

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 novembre 2013

Présidence de Mme DESSAUX, juge unique
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

J._____, à Bettens, recourante, représentée par **O.**_____, audit lieu,

et

G._____ **ASSURANCE MALADIE SA**, à Martigny, intimée.

Art. 25 al. 1 LAMal

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1929, est affiliée auprès de G. _____ Assurance maladie SA (ci-après: l'assureur) à titre de l'assurance obligatoire des soins.

L'assurée bénéficie de prothèses dentaires depuis un nombre d'années indéterminé. Elle a souffert d'un lymphome en 2008, traité par chimiothérapie. Dans un rapport médical du 11 octobre 2010, son médecin généraliste traitant, le Dr P. _____, s'est adressé au médecin-conseil de l'assureur pour observer qu'à la suite du traitement de chimiothérapie, la confection de deux nouvelles prothèses s'imposait. Dit traitement a entraîné une perte de poids très importante et un changement morphologique de la bouche.

Un devis auprès de la clinique dentaire [...] a été établi le 27 octobre 2010 pour la confection des deux nouvelles prothèses, pour un montant total de 3'587 fr. 15 comprenant le matériel et les frais de laboratoire. Les deux prothèses ont été confectionnées et posées dans le courant du dernier trimestre 2010.

Dans un premier temps, par courrier du 23 décembre 2010 adressé à ladite clinique, l'assureur a refusé la prise en charge de ce traitement dentaire. L'assureur a confirmé ce refus à l'assurée dans un courrier du 21 janvier 2011. L'assurée, agissant par son fils O. _____, a demandé à l'assureur la prise en charge des frais afférant aux prothèses.

Dans une note du 28 avril 2011, le médecin dentiste conseil de l'assureur, le Dr [...], a indiqué que les prothèses existantes étaient usées, ce qui ne résultait pas de la maladie mais d'une perte de poids. Par prise de position du 13 mai 2011, l'assureur a confirmé la prise en charge d'un montant maximum de 900 fr. correspondant au rebasage des deux prothèses de l'assurée.

Le 7 juin 2011, l'assurée a fait valoir qu'une participation à raison de 50% du coût total se justifiait, au regard de l'âge et de l'usure de la prothèse dès lors que sans la maladie et ses conséquences la prothèse dentaire n'aurait dû être changée que dans plusieurs années.

Dans une note du 30 juin 2011, le médecin dentiste conseil de l'assureur a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de participer au remplacement des prothèses mais uniquement au rebasage et que l'usure de la prothèse n'était pas prise en charge. Par courrier du 5 juillet 2011, l'assureur a informé l'assurée qu'il maintenait sa position.

Le 1^{er} octobre 2011, l'assurée a réitéré sa demande de prise en charge auprès de l'assureur. Elle a déposé un rapport du 4 juin 2012 de son médecin dentiste traitant, le Dr T._____, qui a confirmé que le remplacement des deux appareils en 2010 était dû à des problèmes d'usure mais aussi à un problème d'adaptation de ces derniers suite à une perte de poids résultant d'un lymphome.

Dans un rapport du 4 avril 2013, le Dr [...] a posé les diagnostics de lymphome traité par chimiothérapie (2008), de perte de poids et de patiente édentée appareillée à l'aide de deux prothèses dentaires complètes amovibles "usées". Il s'est prononcé en ce sens s'agissant du traitement proposé par le médecin dentiste traitant:

"Si les prothèses actuelles de la patiente ne sont plus adaptées, ce n'est pas en raison de la perte de poids consécutive au lymphome et à la chimiothérapie (2008). L'instabilité d'une ou de plusieurs prothèses dentaires est secondaire à une résorption des crêtes osseuses alvéolaires (1). Plusieurs conditions locales et générales peuvent entraîner une résorption des crêtes osseuses alvéolaires (1).

Généralement, c'est l'édentement de longue durée qui entraîne une telle résorption. Cependant, il est reconnu que l'ostéoporose associée à une malnutrition est impliqué dans une résorption de la crête osseuses alvéolaire. Un lien indirect entre la maladie (lymphome), le traitement médical (chimiothérapie) et la résorption de la crête osseuse alvéolaire peut être établi. Mais, dans ces conditions, il est recommandé d'effectuer des rebasages, c'est-à-dire des réadaptations des prothèses dentaires de telle façon à retrouver une meilleure rétention et stabilité prothétique. Refaire de nouvelles prothèses est un surtraitement qui ne garantit de plus pas

un meilleur résultat que d'effectuer une modification des prothèses existantes (rebasage).

Conclusion

Je maintiens mes avis des 30.06.2012, 28.04.2011 et 13.01.2011 et propose à l'Assureur de ne pas accepter le traitement proposé par le Dr T._____ (Médecin-dentiste à A._____). Par contre, l'Assureur peut entrer en matière pour la prise en charge de deux rebasages de prothèses complètes pour un montant de 900 CHF".

Par décision du 15 avril 2013, l'assureur a refusé de prendre en charge la confection de nouvelles prothèses devisées à 3'587 fr. 15 par la clinique dentaire A._____, mais a accepté la prise en charge de deux rebasages des prothèses complètes pour un coût estimé à 900 francs. Se référant à l'avis de son médecin conseil, l'assureur a relevé en particulier que la confection de nouvelles prothèses consiste en un surtraitement ne garantissant pas un meilleur résultat que la modification des prothèses existantes sous la forme de rebasage.

Le 16 mai 2013, l'assurée a formé opposition contre cette décision, en réclamant la prise en charge des nouvelles prothèses. Elle a expliqué qu'elle avait subi de nombreuses chimiothérapies depuis le début de son lymphome et qu'elle avait déjà fait rebaser à deux reprises ses appareils dentaires, de surcroît à ses frais. Ayant perdu la moitié de son poids, elle était obligée de refaire de nouvelles prothèses pour pouvoir se nourrir à nouveau.

Le cas a nouvellement été soumis au Dr [...], qui dans une prise de position du 23 mai 2013 a rendu un avis identique à celui qu'il avait formulé en date du 4 avril 2013.

Dans un rapport du 29 mai 2013 adressé à l'assureur, le Dr P._____ a notamment relevé ce qui suit:

"Je suis particulièrement étonné de votre refus de prise en charge puisque vous établissez clairement un lien entre la maladie de la patiente et l'instabilité de ses prothèses dentaires. Votre argumentation est basée sur le fait que Mme J._____ a bénéficié d'une nouvelle prothèse et non pas d'un rebasage prothétique. Je ne

suis pas expert en la matière mais suis surpris que la décision thérapeutique de la clinique dentaire [...] à Vevey soit remise en question. Je ne peux simplement que constater que Mme J._____ avait effectivement de grandes difficultés d'alimentation avec son ancienne prothèse et qu'elle a bénéficié favorablement de la nouvelle et ainsi pu améliorer considérablement son alimentation. Je vous prie donc d'entrer en matière pour un remboursement partiel ou complet de ce traitement dentaire".

Par décision sur opposition du 5 juin 2013, G._____ Assurance maladie SA a maintenu sa position. Se référant à l'avis de son médecin conseil, l'assureur a relevé en particulier que si les prothèses n'étaient plus adaptées, ce n'était pas en raison de la perte de poids consécutive au lymphome et à la chimiothérapie mais à une résorption des crêtes osseuses alvéolaires. Dès lors, c'est à juste titre que la prise en charge de la confection de nouvelles prothèses dentaires complètes avait été refusée, au profit de deux rebasages des prothèses existantes pour un coût estimé à 900 francs.

Dans un courrier du 13 juin 2013, le Dr Y._____, spécialiste en médecine interne et en infectiologie, a indiqué qu'il soutenait totalement la demande formelle de traitement dentaire, qui relevait effectivement des suites d'une maladie. Ce médecin se basait sur la connaissance de l'assurée, qu'il avait suivie jusqu'en 2009 avant de l'adresser au Dr P._____.

B. Par acte du 6 juillet 2013, agissant par son fils O._____, l'assurée a recouru contre la décision sur opposition du 5 juin 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle soutient qu'elle souffre d'un cancer de la lymphe depuis plus de 15 ans et a subi de nombreuses chimiothérapies entraînant une perte de poids importante et un rétrécissement des os. Ses prothèses dentaires, après deux rebasages, ont dû être refaites à cause de flottements de celles-ci suite à la résorption de la crête osseuse.

La recourante a déposé un rapport du 11 juillet 2013 du Dr T._____, qui a relevé que l'assurée avait perdu un poids considérable. Lors d'une consultation le 16 juillet 2010, l'assurée présentait deux

anciennes prothèses qui ne coupaient plus les aliments et ne tenaient plus malgré les rebasages; comme elle n'arrivait plus à se nourrir normalement, il avait été décidé de refaire deux nouvelles prothèses.

Dans sa réponse du 13 août 2013, l'assureur a conclu au rejet du recours. Il relève d'une part que la maladie et le traitement par chimiothérapie ont entraîné une perte de poids très importante et un changement de la morphologie de la bouche, d'autre part que les prothèses de la recourante sont usées et plus adaptées. Dès lors qu'un traitement médical doit être efficace, approprié et économique, il convient de suivre l'avis du dentiste conseil de l'assureur - et non du médecin dentiste traitant - selon lequel un rebasage des prothèses est suffisant. C'est donc à juste titre que l'assureur a refusé de prendre en charge la confection de nouvelles prothèses dentaires au profit de deux rebasages des prothèses existantes pour un coût estimé à 900 francs.

Invitée à déposer une réplique, la recourante ne s'est pas déterminée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, et le représentant a procédé au bénéfice d'une procuration. En vertu de l'art. 61 let. b 1^{ère} phrase LPGA, l'acte de recours

doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions. Cette exigence de recevabilité était indiquée dans la décision attaquée. La motivation du présent recours est des plus sommaires. En substance, la recourante se limite à exposer les faits, à renvoyer aux écrits de ses deux médecins et à ce qu'il soit fait droit à ses prétentions auprès de l'assureur. Il n'est pas certain que, d'un point de vue formel, l'acte de recours satisfasse aux exigences de l'art. 61 let. b LPGA. Cette question peut toutefois demeurer indécise car on comprend en définitive ce que demande la recourante et quels sont ses griefs. Dès lors que la Cour peut entrer en matière, il n'y a pas lieu d'impartir à la recourante un délai supplémentaire pour compléter son recours, sous peine d'irrecevabilité, sur la base de l'art. 61 let. b 2^{ème} phrase LPGA.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, 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 al. 1 let. a LPA-VD). Au vu du prix final du traitement médical contesté, la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., de sorte que la cause relève de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. En l'espèce, est litigieux le refus de la prise en charge par l'assureur-maladie de la confection de deux nouvelles prothèses dentaires au profit du rebasage des prothèses existantes.

3. a) Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. L'art. 32 al. 1 LAMal prévoit que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. Ces trois critères constituent les conditions générales de la prise en charge des soins (TFA K 42/00 du 21 septembre 2000 consid. 2d).

L'efficacité est une appréciation de fait, d'ordre médical, qui doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1, 2^{ème} phrase, LAMal). Une prestation est efficace, au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 130 V 299 consid. 6.1; 130 V 532 consid. 2.2; 128 V 159 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 279 consid. 2b).

La question du caractère approprié de la prestation s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 130 V 299 consid. 6.1; 130 V 532 consid. 2.2; 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale: lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 130 V 532 consid. 2.2; 125 V 95 consid. 4a; TF 9C_912/2010 du 31 octobre 2011 consid. 3.2; RAMA 2000 n° KV 132 p. 279 consid. 2c). Ces critères doivent également s'appliquer lorsqu'il s'agit de déterminer, sous l'angle de l'efficacité, laquelle de deux mesures médicales entrant alternativement en ligne de compte doit être choisie au regard de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 299 consid. 6.1; TFA K 147/05 du 7 août 2006 consid. 2.3; TFA K 94/04 du 26 septembre 2005 consid. 3.2; TFA K 42/00 du 21 septembre 2000 consid. 2d).

L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses (art. 56 al. 2 LAMal); ils y sont d'ailleurs obligés, dès lors qu'ils sont tenus de veiller au respect du principe de l'économie du traitement (ATF 127 V

43 consid. 2b et les références citées; TF 9C_1008/2012 du 9 mai 2013 consid. 4.2; TFA K 35/04 du 29 juin 2004 consid. 3).

Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre assureurs et fournisseurs de soins; il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 43 consid. 2b; 125 V 98 consid. 2b et les références citées; TFA K 35/04 du 29 juin 2004 consid. 3). Le critère de l'économicité concerne ainsi le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 130 V 532 consid. 2.2; 127 V 138 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 109 consid. 3.1.2). Si plusieurs traitements sont donc envisageables, il y a lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices du traitement; si l'un d'entre eux permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais du traitement le plus onéreux (ATF 128 V 54 consid. 2; 124 V 196 consid. 3 et les références citées; TF 9C_621/2012 du 3 avril 2013 consid. 5.1).

b) Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Est réputée maladie au sens de l'art. 3 LPGa toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. L'atteinte à la santé doit atteindre un certain niveau de gravité, pour valoir comme maladie. La nécessité d'un traitement au sens de l'art. 3 LPGa existe lorsque l'atteinte à la santé limite les fonctions corporelles ou psychiques dans une telle mesure que le patient a besoin d'aide médicale, que le rétablissement sans aide médicale ne pourrait vraisemblablement pas être atteint ou pas dans un délai convenable, ou lorsqu'il ne peut pas être exigé du patient de vivre sans au moins une tentative de traitement.

En cas de soins dentaires, il y a atteinte à la santé, et donc maladie, lorsque l'assuré ne peut pas accomplir de façon satisfaisante des fonctions essentielles comme broyer, mordre, mastiquer et articuler (ATF 125 V 16 consid. 3).

Selon l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires:

- a. s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou
- b. s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou
- c. s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles.

Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en liaison avec l'art. 33 let. d OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102), le Département fédéral de l'intérieur a édicté les art. 17, 18 et 19 OPAS (ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie; RS 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 let. a à c LAMal.

c) Selon le principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 première phrase LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés, c'est-à-dire au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2; TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). La portée du principe inquisitoire est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être

exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; TF 9C_978/2010 du 14 avril 2011 consid. 4.1).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2; TFA I 32/05 du 20 mars 2006 consid. 5.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont

généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b et les références citées; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) Dans le cas présent, aucune pièce médicale ne fait directement état du diagnostic d'une maladie au sens des art. 17 ss OPAS. En revanche, l'assureur ne conteste pas dans sa décision sur opposition qu'il existe une affection entrant dans le champ d'application de l'art. 31 al. 1 LAMal, affection qui dans le cas particulier pourrait éventuellement correspondre à une ostéopathie des maxillaires au sens de l'art. 17c ch. 3 OPAS.

L'assureur fonde le refus des prestations requises sur l'art. 32 al. 1 LAMal, plus particulièrement sur le critère de l'économicité. Il convient en l'espèce d'examiner, sur la base des documents médicaux au dossier, si la pose de nouvelles prothèses en lieu et place du rebasage des prothèses existantes, répond aux exigences d'un traitement efficace, approprié et économique.

Préliminairement, il ne saurait être tenu compte du courrier du 13 juin 2013 du Dr Y._____, dans la mesure où il s'agit plus d'un message de soutien que d'un rapport médical, émanant de surcroît d'un médecin qui n'était plus consulté par la recourante lors des faits litigieux.

Dans ses rapports des 1^{er} octobre 2011 et 11 juillet 2013, le Dr T._____ motive certes la pose des deux nouvelles prothèses dentaires. En revanche, il ne se prononce pas sur l'efficacité et l'économicité d'un rebasage des prothèses comparativement à la pose de nouvelles prothèses, étant précisé que lorsqu'il mentionne dans son rapport du 11 juillet 2013 que les deux anciennes prothèses ne tenaient plus malgré les rebasages, il se réfère à une consultation du 16 juillet 2010 et par conséquent à des rebasages antérieurs à cette date. Il ne relève au demeurant pas qu'un nouveau rebasage aurait été médicalement ou techniquement exclu.

Quant au Dr P._____, dans son rapport du 29 mai 2013, il constate une amélioration considérable de l'alimentation de la recourante depuis le port des nouvelles prothèses sans procéder à un quelconque examen comparatif avec une mesure de rebasage, précisant n'être pas expert en la matière et se déclarant surpris de la remise en question de la décision thérapeutique de la clinique dentaire A._____. Au demeurant, l'avis des Drs P._____ et T._____, en tant que médecin généraliste traitant et médecin dentiste traitant de l'assurée, doivent être appréciés avec les réserves d'usage.

Au vu des conclusions dûment motivées du Dr [...] telles qu'elles ressortent plus particulièrement du rapport du 4 avril 2013, il apparaît que ni la pose de deux nouvelles prothèses dentaires, ni un rebasage prothésique ne sont des mesures susceptibles d'être contestées sous l'angle du critère de l'efficacité ou sous celui du caractère approprié du point de vue thérapeutique. Par ailleurs, ni le médecin dentiste, ni le médecin généraliste traitant de la recourante n'apportent d'éléments démontrant que la pose de deux nouvelles prothèses dentaires l'emporterait sur un rebasage prothésique en procurant à leur patiente un bénéfice thérapeutique supérieur, respectivement en réduisant plus efficacement un éventuel risque thérapeutique.

La prise en charge de la prestation de rebasage des prothèses au détriment de celle de pose de deux nouvelles prothèses doit donc être examinée exclusivement sous l'angle du critère de l'économicité. En l'occurrence, la différence de prix ne souffre aucune discussion et l'intimée non seulement pouvait mais encore se devait de ne prendre en charge que le coût du rebasage.

b) C'est donc à juste titre que l'intimée a refusé la prise en charge de la confection de nouvelles prothèses dentaires complètes. Partant, le recours doit être rejeté, ce qui conduit à la confirmation de la décision attaquée rendue par l'assureur.

5. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 5 juin 2013 par G. _____ Assurance maladie SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- O. _____ (pour J. _____)
- G. _____ Assurance maladie SA
- Office fédéral de la santé publique de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :