

VD_GERICHTE ZE14.049066 vom 22. Oktober 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-10-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE14.049066

FR: VD_GERICHTE ZE14.049066 du 22 octobre 2015

IT: VD_GERICHTE ZE14.049066 del 22 ottobre 2015

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AM 45/14 - 43/2015 ZE14.049066 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 22 octobre 2015 _____ Composition : Mme BRÉLAZ
BRAILLARD, juge unique Greffière : Mme Preti ***** Cause pendante entre :
A.Q. _____, à [...], recourante, et N. _____ SA, Service juridique, à [...], intimée.
_____ Art. 24, 32 et 34 LAMal ; 36 OAMal 403

- 2 - E n f a i t : A. A.Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est affiliée auprès de N. _____ SA (ci-après : N. _____ SA ou l'intimée) 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). Par courrier du 17 juin 2014 à N. _____ SA, l'assurée a transmis un rapport médical établi à l'entête du V. _____ par le Dr F. _____, au Sri Lanka, lequel concernait un traitement dispensé du 26 au 30 mai 2014 pour une intoxication alimentaire (diarrhée infectieuse) d'un montant total de 161'500 LKR (roupie srilankaise). Le 30 juin 2014, N. _____ SA a fait parvenir à l'assurée un questionnaire intitulé « traitement médical à l'étranger », qu'elle a retourné dûment rempli, sans y noter de date. Elle évoquait s'être rendue au Sri Lanka du 23 mai au 8 juin 2014 en raison du décès de son grand-père. Dans un courrier du 31 juillet 2014 à l'assurée, N. _____ SA a indiqué qu'elle avait mandaté un partenaire d'assistance à l'étranger afin de vérifier les tarifs pratiqués par les fournisseurs de soins consultés. La société Y. _____ a établi un rapport le 13 août 2014 intitulé « vérification de facturation à l'étranger » concernant l'assurée (ainsi que son mari, K. _____, son père, B.Q. _____ et sa mère, C.Q. _____, affiliés auprès de N. _____ SA également), dont la teneur était notamment la suivante : « 01. Le centre médical/centre hospitalier/cabinet médical/existe-t-il ? Oui le « V. _____ » à [...] existe. Il s'agit d'un centre médical, situé à l'étage d'un petit immeuble rénové en 2010, qui se compose de 4 pièces. 02. Le médecin facturant y exerce-t-il régulièrement son activité? Le Dr [...] y travaillait chaque jour et il est maintenant remplacé par le Dr F. _____ qui y travaille tous les jours à partir de 16h00. Ce

- 3 - médecin travaille également pour l'hôpital public de [...] qui se trouve dans les environs du « V. _____ ». 03. Existe-t-il un site Internet de référence pour ce centre médical/centre hospitalier/cabinet médical? Si oui, quelle est l'adresse Internet? Non, il n'existe aucun site internet de cet établissement. 04. Le centre médical/centre hospitalier/cabinet médical/ est-il équipé pour dispenser le traitement facturé? Non, le « V. _____ » n'est pas équipé, notamment pour les traitements d'urgence, pas même avec de l'oxygène. Il existe deux pièces séparées dans lesquelles seuls des patients présentant des pathologies simples sont soignés. Il y a aussi deux infirmières qui y travaillent et la nuit, aucun médecin n'est présent. Aucun dispositif médical tel qu'un appareil à ultrasons n'est disponible dans ce centre. 05. L'assuré(e) a-t-il (elle) été en traitement chez le médecin

facturant/centre médical/centre hospitalier/cabinet médical aux dates mentionnées sur la (les) facture(s)? Cela ne peut pas être prouvé (nous n'avons pas pu obtenir une copie du dossier médical des assurés, ni de quittance de paiement, etc.) 06. S'agit-il d'un traitement vraiment urgent ou celui-ci aurait pu être différé et planifié ultérieurement? Cela ne peut pas être prouvé étant donné que nous n'avons pas pu obtenir de preuves auprès du médecin. 07. Le traitement facturé correspond-il aux déclarations du médecin facturant ou de son remplaçant? Non, cela ne correspond pas aux prix courants dans le pays. 08. Les médicaments prescrits (s'il y en a) correspondent-ils au traitement dispensé? 09. Le traitement et sa durée correspondent-ils au diagnostic fourni? Le traitement n'est pas en adéquation avec le diagnostic posé. 10. Avons-nous reçu des fausses factures? Si oui, quelles sont les preuves qui confirment cela? Il ne nous est pas possible de le prouver. 11. Sommes-nous en présence d'une surfacturation manifeste ? Si oui, quels sont les tarifs locaux pour le traitement facturé? Oui, les prix pratiqués ne correspondent pas aux prix réellement appliqués par l'établissement et dans le pays en général. Exemple : le prix de la consultation est affiché à 13.50 CHF (2000.00 LKR) dans le cabinet 12. Remarques Nous avons plusieurs cas de surfacturation avérées au «V. _____ » et présentant les mêmes diagnostics (infection à la jambe gauche) ainsi que les mêmes traitements.»

- 4 - Le relevé des tarifs du V. _____ réalisé par Y. _____ daté du 13 août 2014 montrait les prix suivants : « 11. Haben wir überfakturierte Rechnungen erhalten ? Wenn ja, wie ist der lokale Tarif für die fakturierte Behandlung ? Ja, die Rechnung ist überfakturiert. Folgend die korrekten Preise für das V. _____ : Leistung Realer Preis/ Realer Preis Verrechn. Tag in LKR / 8 Tage in Betrag (8 LKR Tage – in LKR) Zimmerkosten 500.00 4'000.00 36'000.00 Medizinische 2'000.00 16'000.00 50'000.00 Betreuung inkl. Arzthonorar Essen Nicht - 6'800.00 vorhanden Untersuchungen - 4'020.00 – keine Details - > keine Leistungen Medikamente*, Max. 86'870.00 inkl. 25'000.00 Spitalkosten *bei einer Abgrabe 3x tägl./Woche » Dans un courriel du 26 septembre 2014 à N. _____ SA, une spécialiste « Fraud & Recovery » a notamment écrit ce qui suit : « Madame, Comme convenu par téléphone le 20.08.2014 nous avons seulement posé quelques questions à notre agent pour la vérification de factures pour la famille [...], vu que nous avons déjà fait plusieurs vérifications pour ce centre médical au Sri Lanka. Selon les rapports et les factures de la famille [...], ils ont été hospitalisés comme suit : Nom Numéro Date Diagnostic Frais LKR Frais de d'hospitalisation USD police B.Q. _____ [...] 29.5. – 3.6.2014 Infection 145'900.00 1'118.00 des voies respiratoires K. _____ [...] 26.-29.5.2014 Intoxication 128'000.00 981.00 alimentaire C.Q. _____ [...] 31.5.-4.6.2014 Cellulite 169'550.00 1'300.00 jambe droite

- 5 - A.Q. _____ [...] 26.-30.5.2014 Intoxication 161'500.00 1'238.00 alimentaire Pour obtenir les informations sur le centre médical « V. _____ » à [...], nous vous annexons le rapport de la vérification précédente dans ce centre médical pour Monsieur [...]. Dans les cas précédents pour ce centre médical c'était toujours le Dr. [...] qui a signé les « factures », maintenant c'est le Dr. [...]. Ce médecin travaille aussi pour le V. _____ chaque jour à partir de 16.00 heures. Avant 16.00 heures, il travaille au « [...] » qui n'est pas loin du V. _____. Comme déjà informé, ce centre médical n'est pas équipé pour pouvoir traiter les urgences et il n'est pas possible non plus d'hospitaliser des patients dans le V. _____. En outre, il s'agit de surfacturations pour chaque cas. Un traitement dans ce cabinet médical coûte au maximum USD 230.00. Il n'y a pas de facture officielle, pas de quittance, pas de preuve de paiement non plus. » Par décision formelle du 8 octobre 2014, N. _____ SA a

refusé la prise en charge du traitement médical dispensé à l'assurée du 26 au 30 mai 2014 au Sri Lanka à la suite d'une intoxication alimentaire pour un montant de 161'500 LKR, soit 1'082 fr. 05. N. _____ SA a estimé que le centre médical en question n'était pas équipé pour traiter les urgences et qu'il n'était pas possible d'y être hospitalisé, qu'aucun document n'attestait le paiement des notes d'honoraires et que les soins étaient surfacturés. N. _____ SA a remis à l'assurée un décompte de prestations n° [...] du 10 octobre 2014 pour un montant non reconnu de 1'082 fr. 05 correspondant au traitement effectué au Sri Lanka du 26 au 30 mai 2014. Le 15 octobre 2014, l'assurée (ainsi que son mari et ses parents) s'est opposée à la décision de N. _____ SA du 8 octobre 2014, faisant valoir qu'ils s'étaient rendus à l'hôpital non pas pour une urgence, mais pour une maladie et que les prix étaient raisonnables par rapport à ceux pratiqués en Suisse. Etait notamment jointe une lettre du médecin de l'hôpital confirmant l'hospitalisation de l'assurée au V. _____ pour une intoxication alimentaire du 26 mai au 31 mai 2014, ainsi qu'une attestation de la « [...] » du 10 octobre 2014 signée par [...] indiquant que

- 6 - B.Q. _____ lui avait emprunté une somme de 500'000 LKR, le 2 juin 2014, lorsqu'il se trouvait au Sri Lanka. Par décision sur opposition du 7 novembre 2014, N. _____ SA a rejeté l'opposition et confirmé le refus de prendre en charge la somme de 1'082 fr. 05 relative au traitement médical du 26 au 30 mai 2014 au Sri Lanka. Dans un rapport du 9 février 2015, le Dr C. _____, médecin- conseil de N. _____ SA, a fait les constatations suivantes : « Chronologie/diagnostics : La patiente est une femme de 26 ans, hospitalisée du 26 au 30 mai 2014 en raison d'une intoxication alimentaire avec diarrhée infectieuse (food poisoning – infective diarrhea). La patiente aurait présenté de la fièvre (sans mesure), des nausées et vomissements, ... Après une première consultation auprès du Dr F. _____, celui-ci décide de l'hospitalisation de la patiente (du 26 au 30 mai 2014 ou 31 mai 2014, les documents ne sont pas clairs). Remarques : Je relève qu'aucun contrôle de la température n'a été effectué pour cette patiente, ce qui est inconcevable lorsque le diagnostic posé est celui de diarrhée infectieuse et qu'une fièvre est constatée. Les analyses effectuées ne démontrent aucune infection. Et des analyses urinaires ne sont pas du tout utiles pour diagnostiquer une intoxication alimentaire. Elles ne permettent pas non plus d'adapter le traitement. Les analyses sanguines ne démontrent aucune infection et il est difficile de comprendre pour quelle raison elles ont été effectuées et de plus quotidiennement, au vu du diagnostic posé. Une hospitalisation n'était de toute manière pas nécessaire au vu du dossier ». B. Par acte du 24 novembre 2014, A.Q. _____ a recouru contre la décision sur opposition rendue par N. _____ SA le 7 novembre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à la prise en charge des frais à hauteur de 1'082 fr. 05 pour le traitement dispensé au Sri Lanka. En substance, elle fait valoir qu'elle a fourni toutes les pièces requises, notamment une lettre du Dr F. _____ et des photos de l'hôpital pour prouver son droit au remboursement des frais. Elle produit en outre la facture officielle rédigée à son nom.

- 7 - Dans sa réponse du 12 février 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Elle a retenu que l'hospitalisation et les postes facturés pour le suivi médical de la recourante n'avaient pas été prouvés au degré de la vraisemblance prépondérante et qu'en tous les cas ils étaient surfacturés, que le cas ne présentait pas d'urgence particulière et que le traitement dispensé ne répondait pas aux principes d'économie, d'adéquation et d'efficacité. Dans leurs déterminations des 16 mars et 20 avril 2015, la recourante et l'intimée ont maintenu leur position respective. Par

courrier du 25 août 2015, la juge instructeur a requis de l'intimée qu'elle produise le rapport d'Y. _____ (anonymisé) dont il était fait référence dans le courriel du 26 septembre 2014 de Mme [...] à Mme [...], ainsi que tout autre document utile. Les 2 et 10 septembre 2015, l'intimée a transmis des rapports du 13 août et 10 novembre 2014 concernant le V. _____, ainsi qu'une attestation des [...] du 6 septembre 2014 mentionnant que l'établissement n'était pas totalement équipé pour traiter les cas urgents, qu'il n'y avait pas de médecin durant la nuit pour surveiller le patient et que le traitement avait été surfacturé. Le 23 septembre 2015, la recourante a maintenu sa position. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal). 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).

- 8 - En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 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). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée, au titre de l'assurance obligatoire des soins, des frais liés à l'hospitalisation de la recourante au Sri Lanka du 26 au 30 mai 2014, à hauteur de l'082 fr. 05. 3. a) En vertu de l'art. 24 LAMaI, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMaI. Conformément à l'art. 25 al. 1 LAMaI, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés en milieu hospitalier, ainsi que les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin (al. 2 let. a et b). L'art. 32 al. 1, 1ère phrase LAMaI précise que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 de cette loi doivent être efficaces, appropriées et économiques. Selon l'art. 34 al. 2 LAMaI, le Conseil fédéral peut décider de la prise en charge, par l'assurance obligatoire des soins, des coûts des prestations prévues aux art. 25 al. 2 ou 29 LAMaI fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Se fondant sur cette délégation de

- 9 - compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMaI (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), intitulé « Prestations à l'étranger ». Aux termes de l'al. 1 de cette disposition, le département désigne, après avoir consulté la commission compétente, les prestations prévues aux art. 25 al. 2 et 29 LAMaI dont les coûts occasionnés à l'étranger sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins lorsqu'elles ne peuvent être fournies en Suisse. L'art. 36 al. 2 OAMaI dispose en outre que l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié. Ce qui est donc déterminant, c'est que l'assuré ait subitement besoin et de manière imprévue d'un

traitement à l'étranger ; il faut que des raisons médicales s'opposent à un report du traitement et qu'un retour en Suisse apparaisse inapproprié (TF 9C_11/2007 du 4 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées). Pour le surplus, la prise en charge de toute prestation demeure soumise aux principes généraux d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (cf. art. 32 LAMaI). Une prestation est efficace 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 128 V 159 consid. 5c/aa). La question de son caractère approprié 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 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 125 V 95 consid. 4a). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes

- 10 - et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 138 consid. 5). b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. aussi ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; TF 9C_995/2010 du 1er décembre 2011 consid. 3.2). c) La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire. D'après ce principe, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée 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 être raisonnablement 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 précité consid. 2 et les références ; cf. aussi ATF 130 I 180 consid. 3.2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 4. En l'espèce, la recourante soutient qu'elle s'est rendue avec son mari, K._____, ainsi que ses parents, C.Q._____ et B.Q._____, au Sri Lanka du 23 mai au 8 juin 2014 en raison du décès de son grand-père. Sur place, elle aurait été hospitalisée du 26 au 30 mai 2014 au V._____ à cause d'une intoxication alimentaire. Les traitements médicaux reçus dans ce cadre s'élèveraient à 1'082 fr. 05. Les membres de sa famille qui séjournaient avec elle au Sri Lanka auraient également été hospitalisés

- 11 - pendant la même période dans cet établissement. En effet, selon les informations au dossier, son mari aurait été hospitalisé du 26 au 29 mai 2014 pour une intoxication alimentaire, sa mère du 31 mai au 4 juin 2014 pour une cellulite (infection) à la jambe droite, ainsi que son père du 29 mai au 3 juin 2014 pour une infection des voies respiratoires basses. L'intimée a mandaté un partenaire d'assistance à l'étranger afin de vérifier les soins invoqués par la recourante et sa famille. Il s'est avéré que l'établissement en cause, le

V._____, avait déjà fait l'objet de plusieurs investigations. Selon les pièces au dossier (cf. notamment les rapports d'Y._____ des 13 août et 10 novembre 2014, le courriel du 26 septembre 2014 d'une spécialiste « Fraud & Recovery » à N._____SA et l'attestation des [...] du 6 septembre 2014) le V._____ ne disposait pas de l'infrastructure nécessaire pour envisager l'hospitalisation de patients et il n'était pas équipé pour gérer les urgences, à défaut notamment de dispositif médical suffisant, tels que de l'oxygène ou appareil à ultrasons. L'établissement se composait de quatre pièces, dont seulement deux séparées permettaient de soigner des patients avec des pathologies simples. Il n'y avait au demeurant aucun médecin présent avant 16 heures ni pendant la nuit. On constate également que les postes de facturation de la quittance produite par la recourante ne permettent pas la facturation de journée d'hospitalisation, la rubrique « channel fees » ayant été tracée et remplacée à la main par « ward fees ». Selon les rapports d'Y._____ des 13 août et 10 novembre 2014, il n'a en outre pas été possible de récolter sur place une preuve de l'hospitalisation sous forme d'inscription ou de quittance de paiement. Enfin, les pièces au dossier ont démontré que les prix des traitements avaient été surfacturés par rapport à ceux généralement pratiqués dans le pays (cf. infra). Ces éléments, ainsi que la très faible probabilité que quatre membres de la famille soient hospitalisés chacun leur tour dans un laps de temps de dix jours pour des affections différentes, font sérieusement douter de la réalité des soins médicaux invoqués. L'argumentation et les pièces produites par la recourante ne permettent pas non plus de rendre ses allégations vraisemblables. En effet, les photos de qualité médiocre

- 12 - qui montrent une infirmière dans un couloir, un point de vue de l'établissement depuis l'extérieur, ainsi qu'une pièce avec un lit et un matériel médical vétuste, sont loin de démontrer une véritable prise en charge. Dans ces circonstances, la recourante n'a pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle ait été hospitalisée du 26 au 30 mai 2014 au Sri Lanka pour une intoxication alimentaire. L'intimée était donc légitimée à refuser le remboursement desdits frais médicaux. Il convient d'ajouter qu'à supposer que le traitement auprès du V._____ ait été établi, il ne répondrait en tous les cas pas aux exigences générales d'efficacité, d'adéquation et d'économicité au sens de l'art. 32 LAMal. En effet, de l'avis du médecin-conseil de l'intimée, une hospitalisation de cinq jours était inadéquate pour un problème d'intoxication alimentaire et de diarrhée, et il n'était pas nécessaire d'effectuer des analyses urinaires pour poser le diagnostic ou pour adapter le traitement, ni de réaliser des analyses sanguines quotidiennement. Il regrettait aussi l'absence de prise de la température, alors qu'il était indiqué que la recourante avait eu de la fièvre. En outre, il convient d'admettre que le traitement facturé ne correspond pas aux prix courants pratiqués dans l'établissement en question et dans le pays en général. Les tarifs indiqués au sein du V._____ prévoient 500 LKR pour une chambre, 2'000 LKR pour une consultation médicale et un forfait maximal de 25'000 LKR pour les médicaments comprenant les frais d'hôpitaux et portant sur une prise de médicament trois fois par jour sur une durée d'une semaine (cf. rapport d'Y._____ du 13 août 2014). Or le détail des prestations figurant dans le rapport médical du Dr F._____ indique un montant de 4'500 LKR pour une consultation médicale, 5'000 LKR pour une chambre, puis un montant total de 161'500 LKR. Des frais de repas pour une somme de 15'000 LKR figurent également sur la facture alors que l'établissement ne prévoit pas ce type de service. Une attestation des [...] du 6 septembre 2014 produite par l'intimée a au demeurant confirmé la surfacturation des prix dans cet établissement. Dans ces circonstances, l'intimée était légitimée à refuser la prise en charge du montant de 1'082 fr. 05 pour ces raisons également.

- 13 - 5. a) Il résulte de ce qui précède que la décision sur opposition du 7 novembre 2014, par laquelle N._____SA a confirmé son refus de prise en charge d'un montant de 1'082 fr. 05 relatif à l'hospitalisation du 26 au 30 mai 2014 de la recourante au Sri Lanka pour une intoxication alimentaire, échappe à la critique. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause et n'étant pas représentée par un mandataire professionnel (art. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 7 novembre 2014 par Philos Assurance Maladie SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. La juge unique : La greffière :

- 14 - Du L'arrêt qui précède est notifié à : - A.Q._____, - Philos Assurance Maladie SA, - 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.