentaire Quadra +. En effet, le décompte du 2 janvier 2010, entré

en force, laisse un solde de 670 fr. (sans compter la franchise) à la charge de cette assurance complémentaire. La recourante ne peut donc de toute façon plus se prévaloir de l'art. 17 des conditions générales applicables à cette assurance pour obtenir la prise en charge, sans franchise, de sa seconde hospitalisation en division privée en 2011. La recourante ne devrait d'ailleurs de toute façon pas pouvoir se prévaloir de cette disposition dans la mesure où elle n'était assurée auprès de la Caisse E. _____ pour l'assurance complémentaire Quadra+ privé que depuis le 1^{er} janvier 2007, soit depuis moins de cinq ans lors de sa seconde hospitalisation. Cela constitue un motif supplémentaire de considérer qu'elle n'a aucun intérêt digne de protection à la constatation de l'obligation de l'intimée de prendre en charge les factures litigieuses au titre de l'assurance obligatoire des soins plutôt que de l'assurance complémentaire LCA.

4. Indépendamment de ce qui précède, il convient également de rejeter le recours au regard des griefs présentés par la recourante sur le fond, pour les motifs ci-après:

a) Aux termes de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. L'assurance prend en charge, en particulier, les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). Il s'agit notamment des examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (art. 25 al. 2 let. a LAMal) ainsi que le séjour à l'hôpital correspondant au standard en division commune (art. 25 al. 2 let. e LAMal). En cas de maternité, l'assurance assume en plus des coûts des mêmes prestations que pour la maladie, ceux des prestations spécifiques de maternité (art. 29 al. 1 LAMal). Ces prestations comprennent:

- a. les examens de contrôle, effectués par un médecin ou une sage-femme ou prescrits par un médecin, pendant et après la grossesse;
- b. l'accouchement à domicile, dans un hôpital ou dans une maison de naissance ainsi que l'assistance d'un médecin ou d'une sage-femme;
- c. les conseils nécessaires en cas d'allaitement;
- d. les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour, tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère (art. 29 al. 2 LAMal).

b) Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 LAMal). Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des fédérations, les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion (art. 43 al. 4 LAMal). Pour les prestations stationnaires en hôpital, l'art. 49 al. 1 LAMal prévoit que les parties à une convention fixent une rémunération forfaitaire. A cette fin, les assureurs, par l'intermédiaire de santésuisse, et les fournisseurs de prestations hospitalières reconnus d'utilité publique dans le canton de Vaud ont négocié une Convention vaudoise d'hospitalisation somatique aigue (CVHo), qu'ils adaptent régulièrement. Cette convention, dont la version 2009 a été communiquée aux parties, prévoit, à son article 10, que les hôpitaux s'engagent à fournir aux patients relevant de la convention l'ensemble des prestations nécessaires au traitement de leur affection ainsi que les prestations hôtelières. Ces prestations médicales et hôtelières sont couvertes par le forfait APDRG. Ce forfait épuise toutes les prétentions de l'hôpital pour la division commune (art. 49 al. 5 LAMal). La Clinique S._____, ainsi que d'autres cliniques privées, ne sont pas parties à cette convention, qui n'est donc pas applicable en l'espèce.

c) Lors d'une hospitalisation en division privée ou semi-privée, l'assuré a droit au remboursement des frais engendrés par les prestations obligatoires nécessaires au traitement de l'affection qui, si elles n'étaient

pas octroyées dans le cadre d'un séjour en division privée ou semi-privée, seraient de toute façon dispensées dans le cadre d'un traitement en division commune (ATF 127 V 422 consid. 4c, 123 V 290 consid. 6b/dd). A cette fin, dans le canton de Vaud, le Département de la santé et de l'action sociale calcule chaque année un tarif de référence pour les assurés couverts par l'assurance obligatoire des soins et qui se font hospitaliser en clinique privée non partie à la CVHo. Il prend pour base la part du financement des patients LAMal vaudois, hospitalisés en division commune dans les hôpitaux de soins somatiques soumis à la CVHo, qui est à la charge des assureurs-maladie. Il divise le montant correspondant par le nombre de journées d'hospitalisation dans ces hôpitaux. Il en résulte un tarif journalier de référence, qui est communiqué aux assureurs-maladie, notamment par l'intermédiaire de santésuisse. Pour l'année 2009, ce montant a été fixé à 616 fr. par jour, comme cela ressort de la circulaire 1/2009 de santésuisse, produite par l'intimée, et des renseignements requis par le Tribunal de céans auprès du Service de la santé publique du Département de la santé et de l'action sociale le 22 mai 2013. Ce montant forfaitaire couvre l'intégralité des prestations médicales et hôtelières pouvant être facturées à charge de l'assurance obligatoire des soins. Le solde, résultant du choix de l'assuré de se faire hospitaliser en division privée ou semi-privée, est à la charge de l'assuré ou de son assurance complémentaire privée. Il en va en particulier des surcoûts liés au choix du médecin par le patient (sur ce point, cf. Markus Moser, Der Tarifschutz bei einer stationären Behandlung von Privatpatienten [Teil 2], in RSAS 2007 p. 452 ss, ch. 5.2.2). Il n'est pas rare, dans ce contexte, que les cliniques facturent un montant de base au patient concerné, y compris pour les prestations hôtelières excédant ce qui doit être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, et laissent le médecin traitant facturer ses propres honoraires en sus, plutôt que d'intégrer le tout dans une seule facture hospitalière.

d) En l'occurrence, la Clinique S. _____ s'en est tenue au tarif de 616 fr. par jour et a facturé, à la charge de l'assurance obligatoire des soins, un montant de 4'312 fr. pour sept jours d'hospitalisation en division privée, conformément à ce qui précède. Compte tenu des pièces au

dossier, il n'y a aucun motif de procéder à l'expertise comptable demandée par la recourante pour vérifier ce montant. En particulier, il n'y a aucun indice concret laissant penser que ce montant aurait été revu à la hausse après la signature de la CVHo 2009 le 16 janvier 2009 et que la Clinique S._____ aurait négligé de le prendre en considération pour établir sa facture à charge de l'assurance obligatoire des soins. Par ailleurs, le montant des tarifs hospitaliers et du forfait journalier à la charge de l'assurance obligatoire des soins n'est pas influencé par la fixation de primes d'assurances trop élevées par rapport aux coûts effectifs de la santé dans le canton de Vaud en 2009, contrairement à ce que laisse entendre la recourante pour justifier, dans sa dernière détermination, l'expertise qu'elle demande. C'est plutôt le montant des primes qui peut être influencé par les tarifs hospitaliers.

En réalité, la recourante met en doute la pertinence du forfait de 616 fr. par jour, car des frais supplémentaires ont été facturés directement par les Drs X._____, D._____ et B._____ et n'ont pas été intégrés dans la facture de la clinique. Mais comme on l'a vu, le forfait APDRG découlant de la CVHo 2009 épuise toutes les prétentions des hôpitaux soumis à cette convention pour la division commune; logiquement, le forfait calculé sur la base de cette convention pour établir les frais pouvant être facturés à la charge de l'assurance obligatoire des soins par les cliniques privées non parties à la CVHo inclut également l'ensemble des prestations médicales et hôtelières pouvant être facturées à l'assurance obligatoire des soins. Quand bien même les Drs X._____, D._____ et B._____ se sont référés, dans leurs factures, à la LAMal, leurs prétentions ne peuvent découler que du fait que la recourante a choisi une hospitalisation en division privée, ce qui implique un surcoût lié aux choix du médecin par son patient.

Partant, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge ces factures privées au titre de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, de sorte que les conclusions de la recourante sont mal fondées. Dans ce contexte, on précisera que ce n'est pas l'objet de la présente procédure, qui porte uniquement sur l'assurance obligatoire des

soins, de vérifier si le montant des factures complémentaires de la Clinique S._____ et des Drs X._____, D._____ et B._____, correspond bien à ce qu'ils étaient en droit de facturer pour les prestations supplémentaires fournies en raison de l'hospitalisation en division privée plutôt qu'en division commune.

5. Il s'ensuit que la décision attaquée doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). La valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr. de sorte que la procédure prévue par l'art. 94 al. 1 let. a LPA-VD est applicable.

**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 par la Caisse E._____ le 16 août 2011 est confirmée
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Tièche (pour la recourante), avocat à Lausanne,
- Caisse E. _____ (intimée), Droit et compliance, à [...],
- 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 :