

EN FAIT

1. Monsieur S_____-(ci-après: l'assuré ou le demandeur), né en 1967, est au bénéfice de l'assurance obligatoire des soins et de plusieurs assurances complémentaires auprès de la KPT/CPT Caisse-maladie SA (ci-après: la KPT). Au titre des assurances complémentaires, l'assuré a souscrit l'assurance des soins "Plus", l'assurance-accidents complémentaire pour prestations des soins, l'assurance-accidents en cas de décès et d'invalidité et l'assurance des frais d'hospitalisation. Dans le cadre de cette dernière assurance, le Panorama des prestations de la KPT prévoit pour l'assuré, à certaines conditions, une prestation de services "payback" en cas d'hospitalisation en division commune.
2. Selon ses directives anticipées du 25 mai 2006, l'assuré qui souffre de troubles psychiques a désigné sa mère, Mme S_____, comme représentante thérapeutique et mandataire dans ses rapports avec les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: les HUG) et la psychiatrie en général.
3. Du 28 août 2007 au 15 septembre 2007, l'assuré a été hospitalisé en division commune à la clinique de Belle-Idée. La KPT ne lui a pas versé de "payback" pour ce séjour hospitalier au motif qu'il l'avait annoncé tardivement. En cas de future hospitalisation, la KPT a informé l'assuré par courrier du 13 novembre 2007 qu'il devrait communiquer à temps le lieu du séjour et le nom de l'hôpital choisi en mentionnant opter pour la division commune au lieu de la demi-privée.
4. Du 4 juin 2008 au 18 juin 2008, l'assuré a de nouveau été hospitalisé en division commune à la clinique de Belle-Idée. Auparavant, sa mère avait annoncé à la KPT, par télécopie du 14 avril 2008, que son fils serait probablement hospitalisé prochainement en demi-privée à la clinique de la Métairie. Par télécopie du 4 juin 2008, elle avait également averti la KPT que son fils avait décidé d'aller dans un premier temps à l'hôpital public et qu'elle l'annonçait à temps afin qu'il perçoive la prestation due selon son assurance complémentaire. Le 17 juillet 2008, la KPT a versé à l'assuré un montant de 1'000 fr. au titre du "payback" pour le séjour hospitalier du 4 juin 2008 au 18 juin 2008.
5. Du 28 octobre 2008 au 4 novembre 2008, l'assuré a été hospitalisé en raison de troubles psychiques à la clinique de la Métairie, sise à Nyon.
6. En date du 9 novembre 2008, la mère de l'assuré a informé la KPT qu'elle avait dû amener son fils à la clinique depuis Verbier où ils séjournaient, puis faire le trajet aller-retour pour aller le rechercher depuis son domicile sis à Veyrier. Elle avait remarqué, à la lecture des conditions d'assurance, que les frais de transport étaient couverts et a donc demandé des renseignements sur leur prise en charge.

7. Par courrier du 18 décembre 2008 adressé à la KPT, la mère de l'assuré s'est étonnée de ne pas avoir eu de réponse à son courrier du 9 novembre 2008 et de ne pas avoir reçu de versement pour le remboursement des frais de transport.
8. Le 19 décembre 2008, la KPT a demandé à la mère de l'assuré de lui indiquer les raisons précises du parcours Verbier - Veyrier aller-retour et de lui faire parvenir une facture et une ordonnance médicale justifiant les frais de transport.
9. Le 22 janvier 2009, la mère de l'assuré a fait parvenir à la KPT une attestation médicale datée du 20 janvier 2009, dans laquelle le Dr A_____ a expliqué que la sévérité de l'état clinique ne permettait pas à l'assuré de se rendre à l'hôpital, ni de rentrer à la maison d'une manière autonome, de sorte qu'il était médicalement nécessaire qu'il y soit transporté. Le médecin a précisé que la mère de l'assuré avait fait ces deux transports et il a demandé à la KPT de rembourser les frais y relatifs. Dans son courrier accompagnant l'attestation médicale, la mère de l'assuré a proposé à la KPT de lui rembourser un forfait de 150 fr. par trajet pour un total de 300 fr. Par ailleurs, elle a demandé si un remboursement était envisageable pour les trajets journaliers qu'elle avait dû faire à Nyon durant l'hospitalisation de son fils.
10. Par courrier du 27 février 2009, la mère de l'assuré a rappelé la teneur de son courrier du 22 janvier 2009 et demandé d'une part le remboursement de 300 fr. pour les frais de transport de son fils à la clinique de la Métairie et d'autre part une prise de position concernant la couverture de ses autres déplacements à la clinique de la Métairie. Par ailleurs, elle a informé la KPT que l'assuré devrait probablement faire un autre séjour hospitalier dans un lieu à déterminer et qu'il était possible qu'il choisisse l'hôpital public en division commune au lieu de l'hospitalisation en demi-privée. A cet égard, la mère de l'assuré informerait la KPT en temps opportun.
11. Le 17 mars 2009, la KPT a adressé une sommation à l'assuré. Elle lui a rappelé qu'il était encore débiteur envers elle d'une somme de 60 fr. et a attiré son attention sur les conséquences du retard de paiement, soit notamment la résiliation de sa police d'assurance complémentaire.
12. Le 18 mars 2009, la mère de l'assuré a adressé un nouveau courrier à la KPT. Elle a rappelé qu'en vertu de procurations répétées, c'était elle qui s'occupait depuis presque toujours des relations entre l'assurance et son fils, et que ce dernier habitait chez elle depuis environ un an. La mère de l'assuré ne comprenait pas le texte des sommations et selon elle, toutes les primes d'assurance de son fils avaient été payées. Elle a expliqué qu'il y avait des factures non encore remboursées par la KPT, soit en particulier les frais de transport d'un montant de 300 fr. en lien avec l'hospitalisation de son fils à la clinique de la Métairie, ainsi qu'éventuellement les frais de déplacement journaliers qu'elle avait dû effectuer pour assurer les soins et l'alimentation de son fils, de même que le ménage de sa chambre à la clinique. Dans la mesure où elle avait déjà adressé une douzaine de courriers à la KPT concernant

l'hospitalisation de son fils à la clinique de la Métairie, elle a demandé une indemnité de 120 fr. pour la dédommager de tous les problèmes que la KPT lui avait causé dans cette affaire. Elle a encore rappelé à la KPT lui avoir indiqué, par courrier du 27 février 2009, que son fils devrait probablement de nouveau être hospitalisé; il n'était donc pas question que la KPT lui réserve une mauvaise surprise pour la couverture. L'assuré bénéficiait d'une assurance hospitalisation en demi-privée auprès de la KPT depuis des dizaines d'années et 2008 avait été la première ou la deuxième année où il avait sollicité cette assurance. La KPT lui avait d'ailleurs refusé le versement des 1'000 fr. auxquels il avait droit en 2007 pour avoir préféré l'hospitalisation en division commune, sous prétexte que l'annonce avait été tardive ce qui, vu les circonstances, était plus que contestable.

13. Par courrier du 9 avril 2009, la KPT a indiqué à l'assuré que le Bioflorin était un médicament LS qui comprenait une limitation pour la pédiatrie. Ainsi, l'assurance obligatoire des soins ne pouvait pas prendre en charge ce médicament lorsque la limitation n'était pas respectée. Dans le cas de l'assuré, cette limitation n'était clairement pas respectée et, de ce fait, le produit était entièrement à sa charge. Un autre produit Bioflorin existait néanmoins sur le marché par exemple en emballage de 35 pièces. Celui-ci était un médicament hors liste et pris en charge à 90% par l'assurance des soins "Plus".
14. En date du 17 avril 2009, la mère de l'assuré a transmis à la KPT une procuration lui donnant le pouvoir de représenter son fils, signée par ce dernier. Elle a également informé la KPT du fait que la DAS Protection Juridique SA (ci-après: la DAS) avait été mandatée pour la défense des intérêts de l'assuré. Par ailleurs, concernant le Bioflorin, son pharmacien lui avait dit que ce médicament était le même en petits et en grands emballages et qu'il n'était pas possible que la KPT accepte de rembourser un grand emballage et pas un petit. En tout état de cause, comme il s'agissait d'une prescription pour accompagner la prise d'un antibiotique, le Bioflorin devait être remboursé par la KPT.
15. Du 20 avril 2009 au 28 avril 2009, l'assuré a été hospitalisé en division commune à la clinique de Belle-Idée.
16. Le 21 avril 2009, la mère de l'assuré a annoncé à la KPT que son fils était en hospitalisation libre depuis la veille en division commune à la clinique de Belle-Idée. Elle a expliqué que selon les termes de son assurance complémentaire, l'assuré avait droit à une indemnité "payback" de 100 fr. par jour pendant 10 jours maximum.
17. Le 7 mai 2009, la mère de l'assuré a répondu à un courrier de la KPT daté du 5 mai 2009 aux termes duquel les conditions du "payback" ne seraient pas remplies, faute d'annonce préalable. Elle a alors contesté que ces conditions ne seraient pas remplies et rappelé que la question de l'annonce préalable avait été réglée avec la

responsable du service juridique de la KPT en décembre 2007. A cet égard, elle s'est référée à un courrier qu'elle avait adressé le 13 décembre 2007 à la responsable du service juridique suite à un entretien téléphonique. Aux termes de ce document, la mère de l'assuré avait notamment pris note que selon cette juriste, il était suffisant d'avertir la KPT dans les jours suivants l'hospitalisation de son fils, puisqu'une hospitalisation pour causes psychiques se faisait presque toujours dans l'urgence. De toute façon, la mère de l'assuré a rappelé à la KPT qu'elle l'avait dûment avertie de l'hospitalisation d'avril 2009 par courrier des 27 février 2009 et 18 mars 2009.

18. Le 18 mai 2009, la DAS a adressé un courrier à la KPT, reprenant les différents litiges opposant cette dernière à l'assuré. Elle a notamment rappelé, concernant les frais de transport, que la mère de l'assuré avait dû conduire elle-même son fils à la clinique de la Métairie car il n'était pas à même de se déplacer par ses propres moyens. Elle avait ainsi dû effectuer le trajet suivant: Verbier - Nyon - Veyrier (entrée à la Clinique), et Veyrier - Nyon - Veyrier (retour au domicile). Dans la mesure où la KPT était déjà en possession de toutes les informations et justificatifs utiles, la DAS l'a invité à bien vouloir procéder au paiement. Concernant le Bioflorin, elle avait pris note du fait qu'en emballage de 25 capsules, il était un médicament pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, mais avec une limitation pour la pédiatrie. Toutefois et comme la KPT l'avait soulevé à juste titre, le Bioflorin en emballage de 35 capsules était quant à lui un médicament hors liste, mais pouvant être pris en charge par l'assurance complémentaire. Par conséquent et partant du principe "qui peut le plus peut le moins", la DAS a demandé à la KPT de bien vouloir lui confirmer que l'assurance complémentaire de son mandant prendrait en charge ledit médicament. Concernant le "payback", elle a demandé à la KPT de bien vouloir lui faire part de sa position suite au courrier que lui avait adressé la mère de l'assuré en date du 7 mai 2009.
19. Par courrier du 5 juin 2009, la KPT a refusé la prise en charge des frais de transport de la mère de l'assuré, dans la mesure où les conditions fixées dans les conditions générales et spéciales d'assurance n'étaient pas remplies, soit en particulier parce qu'il s'agissait d'un déplacement avec la voiture d'un membre de la famille. Elle a également estimé que le médicament Bioflorin était à l'entière charge de l'assuré dans la mesure où l'assurance obligatoire ne pouvait le prendre en charge qu'en pédiatrie. La KPT a encore refusé d'octroyer à l'assuré un versement du "payback" pour son hospitalisation à la clinique de Belle-Idée du 20 au 28 avril 2009, estimant qu'une condition n'était pas remplie. En effet, étant donné que la clinique de Belle-Idée ne possédait pas de division demi-privée ou privée, l'assuré n'avait pas choisi de son plein gré la division commune.
20. Le 18 juin 2009, la DAS a adressé un nouveau courrier à la KPT. Elle a notamment indiqué que l'assuré restait en attente du remboursement des frais de transport suite à son séjour à la clinique de la Métairie. En effet, la DAS estimait que les

conditions d'assurance n'excluaient pas le remboursement des frais de déplacement lorsque celui-ci était assuré par un membre de la famille. D'ailleurs, l'une des collaboratrices de la KPT avait confirmé à l'assuré que ces frais seraient pris en charge et avait demandé l'envoi des documents nécessaires au remboursement. Concernant le Bioflorin, la DAS a rappelé ses arguments. Concernant le "payback", elle a invité la KPT à reconsidérer sa position, relevant que cette dernière avait rétrocédé, sans faire de réserve, un montant de 1'000 fr. à l'assuré lors de son hospitalisation à la clinique de Belle-Idée pour la période du 4 au 20 juin 2008. Dans la mesure où les conditions générales d'assurance de la KPT ne s'étaient pas modifiées depuis lors, les arguments de cette dernière semblaient dénués de pertinence.

21. La KPT a répondu en date du 16 juillet 2009, rappelant que les conditions fixées dans les conditions générales et spéciales d'assurance n'étaient pas remplies et qu'elle ne pouvait dès lors pas rembourser les frais de transport de la mère de l'assuré. Concernant le Bioflorin, elle a rappelé qu'il était à l'entière charge de l'assuré dans la mesure où l'assurance obligatoire ne pouvait le prendre en charge qu'en pédiatrie. Le Bioflorin en emballage de 35 pièces était par contre un médicament hors liste (sans limitation), pris en charge par l'assurance des soins "Plus" (sur ordonnance). Concernant le "payback", la KPT a confirmé son refus d'octroyer un versement à l'assuré pour son hospitalisation à la clinique de Belle-Idée du 20 au 28 avril 2009, au motif que cette clinique ne possédait pas de division demi-privée ou privée, de sorte que l'assuré n'avait pas choisi de son plein gré la division commune. En 2008, l'un des collaborateurs de la KPT avait commis une erreur en effectuant le versement du "payback" à l'assuré pour son hospitalisation à la clinique de Belle-Idée. A cet égard, la KPT s'est excusée des désagréments causés par cette inattention et s'est réservée le droit de procéder au recouvrement de la somme indûment versée.
22. Par courrier du 17 août 2009 adressé à la KPT, la DAS a relevé que dans la mesure où l'assuré n'était pas à même de se déplacer par ses propres moyens, les frais de transport devaient être pris en charge par le biais de l'assurance obligatoire des soins et, cas échéant, des assurances complémentaires. A ce propos, elle a rappelé que les conditions générales d'assurance n'excluaient aucunement le remboursement des frais de déplacement lorsque celui-ci était assuré par un membre de la famille. Si cela devait toutefois être le cas, la KPT était invitée à indiquer l'article de ses conditions générales le stipulant. Concernant le Bioflorin, la DAS a rappelé ses arguments. Qui plus est, selon la DAS, l'assurance n'avait pas à rembourser directement le pharmacien lorsque des médicaments n'étaient pas pris en charge, mais elle devait en informer l'OFAC qui se chargeait ensuite de facturer les médicaments directement aux clients. Concernant encore le "payback", elle a informé la KPT que l'assuré peinait à croire que le versement opéré en 2008 était le fruit d'une erreur. En effet, à l'époque, il y avait eu plusieurs discussions et de nombreux échanges de correspondances et la décision de verser le "payback" avait

finale­ment été prise par les responsables des prestations et du service juridique. Au surplus, lors de ces discussions, la question de l'absence de division demi-privée et privée à la clinique de Belle-Idée n'avait jamais été abordée, ce qui démontrait la non pertinence de l'argument. D'ailleurs, l'assuré aurait très bien pu être hospitalisé à la clinique de la Métairie, à celle de Prangins ou encore à la Lignière à Gland.

23. La KPT a répondu le 28 septembre 2009. Concernant les frais de transport, elle a indiqué que comme convenu, elle attendait une facture détaillée pour les transports d'urgence effectués afin d'examiner une nouvelle fois le droit aux prestations. La KPT a toutefois rappelé qu'en tout état de cause, les trajets de retour n'étaient pas pris en charge. Concernant le Bioflorin, elle a rappelé qu'il était à l'entière charge de l'assuré dans la mesure où l'assurance obligatoire ne pouvait le prendre en charge qu'en pédiatrie. Le Bioflorin en emballage de 35 pièces était par contre un médicament hors liste (sans limitation), pris en charge par l'assurance des soins "Plus" (sur ordonnance). Il s'agissait toutefois d'un autre produit. La version originale du Bioflorin en emballage de 35 pièces correspondait au grand-frère et, de ce fait, était soumis à la même limitation que la version originale du Bioflorin en emballage de 25 pièces. Concernant le "payback", la KPT a réitéré son refus d'octroyer un versement à l'assuré pour son hospitalisation à la clinique de Belle-Idée au motif que cette clinique ne possédait pas de division demi-privée ou privée. La KPT a informé l'assuré qu'en 2008, après renseignements pris auprès de son service juridique, les responsables des prestations et du service juridique lui avaient accordé un paiement à bien plaisir pour le "payback" suite à son hospitalisation.
24. Le 9 novembre 2009, la DAS a transmis à la KPT une note de frais établie le 29 octobre 2009 par la mère de l'assuré et a demandé le remboursement des montants dus sur cette base. La note de frais consistait en une description des trajets effectués par la mère de l'assuré, à savoir Verbier - La Métairie - Veyrier, Veyrier - La Métairie - Veyrier, et Veyrier - Verbier, pour un total de 490 km. Concernant le "payback", la DAS a relevé, après lecture des correspondances échangées en 2007 à ce sujet, que le problème qui s'était posé à l'époque n'était aucunement lié au fait qu'il n'y avait pas de division privée ou demi-privée à la clinique de Belle-Idée. Par ailleurs, rien dans les documents ne permettait de considérer que le versement du "payback" en 2008 avait été fait à bien plaisir. La KPT a donc été invitée à communiquer les éventuelles preuves attestant de ses propos, faute de quoi elle était sommée de procéder dans les meilleurs délais au paiement du "payback".
25. Par courrier du 1^{er} décembre 2009, la KPT a refusé de prendre en charge les frais de transport basés sur la note de frais établie par la mère de l'assuré au motif qu'elle n'était pas en possession de la facture de l'accompagnant, lequel ne devait pas être un membre de la famille. Concernant le "payback" et après consultation de son service juridique, la KPT a maintenu sa position et estimé avoir fait face à ses obligations contractuelles. En effet, malgré la prise en charge à bien plaisir en 2007 (recte: 2008), l'assuré ne remplissait pas aujourd'hui les conditions du choix de

plein gré de la division commune et de la communication préalable. La KPT n'entendait pas faire d'exception cette fois-ci.

26. En date du 29 janvier 2010, la DAS a indiqué à la KPT qu'elle était en désaccord avec cette prise de position. Elle a rappelé que le transport de l'assuré à la clinique de la Métairie était médicalement indispensable, conformément à l'attestation du Dr A_____. Par ailleurs, ni la LAMal ni les conditions d'assurance ne permettaient selon elle d'exclure la prise en charge des frais de transport encourus par les membres de la famille. La DAS a finalement demandé à la KPT de rendre une décision formelle en cas de nouveau refus. Concernant le "payback", la DAS a estimé que les conditions tendant à son octroi étaient remplies et a sommé une nouvelle fois la KPT de procéder au paiement. A cet égard, elle a transmis un tirage des télécopies adressées à la KPT par la mère de l'assuré en date des 27 février 2009 et 18 mars 2009. Concernant le Bioflorin, la DAS a pris note du fait qu'il s'agissait d'un médicament LS qui comprenait une limitation et qui ne pouvait en l'occurrence pas être remboursé. Partant, la DAS a demandé à la KPT de lui indiquer pourquoi elle s'était acquittée de cette facture et que cette dernière n'avait pas été retournée à l'OFAC.
27. Par décision formelle du 3 mars 2010, la KPT a refusé la prise en charge des frais de transport de l'assuré sur la base de la note de frais établie par sa mère pour les trajets aller-retour du 28 octobre 2008 au 4 novembre 2008, d'un montant de 300 fr. Elle a en effet expliqué qu'il s'agissait de transports privés effectués par un membre de la famille et non pas par une entreprise de transport reconnue par la LAMal. Par conséquent, les conditions mentionnées à l'art. 26 OPAS n'étaient pas remplies et la KPT ne pouvait pas procéder au remboursement.
28. Par courrier du même jour adressé à la DAS, la KPT a répondu au courrier du 29 janvier 2010 sur les sujets liés aux assurances complémentaires. Concernant les frais de transport du 28 octobre 2008 au 4 novembre 2008, elle a refusé de servir une prestation dans la mesure où les conditions de prise en charge n'étaient pas remplies. Cependant, étant donné que les prétentions de l'assurance obligatoire des soins et de l'assurance complémentaire étaient fondées sur les mêmes critères d'appréciation, la KPT s'est dite prête à réexaminer le droit aux prestations des assurances complémentaires si l'assuré attaquait la décision formelle du 3 mars 2010 relative à l'assurance obligatoire des soins et si le jugement définitif lui donnait raison. Le problème des décomptes pharmaceutiques était réglé dans la mesure où le montant de 35 fr. 05 correspondant à la quote-part encaissée précédemment avait été remboursé à l'assuré le 24 décembre 2009. Concernant le médicament Bioflorin, la KPT a expliqué qu'il avait été mis à la charge de l'assuré pour un montant de 16 fr. 35, augmenté d'un montant de 3 fr. 30 correspondant à la quote-part. Elle n'avait pas retourné la facture de ce médicament à l'OFAC car sur la même facture se trouvait un autre médicament à charge de la LAMal. Concernant le "payback" en lien avec l'hospitalisation à la clinique de Belle-Idée du 20 au 28

avril 2009, la KPT a refusé de le verser dans la mesure où une condition n'était pas remplie. Par ailleurs, l'annonce que la mère de l'assuré avait fait le 27 février 2010 (recte: 2009) à la KPT était beaucoup trop imprécise et ne pouvait être prise en considération comme une communication préalable pour faire valoir la prestation "payback".

29. Le 14 avril 2010, l'assuré, par l'intermédiaire de la DAS, a formé opposition contre la décision formelle du 3 mars 2010. Selon lui, ni la loi ni la jurisprudence n'excluaient le remboursement des transports effectués par un membre de la famille et la seule exigence pour la prise en charge des frais de transport était l'adéquation du moyen de transport utilisé, qui devait correspondre aux exigences médicales du cas. Or, le transport de l'assuré au moyen du véhicule de sa mère était le seul moyen de transport adéquat au vu des exigences médicales. Il a ainsi produit un nouveau certificat médical du Dr A _____, daté du 26 mars 2010, qui précisait celui du 20 janvier 2009. Le médecin écrivait notamment que vu les problèmes médicaux et pratiques qu'aurait causé un éventuel transport en ambulance ou en taxi, le seul type de transport médicalement envisageable était un déplacement dans la voiture de sa mère en compagnie de celle-ci. Dans son opposition, l'assuré a également souligné que le transport au moyen du véhicule de sa mère était adéquat du point de vue économique. En définitive, il a estimé que les exigences légales étaient remplies et a conclu à l'annulation de la décision du 3 mars 2010, ainsi qu'à la prise en charge du 50% des frais de transport, à hauteur de 300 fr. minimum, pour les trajets Verbier - clinique de la Métairie - Veyrier et Veyrier - clinique de la Métairie - Veyrier.
30. Le 21 mai 2010, sur demande de l'assuré, la KPT a renoncé à la prescription jusqu'au 31 décembre 2011 inclus, concernant les décomptes pharmaceutiques, le Bioflorin, le "payback" et les frais de transport du 28 octobre au 4 novembre 2008 non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
31. Par décision du 14 juillet 2010, la KPT a rejeté l'opposition de l'assuré et refusé la prise en charge de ses frais de transport selon la note de frais du 29 octobre 2009 établie par sa mère et limitée, dans l'opposition, aux trajets Verbier - clinique de la Métairie - Veyrier et Veyrier - clinique de la Métairie - Veyrier. Dans sa motivation, elle a considéré que l'état de l'assuré lui avait permis d'utiliser un moyen de transport privé, à savoir le véhicule de sa mère, qui était probablement le moyen de transport le plus adapté et qui correspondait aux exigences médicales du cas. Il importait peu que ce soit le seul moyen adapté, ce qui avait de l'importance étant uniquement le fait qu'il s'agisse d'un moyen de transport privé. La KPT a encore rappelé qu'il n'y avait pas de droit à la substitution. En définitive, dans la mesure où l'assuré avait pu utiliser un moyen de transport privé et n'avait pas été contraint de recourir à une entreprise de transport, les conditions de la prise en charge des frais de transport par l'assurance obligatoire des soins n'étaient pas remplies. S'agissant de la prise en charge des frais de transport par les assurances

complémentaires, la KPT a rappelé qu'elle n'était pas autorisée à statuer par la voie de la décision sur opposition.

32. Par acte du 14 septembre 2010, l'assuré, par l'intermédiaire de sa mère, a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après: le TCAS) contre cette décision (cause n° A/3118/2010). Dans son courrier d'accompagnement, il a expliqué qu'il existait plusieurs litiges l'opposant à la KPT et que si le recours ne portait que sur la prise en charge des frais de transport selon la LAMal, il déposerait prochainement une écriture sur d'autres litiges relevant de la LCA (transport à la clinique de la Métairie, "payback" pour une hospitalisation à la clinique de Belle-Idée et remboursement du médicament Bioflorin). Il a demandé la jonction de ces différentes affaires ainsi qu'un délai pour écrire le deuxième mémoire et, cas échéant, lui permettre de compléter son recours. Dans son recours, l'assuré a contesté avoir abandonné le remboursement des kilomètres encourus pour le retour à Verbier et le fait que l'art. 26 OPAS excluait tout transport privé de la prise en charge par la caisse maladie. Il a rappelé que le transport au moyen du véhicule de sa mère était le seul moyen de transport adéquat au vu des exigences médicales du cas, ce moyen étant d'ailleurs également adéquat du point de vue économique. L'assuré souhaitait en outre que la KPT se prononce sur une éventuelle prise en charge des frais de déplacements journaliers de sa mère qui venait le voir, en tant que représentante thérapeutique et mandataire, à la clinique Métairie depuis son domicile à Veyrier. En définitive, l'assuré a préalablement conclu à la jonction des différentes affaires l'opposant à la KPT relevant d'une part de l'assurance de base et d'autre part des assurances complémentaires, ainsi qu'à la convocation de sa mère pour une audition. Principalement, il a conclu à l'annulation de la décision du 14 juillet 2010, à la condamnation de la KPT au paiement du 50% des frais encourus pour son transport à et de la clinique de la Métairie et au renvoi de l'affaire à la KPT pour détermination sur les autres frais de déplacement de sa mère à la clinique de la Métairie.
33. Dans sa réponse du 18 octobre 2010, la KPT a conclu au rejet du recours, à la confirmation de sa décision du 14 juillet 2010 et à la constatation du fait qu'elle ne devait pas prendre en charge les frais de déplacement de la mère de l'assuré pour rendre visite à son fils. Elle a tout d'abord rappelé qu'il n'y avait pas de droit à la substitution. Concernant le trajet Verbier - clinique de la Métairie le jour de l'hospitalisation, la KPT n'a pas contesté que le transport dans la voiture de la mère correspondait aux exigences médicales du cas. En revanche, après interprétation de la loi, de la jurisprudence et de la doctrine, elle a estimé qu'il s'agissait d'un moyen de transport privé qui n'était pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Concernant les autres trajets, elle a estimé qu'ils devaient de toute manière être refusés car ils n'avaient pas été occasionnés pour permettre la dispensation de soins par un fournisseur de prestations admis. Concernant encore les frais de déplacements journaliers de la mère de l'assuré pour rendre visite à son fils, ils ne devaient pas être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins dans la mesure

où ils n'étaient pas visés par l'art. 26 OPAS, qui concernait uniquement le transport médicalement indiqué de l'assuré lui-même.

34. Dans sa réplique du 30 novembre 2010, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il a tout d'abord insisté sur le fait que sa mère était sa représentante thérapeutique, de sorte que sa présence était impérative lors de son arrivée à la clinique de la Métairie et lors de sa sortie, pour que des décisions adéquates puissent être prises. Vu les difficultés de la prise en charge médicale, la présence de sa mère avait également été nécessaire sur le plan thérapeutique la plupart des autres jours d'hospitalisation et on ne pouvait donc pas parler de visites d'une mère à son fils puisque chaque jour, il fallait discuter avec le personnel médical et soignant et prendre des décisions de traitement et de soins. Concernant le transport à et de la clinique de la Métairie, l'assuré a rappelé qu'aucun autre mode de transport que le transport dans la voiture de sa mère n'était, à l'époque, médicalement envisageable, ce que la KPT ne contestait d'ailleurs pas. Vu le statut de représentante thérapeutique de sa mère, on ne pouvait pas parler de "frais de transport engendrés par ses proches", de "prestations qui font partie de la solidarité familiale" ou de "personnes physiques qui rendent un simple service". Selon l'assuré, rien dans la jurisprudence n'excluait d'ailleurs la prise en charge par l'assurance de base de tels transports privés. L'assuré a encore précisé qu'il n'y avait pas eu de véritable substitution, vu qu'aucune autre solution n'était alors médicalement indiquée. Concernant enfin les autres frais de déplacement, il a rappelé le statut de représentante thérapeutique de sa mère et estimé qu'ils avaient eu lieu pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis.
35. Le 20 février 2011, l'assuré, par l'intermédiaire de sa mère, a déposé auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la CJCAS), alors compétente en lieu et place du TCAS depuis le 1^{er} janvier 2011, la présente demande en paiement concernant ses assurances complémentaires qu'il avait annoncée dans son recours du 14 septembre 2010. Il a expliqué que plusieurs litiges en lien avec ses assurances complémentaires l'opposait à la KPT. Le problème des décomptes pharmaceutiques avait pu être réglé, mais les trois autres litiges relatifs aux frais de transport non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, au médicament Bioflorin et au "payback" subsistaient et faisaient l'objet de la demande. Concernant les frais de transport du 28 octobre 2008 au 4 novembre 2008 non pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, il a estimé que l'assurance de base devait les couvrir à hauteur de 50% et que les assurances complémentaires devaient couvrir la différence. Au cas où la Cour ne serait pas de cet avis, l'une et/ou l'autre des assurances complémentaires devaient selon lui couvrir l'intégralité des frais, dans la mesure où aucune disposition de ces assurances n'excluait un transport effectué par la représentante thérapeutique de l'assuré. Concernant le médicament Bioflorin, l'assuré a estimé que la KPT le lui avait facturé à tort en prélevant directement la somme et en arguant que le médicament n'était pas remboursé, alors même qu'elle l'avait préalablement remboursé à la pharmacie.

L'assuré a expliqué qu'en définitive, ce médicament s'était révélé inutile et il a demandé le remboursement des sommes prélevées par la KPT, à charge pour lui, cas échéant, de lui remettre le Bioflorin qui s'était périmé entre-temps. Concernant le "payback" en lien avec son hospitalisation à la clinique de Belle-Idée du 20 au 28 avril 2009, l'assuré a estimé qu'il devait percevoir un montant de 900 fr. En effet, l'annonce de l'hospitalisation avait été faite à l'avance et la KPT avait payé le "payback" pour son hospitalisation dans la même clinique en 2008. Par ailleurs, il a expliqué que le choix subsistait pour le patient entre la division commune à la clinique de Belle-Idée et la division demi-privée ailleurs, et que le choix de la clinique de Belle-Idée répondait au but d'économie prévu par la prestation de "payback". Préalablement, l'assuré a conclu à ce que la demande soit jointe au recours portant sur l'assurance de base déposé le 14 septembre 2010 et à ce que la Cour prévoie de discuter de la demande lors de l'audience des mandataires convoquée pour le 23 mars 2011. Principalement, il a conclu à ce que la Cour statue sur les questions de principes soulevées et dise que la KPT devait lui payer les sommes dues.

36. Dans sa réponse du 21 mars 2011, la KPT a conclu au rejet de la demande du 20 février 2011, à ce que la Cour prononce que les frais de déplacement de la mère du demandeur n'étaient pas à sa charge, que le médicament Bioflorin n'était pas à sa charge et de ce fait qu'elle n'était pas débitrice du demandeur pour cette somme et enfin qu'elle n'était pas débitrice de la prestation de "payback" pour l'hospitalisation du 20 au 28 avril 2009. Concernant les frais de transport, elle a considéré que le seul trajet pouvant encore faire l'objet d'un litige concernant les assurances complémentaires était celui qui avait mené le demandeur de Verbier à la clinique de la Métairie, étant donné que les autres trajets ne remplissaient pas le critère de l'urgence et qu'ils n'avaient pas pour but d'amener le demandeur vers l'hôpital le plus proche. S'agissant donc du trajet de Verbier jusqu'à la clinique de la Métairie, son remboursement devait être refusé pour deux motifs: d'une part, le transport n'avait pas servi à emmener l'assuré vers l'hôpital le plus proche et d'autre part, il n'avait pas été effectué par un fournisseur de prestations au sens de l'art. 3 des conditions générales d'assurance. Vu le renvoi des conditions générales d'assurance à la LAMal, il fallait selon la KPT raisonner par analogie avec cette loi et conclure que l'assuré ne pouvait ni se faire rembourser ses propres frais de transport, ni se faire rembourser d'autres frais de transport privé, notamment ceux engendrés par un membre de sa famille. Concernant le médicament Bioflorin en emballage de 35 capsules, la KPT a estimé qu'elle ne devait aucun remboursement au demandeur dans la mesure où l'assurance obligatoire des soins ne pouvait prendre en charge ce médicament en emballage de 25 capsules qu'en pédiatrie. L'emballage de 35 capsules, contenant le même médicament, était soumis à la même limitation. Vu cette limitation, le Bioflorin ne pouvait pas non plus être remboursé par l'assurance complémentaire, ni en emballage de 25 capsules, ni en emballage de 35 capsules. Concernant la prestation de "payback" en lien avec l'hospitalisation à la clinique de

Belle-Idée du 20 au 28 avril 2009, la KPT a estimé l'avoir refusé à juste titre. En effet, l'assuré avait décidé de se faire hospitaliser à Belle-Idée mais n'avait pas eu le choix de la division commune. La condition de la communication préalable était en revanche remplie vu qu'elle avait été faite le 21 avril 2009 et que lors d'une hospitalisation d'urgence, le fait d'avertir le lendemain de l'entrée à l'hôpital permettait de considérer cette condition comme remplie.

37. En date du 23 mars 2011, une audience de comparution des mandataires des parties s'est tenue devant la Cour de céans dans les causes LAMal et LCA. Concernant la présente cause portant sur les assurances complémentaires, la mandataire du demandeur a expliqué que son fils souffrait de troubles psychiques et neurologiques. S'agissant du Bioflorin, la KPT l'avait remboursé à l'OFAC mais avait compensé le montant de 16 fr. 90 avec des prestations qui lui étaient dues. S'agissant du "payback", la mandataire du demandeur a expliqué qu'à la sortie de la clinique de la Métairie, elle avait pris son fils chez elle où il était resté jusqu'au 15 janvier 2010. En avril 2009, il avait été hospitalisé à la clinique de Belle-Idée durant neuf jours et avait alors choisi d'aller dans un hôpital public pour être à proximité du domicile de sa mère. Selon le neurologue du demandeur, il aurait fallu lui faire faire un scanner, ce qui aurait pu être fait en ambulatoire. L'hospitalisation d'avril 2009 était une hospitalisation volontaire. Le choix d'aller à la clinique de Belle-Idée en 2009 avait notamment été conditionné par le fait que l'assuré aurait droit au "payback" qui lui avait été versé en 2008 et qui aurait dû lui être payé en 2007 selon les assurances d'une juriste de la KPT. Cette dernière avait d'ailleurs demandé à l'époque à la responsable des ventes de faire un geste malgré le fait que le "payback" ait été demandé tardivement, l'annonce n'étant qu'une pure formalité. La mandataire du demandeur a contesté que son fils n'ait pas eu d'autres choix d'hospitalisation et a expliqué qu'au contraire, il aurait pu aller dans différents autres établissements pour bénéficier de soins privés. Enfin, elle a précisé que le patient devait pouvoir bénéficier de la sécurité du droit et ne pas subir à chaque fois les revirements de position de sa caisse.

La représentante de la défenderesse a expliqué, s'agissant du Bioflorin, que l'ordonnance comportait deux médicaments dont le Bioflorin. L'assurance de la défenderesse avait remboursé les deux médicaments au pharmacien qui les avait délivrés, puis la défenderesse avait établi un décompte à l'attention de l'assuré et compensé par les prestations qu'elle devait lui rembourser. La représentante de la défenderesse a rappelé la position de sa mandante quant à la prise en charge de ce médicament. Sur question, elle a toutefois indiqué qu'un arrangement devrait pouvoir être trouvé quant au remboursement du Bioflorin en assurance complémentaire et, partant, que la défenderesse prendrait en charge le 90% du Bioflorin. Concernant le "payback", elle a indiqué que la défenderesse l'avait payé par erreur en 2008 lors de l'hospitalisation de l'assuré à la clinique de Belle-Idée et qu'elle n'aurait pas dû le faire. Du point de vue de la défenderesse, le "payback" ne pouvait être payé, étant donné que la clinique de Belle-Idée était un hôpital public

qui ne comportait qu'une division commune, le patient n'ayant pas le choix du séjour en division commune ou privée. La prestation de "payback" était une prestation tout à fait spécifique offerte par la défenderesse au sein d'un même établissement et ne figurait pas dans les conditions générales de 2007 mais sur le Panorama des prestations. Concernant enfin les frais de transport, la représentante de la défenderesse a indiqué que si la Cour devait condamner la défenderesse à les payer en assurance de base à 50%, elle couvrirait le solde en assurance complémentaire.

38. Dans ses observations du 29 mars 2011, portant sur le mémoire de la défenderesse du 21 mars 2011 et sur l'audience du 23 mars 2011, le demandeur a maintenu toutes ses conclusions quant aux sommes dues par la défenderesse. Concernant le "payback", il a indiqué qu'il était grotesque d'affirmer qu'il n'avait pas choisi la clinique de Belle-Idée pour sa division commune mais parce que ce serait le seul hôpital apte à traiter sa pathologie et à accepter sa prise en charge. Il y avait au contraire toute une série d'établissements qui entraient en ligne de compte et qui auraient pu faire les évaluations et investigations psychiques, biologiques et neurologiques nécessaires. Comme déjà dit en audience, le choix de la clinique de Belle-Idée avait été très largement influencé par la proximité entre l'établissement et le domicile de sa mère et par la garantie du "payback". Il n'avait jamais été question, ni en 2007, ni en 2008, que l'offre "payback" soit réservée aux seuls cas où, dans un même établissement hospitalier, il y avait à la fois une division commune et une division privée. D'ailleurs, les conditions du "payback", telles qu'elles figuraient dans le Panorama, ne le stipulaient pas. Concernant les frais de transport et le trajet Verbier - clinique de la Métairie le jour de l'hospitalisation, il a rappelé que sa mère l'avait amené à la clinique en tant que représentante thérapeutique et il a invoqué le principe d'égalité de traitement. Pour ce qui était de l'hôpital le plus proche, le demandeur a expliqué qu'il n'était pas possible d'hospitaliser quelqu'un dans un hôpital psychiatrique public d'un autre canton que celui de son domicile, même en division privée, sauf éventuellement en tant que patient privé du professeur. Pour ce qui était des établissements privés, le demandeur ne possédait la garantie de prise en charge par la défenderesse que pour la clinique de la Métairie. La clinique de Prangins, qui aurait également pu entrer en ligne de compte, n'était guère plus proche. Concernant les autres trajets, et notamment ceux où la mère du demandeur était seule en voiture, il était évident qu'elle ne pouvait pas rester vingt-quatre heures sur vingt-quatre à la clinique de la Métairie et, comme pour le cas des ambulances ou des taxis, ce problème pouvait se résoudre par le biais du tarif à appliquer. Quant à l'absence prétendue d'urgence pour le retour du demandeur à Veyrier, comme il ne pouvait toujours pas se déplacer seul et qu'il ne pouvait pas rester à la clinique de la Métairie, il était clair qu'il y avait urgence à le faire transporter quelque part, en l'occurrence au domicile de sa mandataire.

39. Dans ses observations du 18 avril 2011, la défenderesse a maintenu ses dernières conclusions et renvoyé la Cour aux considérations développées dans ses mémoires de réponse des 18 octobre 2010 et 21 mars 2011. Elle n'est revenue ni sur les frais de transport, ni sur le problème du médicament Bioflorin réglé lors de l'audience du 23 mars 2011. S'agissant du "payback", elle a toutefois rappelé qu'il avait été procédé à son versement en 2008 par erreur vu qu'à l'époque, la condition du choix de plein gré de la division commune n'avait pas fait l'objet d'une analyse approfondie. L'assurance complémentaire des frais d'hospitalisation existait pour les assurés désirant bénéficier de la division privée ou demi-privée au lieu de la division commune lors d'une hospitalisation, la prestation de "payback" étant fournie en supplément à cette couverture à condition de remplir des exigences particulières. La prestation de base, soit l'hospitalisation en division privée ou demi-privée, était toujours garantie moyennant le respect des conditions fixées dans les conditions générales de l'assurance des frais d'hospitalisation. En définitive, la défenderesse a maintenu son argumentation liée au "payback".
40. Cette écriture a été communiquée au demandeur en date du 19 avril 2011. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a) Conformément à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, relevant de la loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA; RS 221.229.1).

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

b) S'agissant de la compétence *ratione loci*, l'art. 46a LCA prescrit que le for se définit selon la loi du 24 mars 2000 sur les fors (LFors). Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette dernière loi est toutefois abrogée et il convient d'appliquer le Code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC; RS 272), dont l'art. 31 prévoit que le tribunal du domicile ou du siège du défendeur ou celui du lieu où la prestation caractéristique doit être exécutée est compétent pour statuer sur les actions découlant d'un contrat. L'art. 15 des conditions générales d'assurance (ci-après : CGA) pour les assurances complémentaires selon la LCA (édition 2004) prévoit quant à lui que le lieu d'exécution est le lieu de domicile de l'assuré ou une adresse désignée par lui en Suisse.

En l'espèce, le demandeur, ainsi que sa mandataire, sont domiciliés à Genève. La compétence *ratione loci* de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est par conséquent donnée.

c) En vertu de l'art. 197 CPC en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la procédure de fond est précédée d'une tentative de conciliation devant une autorité de conciliation. L'art. 198 CPC prévoit des exceptions à la tentative obligatoire de conciliation, notamment pour les instances cantonales uniques prévues par l'art. 5 CPC et les tribunaux spéciaux statuant en instance unique sur les litiges commerciaux que les cantons peuvent instituer en application de l'art. 6 CPC (art. 198 let. f CPC). Les instances cantonales uniques que les cantons peuvent instituer pour les litiges portant sur les assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale, conformément à l'art. 7 CPC, ne sont pas mentionnées en tant qu'exceptions à l'art. 198 CPC.

L'autorité compétente pour la tentative de conciliation est à Genève le Tribunal de première instance (ci-après: le TPI), selon l'art. 86 al. 2 let. b LOJ.

Néanmoins, la Cour de céans a jugé que c'était par une inadvertance évidente que le législateur fédéral n'avait pas mentionné à l'art. 198 let. f CPC les tribunaux statuant en tant qu'instance cantonale unique sur les litiges portant sur les assurances-maladie complémentaires, conformément à l'art. 7 CPC, et que cet oubli créait une situation contraire au but de la loi et était dès lors insatisfaisante. La Cour de céans a dès lors comblé cette lacune proprement dite et exempté également ces litiges de la procédure de conciliation obligatoire, à l'instar des autres instances cantonales uniques mentionnées à l'art. 198 let. f CPC (ATAS/577/2011 du 31 mai 2011, consid. 4).

Par conséquent, la présente demande n'a pas à être soumise à une tentative de conciliation par-devant le TPI.

d) Pour le surplus, la demande respecte la forme prévue à l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du canton de Genève du 12 septembre 1985 (LPA - RS E 5 10). Partant, elle est recevable.

2. Selon la police d'assurance du demandeur, les assurances en cause sont des assurances complémentaires soumises à la LCA.
3. La LCA a subi des modifications. La nouvelle du 17 décembre 2004 (FF 2003 3353) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006, respectivement le 1^{er} janvier 2007. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits. Dès lors, les dispositions de la LCA seront citées dans leur teneur en vigueur au moment des faits déterminants, à savoir postérieurement au 1^{er} janvier 2007 (ATF 130 V 446 consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2), étant donné que l'hospitalisation à l'origine de la demande de prestation de "payback" a débuté le 20 avril 2009 et que les frais de transport à l'origine de la demande de remboursement s'étendent du 28 octobre au 4 novembre 2008.

4. Le litige consiste à déterminer, d'une part, si les frais de transports effectués par la mère du demandeur, tant selon la note de frais du 29 octobre 2009 que pour se rendre quotidiennement à la clinique durant l'hospitalisation de son fils, doivent être pris en charge par les assurances complémentaires et, d'autre part, si une prestation de "payback" doit être versée au demandeur pour son hospitalisation du 20 avril au 28 avril 2009. La Cour ne se prononcera en revanche pas sur la demande de remboursement du médicament Bioflorin, dans la mesure où cette question a été réglée lors de l'audience du 23 mars 2011 et n'est donc plus litigieuse.

La valeur litigieuse est de 1'200 fr., représentant à la fois la somme de 900 fr. demandée au titre de prestation de "payback" et la somme de 300 fr. qui, bien que ne figurant pas dans la demande, correspond au montant initialement demandé au titre de la prise en charge des frais de transport.

5. A titre préalable, il convient d'examiner s'il y a lieu de joindre la présente cause à la cause A/3118/2010 LAMal, comme le soutient le demandeur, dans la mesure où cette dernière cause porte sur la prise en charge des frais de transport par l'assurance obligatoire des soins.

Aux termes de l'art. 70 al. 1^{er} LPA, l'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure des affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune.

En l'espèce, il est vrai que les deux causes portent en partie sur le même objet, à savoir le remboursement des frais de transports effectués par la mère du demandeur. Néanmoins, elles ne sont pas régies par les mêmes règles de procédure, l'une étant soumise à la procédure relative aux assurances sociales et l'autre à la procédure relative aux assurances complémentaires. Cette différence implique en particulier que la LPGA n'est pas applicable à la présente cause, contrairement à la cause A/3118/2010 LAMal.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de joindre les deux procédures. La Cour de céans tranchera donc dans le présent arrêt les seules questions du droit éventuel à la prestation de "payback" et de la prise en charge des frais de transport par les assurances complémentaires, un arrêt séparé étant rendu dans la cause A/3118/2010 LAMal.

6. En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladie pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires (ATAS/1104/2006).

Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance. En effet, l'art. 100 LCA renvoie au droit des obligations, et partant, au code des obligations (CO; RS 220). Lorsqu'il s'agit de déterminer le contenu d'un

contrat d'assurance et des conditions générales qui en font partie intégrante, le juge doit donc, comme pour tout autre contrat, recourir en premier lieu à l'interprétation dite subjective, c'est-à-dire rechercher la "réelle et commune intention des parties", le cas échéant empiriquement, sur la base d'indices (art. 18 al. 1 CO). S'il ne parvient pas à établir avec certitude cette volonté effective, ou s'il constate que l'un des contractants n'a pas compris la volonté réelle exprimée par l'autre, il recherchera le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques (application du principe de la confiance; ATF 122 III 118, consid. 2a; ATF 118 II 342, consid. 1a). Ce faisant, le juge doit partir de la lettre du contrat et tenir compte des circonstances qui ont entouré sa conclusion (ATF non publié 5C.134/2002 du 17 septembre 2002, consid. 3.1). Selon la jurisprudence, il convient de ne pas attacher une importance décisive au sens des mots, même clairs, utilisés par les parties (abandon de la "Eindeutigkeitsregel"). Il ressort de l'art. 18 al. 1 CO en principe qu'en présence d'un texte clair, on doit exclure d'emblée le recours à d'autres moyens d'interprétation; même si la teneur d'une clause contractuelle paraît claire et indiscutable à première vue, il peut toutefois résulter du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que la lettre ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (ATF non publié 5C.305/2001 du 28 février 2002, consid. 4b; ATF 127 III 444, consid. 1b). Finalement, et de façon subsidiaire, lorsqu'il subsiste un doute sur leur sens, les dispositions exclusivement rédigées par l'assureur, ainsi les conditions générales pré-formulées, sont à interpréter en défaveur de leur auteur, conformément à la règle des clauses ambiguës ("*in dubio contra stipulatorem*"; "Unklarheitsregel") (ATF non publié 4C.208/2006 du 8 janvier 2007, consid. 3.1; ATF 122 III 118 consid. 2a). Selon la jurisprudence et la doctrine, pour que cette règle trouve à s'appliquer, il ne suffit pas que les parties soient en litige sur la signification à donner à une déclaration; encore faut-il que celle-ci puisse être comprise de différentes façons ("zweideutig") et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATFA non publié B 56/03 du 2 décembre 2003, consid. 3.6; ATF 122 III 124, consid. 2d).

7. a) Concernant tout d'abord le remboursement des frais de transports effectués par la mère du demandeur, l'art. 3 des conditions spéciales de l'assurance des soins "Plus" (ci-après: CS AP) prévoit que la défenderesse prend en charge au maximum 2'000 fr. par année civile pour les transports d'urgence médicalement nécessaires chez le médecin le plus proche ou vers l'hôpital le plus proche.

Selon l'art. 9 des conditions spéciales de l'assurance des frais d'hospitalisation (ci-après: CS H), la défenderesse prend en charge les coûts des transports d'urgence médicalement nécessaires vers l'hôpital approprié le plus proche pour y suivre le traitement hospitalier selon la classe de prestations assurée.

- b) En l'espèce, le demandeur est atteint de troubles psychiques et sa mère a dû l'amener à la clinique de la Métairie depuis Verbier où ils séjournaient. Elle est

ensuite rentrée à son domicile sis à Veyrier puis, quelques jours plus tard, a effectué le trajet aller-retour depuis son domicile pour aller rechercher son fils à la clinique. Depuis Veyrier, le demandeur et sa mère sont ensuite retournés sur leur lieu de séjour à Verbier. Par ailleurs, dans la mesure où la mère du demandeur est également sa représentante thérapeutique et sa mandataire, elle a dû se rendre quotidiennement à la clinique de la Métairie durant l'hospitalisation de son fils.

Pour tous ces trajets, la Cour de céans a retenu dans la cause A/3118/2010 LAMal que les conditions de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, et en particulier celles de l'art. 26 OPAS, n'étaient pas réalisées.

Le demandeur estime dès lors que ses assurances complémentaires doivent couvrir l'intégralité des frais de transports susmentionnés, étant donné que les conditions requises par ces assurances sont remplies et que le transport a été effectué par sa représentante thérapeutique.

La défenderesse considère quant à elle que les conditions de prise en charge des frais de transport par les assurances complémentaires ne sont pas remplies et que vu le renvoi à la LAMal fait par les CGA, il faut raisonner par analogie avec cette loi et conclure que l'assuré ne peut se faire rembourser ni ses propres frais de transport, ni d'autres frais de transport privé.

c) La Cour relève que selon les conditions spéciales d'assurance du demandeur, ce sont clairement les coûts de transports d'urgence médicalement nécessaires qui sont pris en charge par les assurances complémentaires. Il convient dès lors d'examiner ce que les parties entendaient par transports d'urgence médicalement nécessaires. Elles semblent en désaccord sur ce point qui peut être compris de différentes façons, de sorte que leur réelle et commune intention ne peut être établie et qu'il convient de rechercher le sens qu'elles pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques.

Comme leur nom l'indique, le but des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale est clairement de compléter l'assurance obligatoire des soins. L'art. 12 LAMal dispose d'ailleurs que "les caisses-maladie ont le droit de pratiquer, en plus de l'assurance-maladie sociale au sens de la présente loi, des assurances complémentaires; elles peuvent également pratiquer d'autres branches d'assurance, aux conditions et dans les limites fixées par le Conseil fédéral".

L'art. 1 CGA dispose en outre que la défenderesse alloue des prestations des assurances complémentaires en cas de maladie, d'accident et de maternité, dans la mesure où elles surviennent pendant la durée du contrat, conformément au contrat souscrit et en complément de l'assurance-maladie sociale ainsi que d'autres assurances sociales et privées.

Par conséquent, en inscrivant dans ses conditions spéciales d'assurance une couverture pour les frais de transport, la défenderesse n'avait pas pour but d'offrir des prestations plus larges que la LAMal mais de compléter la participation de l'assurance obligatoire des soins dont la couverture, avec un montant maximum de 500 fr. par année civile, n'était que partielle dans la plupart des cas.

Au surplus, dans la mesure où les art. 3 CS AP et 9 CS H reprennent la notion de transport médicalement nécessaire présente dans la LAMal et ses ordonnances, il convient de faire une analogie entre les textes de ces différentes dispositions.

Au vu de ce qui précède, la Cour considère que selon les règles de la bonne foi, les parties pouvaient et devaient considérer que le transport d'urgence médicalement nécessaire pris en charge par les assurances complémentaires au sens des conditions spéciales d'assurance avait la même signification que le transport médicalement nécessaire pris en charge par l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 25 al. 2 let. g LAMal et défini dans les ordonnances liées à cette loi.

d) Par conséquent, le transport d'urgence médicalement nécessaire prévu aux art. 3 CS AP et 9 CS H doit être interprété conformément à la LAMal et aux ordonnances y relatives, et en particulier à la lumière de l'art. 26 al. 1 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS ; RS 832.112.31). Selon cette disposition, l'assurance prend en charge 50 % des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué pour permettre la dispensation des soins par un fournisseur de prestations admis, apte à traiter la maladie et qui fait partie des fournisseurs que l'assuré a le droit de choisir, lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un autre moyen de transport public ou privé. Le montant maximum est de 500 francs par année civile.

Ainsi qu'elle l'a retenu dans la cause A/3118/2010 LAMal, la Cour estime qu'en vertu de l'art. 26 al. 1 OPAS, l'assuré ne peut se faire rembourser ni ses propres frais de transports, ni d'autres frais de transports privés comprenant notamment ceux effectués par un proche. De même que dans la cause A/3118/2010 LAMal, les conditions de l'art. 26 OPAS ne sont dès lors réalisées pour aucun des trajets effectués par la mère du demandeur et aucun de ces trajets ne remplit la condition du transport d'urgence médicalement nécessaire au sens des art. 3 CS AP, 9 CS H et 26 al. 1 OPAS. Le fait que la mère du demandeur soit également sa représentante thérapeutique n'y change rien.

En définitive, c'est donc à bon droit que la défenderesse a refusé la prise en charge des frais de transport par les assurances complémentaires. Mal fondée, la demande sera rejetée sur ce point.

8. a) Quant à la prestation de services "payback" dans l'assurance des frais d'hospitalisation, elle est prévue dans le Panorama des prestations de la

défenderesse: cette prestation s'adresse à toutes les clientes et à tous les clients ayant souscrit une assurance des frais d'hospitalisation en division privée ou demi-privée, sans franchise hospitalière. Si, en cas d'hospitalisation, l'assuré choisit de plein gré la division commune (au lieu de la division privée ou demi-privée) et s'il le communique par écrit à son service-clients avant l'entrée à l'hôpital, de l'argent lui est crédité. La bonification pour les assurés en demi-privé est de 100 fr. par jour et au maximum de 1'000 fr. par année civile et, pour les assurés en privé, de 125 fr. par jour et au maximum de 1'250 fr. par année civile.

b) La Cour relève que selon le Panorama des prestations de la défenderesse, le versement de la prestation de "payback" est soumis à la réalisation de quatre conditions, soit d'avoir souscrit une assurance des frais d'hospitalisation en division privée ou demi-privée, de n'avoir aucune franchise hospitalière, d'avoir choisi de plein gré la division commune au lieu de la division privée ou demi-privée et d'avoir communiqué préalablement son choix à l'assurance. Les parties ne contestent pas que le versement de la prestation de "payback" est soumis à la réalisation de ces conditions. La seule question litigieuse à ce stade porte sur l'interprétation de la condition du choix de plein gré de la division commune au lieu de la division privée ou demi-privée. Concernant cette condition, il convient dès lors de rechercher le sens que les parties pouvaient et devaient donner, selon les règles de la bonne foi, à leurs manifestations de volonté réciproques.

Bien que cela ne ressorte pas clairement du texte du Panorama des prestations de la défenderesse, cette dernière explique que les seuls cas où le versement du "payback" entre en ligne de compte sont les cas où l'assuré dispose d'un réel choix entre la division privée ou demi-privée et commune et qu'il est ainsi hospitalisé dans un établissement proposant à la fois une division privée ou demi-privée et une division commune.

A cet égard, il est vrai qu'un hôpital public ne proposant que des chambres en division commune peut difficilement être considéré comme permettant à l'assuré d'effectuer un réel choix de la division commune en lieu et place de la division privée ou demi-privée. Ainsi que la défenderesse le relève à juste titre, la division commune au sein d'un établissement public n'offrant pas d'autre choix doit être considérée comme imposée par les circonstances.

La Cour souligne par ailleurs que la prestation de services "payback" dans l'assurance des frais d'hospitalisation est une prestation en marge des conditions générales et spéciales d'assurance que la défenderesse a décidé d'offrir à ses assurés en tant que possibilité d'économie. La possibilité offerte par cette prestation est accordée en supplément des prestations habituelles d'une assurance des frais d'hospitalisation. Il semble donc tout à fait normal que les conditions y afférentes soient plus restrictives et qu'elles soient appliquées strictement. L'assuré en bénéficiant doit d'ailleurs s'y attendre.

Au vu de ce qui précède, la Cour se rallie aux considérations de la défenderesse et retient que selon les règles de la bonne foi, les parties pouvaient et devaient considérer que le choix de plein gré de la division commune au lieu de la division privée ou demi-privée supposait la possibilité d'un véritable choix. En d'autres termes, le versement de la prestation de "payback" suppose une hospitalisation dans un établissement offrant à l'assuré la possibilité d'être pris en charge soit en division privée ou demi-privé soit en division commune.

c) Par conséquent, dans la mesure où la clinique de Belle-Idée est un établissement public ne proposant que des chambres en division commune et ne permettant dès lors pas à l'assuré d'effectuer un réel choix quant à la division commune en lieu et place de la division privée ou demi-privée, une condition au versement du "payback" fait défaut dans le cas d'espèce. Cette prestation ne peut par conséquent pas être allouée au demandeur. Le fait qu'il aurait peut-être pu être hospitalisé dans un autre établissement n'y change rien. De même, le fait que la défenderesse ait versé par erreur la prestation de "payback" en 2008, faute d'avoir procédé à l'époque à une analyse approfondie de la condition litigieuse, est sans pertinence et le demandeur ne saurait en tirer un argument en sa faveur.

En définitive, c'est donc à bon droit que la défenderesse a refusé de verser au demandeur la prestation de "payback" pour son hospitalisation du 20 au 28 avril 2009. Mal fondée, la demande sera rejetée sur ce point également.

9. Au vu de ce qui précède, la Cour considère que les frais de transports effectués par la mère du demandeur ne doivent pas être pris en charge par les assurances complémentaires et que le demandeur n'a pas droit à la prestation de "payback" pour son hospitalisation du 20 au 28 avril 2009. La demande doit dès lors être rejetée, étant rappelé que la défenderesse a accepté de prendre en charge le Bioflorin.
10. En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, l'art. 19 de la loi d'application du code civil suisse et autres lois fédérales en matière civile, du 28 novembre 2010 (LaCC ; RS E 1 05) prévoit que la juridiction alloue une indemnité pour la représentation en justice aux mandataires professionnellement qualifiés et aux autres personnes qui ne sont pas avocats, dans la mesure où la qualité du travail effectué et les autres circonstances le justifient. Il en va de même pour les parties non représentées.

a) Concernant la représentation par un mandataire professionnellement qualifié, le Tribunal fédéral a notamment relevé qu'on peut se montrer d'autant plus vigilant en matière de qualification professionnelle quand la procédure comporte plusieurs instances et qu'il y a un intérêt public incontestable à ce que les procès conduits devant la dernière instance le soient par des mandataires capables (ATF 105 Ia 77-78). Dans le canton de Genève, la question de la constitutionnalité et de la légalité

des exigences posées en matière de représentation des parties a déjà été tranchée par le Conseil d'État (ACE F. du 12 décembre 1988) selon lequel c'est "surtout en procédure non contentieuse qu'il fallait éviter de poser des exigences rigoureuses pour l'admission de la qualité de représentant" (ATA du 27 août 2001, cause A/540/01).

Selon la jurisprudence du Tribunal administratif, le but de l'article 9 LPA - consacrant la possibilité en procédure administrative de se faire représenter par un mandataire professionnellement qualifié - s'oppose à l'admission de tout conseiller juridique indépendant comme mandataire professionnellement qualifié. La personne titulaire d'une licence en droit et qui a accompli un stage d'avocat ne peut ainsi être admise à plaider (ATA M. du 23 janvier 2001; cause n° A/1145/00). Cette qualité ne peut être donnée qu'à des personnes dont il est évident, aux yeux des administrés, qu'elles ne sont compétentes que dans le domaine du droit dont il s'agit, mais qu'elles n'ont pas les pouvoirs de représentation d'un avocat (ATA du 30 mars 2004 précité).

En l'espèce, la question de savoir si la mère du demandeur pourrait se voir reconnaître la qualité de mandataire professionnellement qualifié au sens de l'art. 9 LPA a été tranchée par la négative dans un arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 1^{er} septembre 2005 (ATAS/711/2005). La Cour de céans ne voit pas pourquoi la notion de mandataire professionnellement qualifié devrait recevoir une interprétation plus large dans le cadre de la nouvelle LaCC. Cela ne ressort d'ailleurs pas du commentaire du projet de l'art. 19 LaCC. Par conséquent, la qualité de mandataire professionnellement qualifié doit en l'espèce être déniée à la mère du demandeur.

b) Concernant la représentation par une personne autre qu'un mandataire professionnellement qualifié, il ressort de la jurisprudence du Tribunal fédéral que si une partie n'est pas représentée en procédure par un avocat ou une autre personne qualifiée, elle n'a qu'exceptionnellement droit à des dépens. Il faut admettre l'existence d'une telle situation exceptionnelle lorsque les conditions suivantes sont remplies: affaire complexe portant sur un objet litigieux élevé et nécessitant beaucoup de temps, dans une mesure dépassant ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui pour la défense de ses intérêts; rapport proportionné entre le temps consacré et le résultat de la défense des intérêts en cause (ATF 110 V 134 consid. 7 p. 136; voir également ATF 133 III 439 consid. 4 p. 446; 115 Ia 12 consid. 5 p. 21).

En l'occurrence, la Cour relève que la présente affaire n'est pas particulièrement complexe et ne porte pas sur un objet litigieux élevé nécessitant beaucoup de temps. Il est vrai que la mère du demandeur a consacré un temps important à cette affaire et rédigé de nombreux courriers, mais la Cour estime que cette activité était disproportionnée dans le cas d'espèce.

Par ailleurs, la Cour souligne que la représentante du demandeur est sa mère et défend dans une certaine mesure également ses propres intérêts dans la présente affaire. Dans de telles circonstances, ce n'est là encore que de manière très exceptionnelle que des dépens peuvent être alloués (ATF 110 V 72; ATF 110 V 132; VSI 2000 p. 337 consid. 5 non publié aux ATF 125 V 408).

c) Au vu de ce qui précède, la mère du demandeur ne saurait se voir octroyer une indemnité pour frais et dépens au sens de l'art. 19 LaCC, ni en tant que mandataire professionnellement qualifié, ni en tant qu'autre personne n'étant pas avocat. Le demandeur sera par conséquent débouté de sa conclusion y relative.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. Donne acte à la défenderesse de ce qu'elle prend en charge le Bioflorin.
3. Rejette la demande pour le surplus, dans le sens des considérants.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Conformément aux art. 72 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), le présent arrêt peut être porté dans les trente jours qui suivent sa notification avec expédition complète (art. 100 al. 1 LTF) par devant le Tribunal fédéral par la voie du recours en matière civile (Tribunal fédéral suisse, avenue du Tribunal fédéral 29, 1000 Lausanne 14). Lorsque la valeur litigieuse minimale de 30'000 francs n'est pas atteinte, le recours n'est recevable que si la contestation soulève une question juridique de principe (art. 74 al. 2 let. a LTF). Le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoqués comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La valeur litigieuse des conclusions pécuniaires est en l'espèce, au sens de la LTF, inférieure à 30'000 fr.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) par le greffe le