

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 octobre 2015

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, juge unique  
Greffière : Mme Preti

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**V.** \_\_\_\_\_ **SA**, Service juridique, à [...], intimée.

---

**Art. 24, 32 et 34 LAMal ; 36 OAMal**

## **E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est affilié auprès de V. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : V. \_\_\_\_\_ 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 V. \_\_\_\_\_ SA, l'assuré a transmis un rapport médical établi au S. \_\_\_\_\_ par le Dr H. \_\_\_\_\_, au Sri Lanka, lequel concernait un traitement dispensé du 26 au 29 mai 2014 pour une intoxication alimentaire d'un montant total de 128'000 LKR (roupie srilankaise).

Le 30 juin 2014, V. \_\_\_\_\_ SA a fait parvenir à l'assuré un questionnaire intitulé « *traitement médical à l'étranger* », qu'il a retourné dûment rempli, sans y indiquer de date. Il évoquait s'être rendu au Sri Lanka du 23 mai au 8 juin 2014 en raison du décès du grand-père de sa femme.

Par courrier du 31 juillet 2014 à l'assuré, V. \_\_\_\_\_ 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 A. \_\_\_\_\_ SA a établi un rapport le 13 août 2014 intitulé « *vérification de facturation à l'étranger* » concernant l'assuré (ainsi que sa femme, B. \_\_\_\_\_, son beau-père, Q. \_\_\_\_\_, et sa belle-mère, C. \_\_\_\_\_, affiliés auprès de V. \_\_\_\_\_ SA également) dont la teneur était notamment la suivante :

**« 01. Le centre médical/centre hospitalier/cabinet médical/existe-t-il ?**

Oui le «S. \_\_\_\_\_ » 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 H. \_\_\_\_\_ qui y travaille tous les jours à partir de 16h00. Ce médecin travaille également pour l'hôpital public de [...] qui se trouve dans les environs du «S. \_\_\_\_\_».

**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 «S. \_\_\_\_\_» 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 facturateur/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 facturateur 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 «S.\_\_\_\_\_» et présentant les mêmes diagnostics (infection à la jambe gauche) ainsi que les mêmes traitements.»

Le relevé des tarifs du S.\_\_\_\_\_ réalisé par A.\_\_\_\_\_SA 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 S.\_\_\_\_\_ :

<b>Leistung</b>	<b>Realer Preis/ Tag in LKR</b>	<b>Realer Preis / 8 Tage in LKR</b>	<b>Verrechn. Betrag (8 Tage - in LKR)</b>
Zimmerkosten	500.00	4'000.00	36'000.00
Medizinische Betreuung inkl. Arzthonorar	2'000.00	16'000.00	50'000.00
Essen	Nicht vorhanden	-	6'800.00
Untersuchungen - keine Details - > keine Leistungen		-	4'020.00
Medikamente*, inkl. Spitalkosten	Max. 25'000.00		86'870.00

\*bei einer Abgabe 3x tägl./Woche »

Dans un courriel du 26 septembre 2014 à V.\_\_\_\_\_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 :

<b>Nom</b>	<b>Numéro de police</b>	<b>Date d'hospitalisation</b>	<b>Diagnostic</b>	<b>Frais LKR</b>	<b>Frais USD</b>
Q._____	[...]	29.5. - 3.6.2014	Infection des voies respiratoires	145'900.00	1'118.00

M._____	[...]	26.-29.5.2014	Intoxication alimentaire	128'000.00	981.00
C._____	[...]	31.5.-4.6.2014	Cellulite jambe droite	169'550.00	1'300.00
B._____	[...]	26.-30.5.2014	Intoxication alimentaire	161'500.00	1'238.00

Pour obtenir les informations sur le centre médical «S.\_\_\_\_\_» 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 S.\_\_\_\_\_ chaque jour à partir de 16.00 heures. Avant 16.00 heures, il travaille au « [...] » qui n'est pas loin du S.\_\_\_\_\_.

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 S.\_\_\_\_\_.

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, V.\_\_\_\_\_SA a refusé la prise en charge du traitement médical dispensé à l'assuré du 26 au 29 mai 2014 au Sri Lanka à la suite d'une intoxication alimentaire pour un montant de 128'000 LKR, soit 857 fr. 60. V.\_\_\_\_\_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.

V.\_\_\_\_\_SA a remis à l'assuré un décompte de prestations n° [...] du 10 octobre 2014 pour un montant non reconnu de 857 fr. 60 correspondant au traitement effectué au Sri Lanka du 26 au 29 mai 2014.

Le 15 octobre 2014, l'assuré (ainsi que sa femme et ses beaux-parents) s'est opposé à la décision de V.\_\_\_\_\_SA du 8 octobre 2014, faisant valoir qu'il s'était rendu 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 attestant de l'hospitalisation de l'assuré au S. \_\_\_\_\_ pour une intoxication alimentaire du 26 mai au 29 mai 2014, ainsi qu'une attestation de la « [...] » du 10 octobre 2014 signée par [...] indiquant que 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, V. \_\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition et confirmé le refus de prendre en charge la somme de 857 fr. 60 relative au traitement médical du 26 au 29 mai 2014 au Sri Lanka.

Dans un rapport du 9 février 2015, le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de V. \_\_\_\_\_ SA, a fait les constatations suivantes :

**« Chronologie/diagnostics :**

Le patient est un homme de 28 ans a été hospitalisé du 26 au 29 mai 2014 en raison d'une intoxication alimentaire avec diarrhée infectieuse (food poisoning - infective diarrhea).

Le patient aurait présenté des crampes abdominales à la défécation, de la fièvre (sans mesure).

Un ultrason abdominal a été effectué.

Après une première consultation auprès du Dr H. \_\_\_\_\_, celui-ci a demandé l'hospitalisation du patient (du 26 au 29 mai 2014).

**Remarques :**

Je relève qu'aucun contrôle de la température n'a été effectué pour ce patient, 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 (et de 4 jours complets !) n'était de toute manière pas nécessaire au vu du dossier ».

**B.** Par acte du 24 novembre 2014, M. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition rendue par V. \_\_\_\_\_ 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 857 fr. 60 pour le traitement dispensé au Sri Lanka du 26 au 29 mai 2014. En substance, il fait valoir qu'il a fourni toutes les pièces requises, notamment une lettre

du Dr H.\_\_\_\_\_ et des photos de l'hôpital pour prouver son droit au remboursement des frais. Il produit en outre la facture officielle rédigée à son nom.

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 du recourant 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, le recourant 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'A.\_\_\_\_\_SA (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 S.\_\_\_\_\_, 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, le recourant 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 [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 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 du recourant au Sri Lanka du 26 au 29 mai 2014, à hauteur de 857 fr. 60.

**3.** En vertu de l'art. 24 LAMal, 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 LAMal. Conformément à 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. 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, 1<sup>ère</sup> phrase LAMal 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 LAMal, 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 LAMal fournies à l'étranger pour des raisons médicales. Se fondant sur cette délégation de compétence, l'autorité exécutive a édicté l'art. 36 OAMal (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 LAMal 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 OAMal 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 LAMal). 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 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 1<sup>er</sup> 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, le recourant soutient qu'il s'est rendu avec sa femme, B.\_\_\_\_\_, ainsi que ses beaux-parents, C.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, au Sri Lanka du 23 mai au 8 juin 2014 en raison du décès du grand-père de sa femme. Sur place, il aurait été hospitalisé du 26 au 29 mai 2014 au S.\_\_\_\_\_ à cause d'une intoxication alimentaire. Les traitements médicaux reçus dans ce cadre s'élèveraient à 857 fr. 60. Les membres de sa famille qui séjournèrent avec lui au Sri Lanka auraient également été hospitalisés pendant la même période dans cet établissement. En effet, selon les informations au dossier, sa femme aurait été hospitalisée du 26 au 30 mai 2014 pour une intoxication alimentaire, sa belle-mère du 31 mai au 4 juin 2014 pour une cellulite (infection) à la jambe droite, ainsi que son beau-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 le recourant et sa famille. Il s'est avéré que l'établissement en cause, le S.\_\_\_\_\_, avait déjà fait l'objet de plusieurs investigations. Selon les pièces au dossier (cf. notamment les rapports d'A.\_\_\_\_\_SA des 13 août et 10 novembre 2014, le courriel du 26 septembre 2014 d'une spécialiste « *Fraud & Recovery* » à V.\_\_\_\_\_SA et l'attestation des [...] du 6 septembre 2014), le S.\_\_\_\_\_ 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. A cet égard, on relèvera que le Dr H.\_\_\_\_\_ n'a dès lors pas été en mesure d'effectuer l'ultrason abdominal tel qu'il l'a mentionné dans son rapport médical. Par ailleurs, 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 le recourant ne permettent pas la facturation de journée d'hospitalisation, la rubrique « *channel fees* » ayant été tracée et remplacée à la main par « *ward fees* ». De plus, selon les rapports d'A.\_\_\_\_\_SA du 13 août et du 10 novembre 2014, il n'a 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 le recourant ne permettent pas non plus de rendre ses allégations vraisemblables. En effet, les photos de qualité médiocre 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, le recourant n'a pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il ait été hospitalisée du 26 au 29 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 S.\_\_\_\_\_ 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 quatre 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 le recourant 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 S.\_\_\_\_\_ 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'A. \_\_\_\_\_ SA du 13 août 2014). Or le détail des prestations figurant dans le rapport médical du Dr H. \_\_\_\_\_ indique un montant de 4'500 LKR pour une consultation médicale et de 5'000 LKR pour une chambre, puis un montant total de 128'000 LKR. Des frais de repas pour une somme de 8'000 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 857 fr. 60 pour ces raisons également.

**5. a)** Il résulte de ce qui précède que la décision sur opposition du 7 novembre 2014, par laquelle V. \_\_\_\_\_ SA a confirmé son refus de prise en charge d'un montant de 857 fr. 60 relatif à l'hospitalisation du 26 au 29 mai 2014 du recourant 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, le recourant n'obtenant pas gain de cause et n'étant pas représenté par un mandataire professionnel (art. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 7 novembre 2014 par V. \_\_\_\_\_ SA est confirmée.

**III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- M. \_\_\_\_\_,
- V. \_\_\_\_\_ 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 :