

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/67/2011

ATAS/228/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 février 2012

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur S _____, domicilié à Genève

demandeur

contre

CPT Assurance SA, sise Tellstrasse 18, Berne

défenderesse

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et
Christine BULLIARD MANGILI, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur S_____ (ci-après : l'assuré ou le demandeur), né en 1989, est assuré auprès de la CPT Assurance SA (ci-après : CPT ou la défenderesse) au titre de l'assurance obligatoire des soins et de plusieurs assurances complémentaires, dont une assurance des frais d'hospitalisation couvrant les honoraires consécutifs aux séjours en division semi-privée avec une franchise à 5'000 fr. Il est également au bénéfice d'une assurance Joker offrant notamment un droit d'option sur les prestations de l'assurance complémentaire des frais d'hospitalisation et assurant une somme maximale de 5'000 fr. par année civile.
2. Du 16 au 18 juin 2010, l'assuré a été hospitalisé en division semi-privée, à la Clinique Générale Beaulieu.
3. Le 17 juin 2010, CPT a accordé une garantie de prise en charge totale des frais d'hospitalisation pour l'assurance obligatoire des soins. En complément de l'assurance de base, CPT a également consenti une garantie de prise en charge des frais d'hospitalisation en division semi-privée étant précisé que certains frais médicaux pouvaient ne pas être couverts. Les garanties de prise en charge étaient en particulier délivrées sous réserve que le traitement relève des prestations obligatoires selon la LAMal et qu'il réponde aux critères du traitement économique et aux standards médicaux généralement reconnus.
4. Le 18 juin 2010, le Dr A_____ a facturé l'intervention chirurgicale de l'assuré à 1'500 fr.
5. Dans un décompte du 15 juillet 2010 concernant cette facture, CPT a mis à la charge de l'assuré 110 fr. à titre de frais ambulatoires non obligatoires et 1'390 fr. relatifs à l'hospitalisation à titre de franchise annuelle de l'assurance complémentaire des frais d'hospitalisation.
6. Dans des décomptes du 22 juillet 2010, CPT a notamment facturé à l'assuré les sommes de 13 fr. 40 à titre de franchise annuelle et de 138 fr. 50 à titre de quote-part de 10% dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, ainsi que 2'200 fr. 45 à titre de franchise annuelle de l'assurance complémentaire.
7. Par courrier adressé le 12 septembre 2010 à CPT, Madame S_____ - mère de l'assuré - a fait part de son étonnement au sujet des décomptes concernant son fils. Elle a considéré que la copie de la garantie de prise en charge qu'elle avait reçue mi-juin constituait une confirmation que CPT était informée de cette intervention. Elle était dès lors surprise qu'une franchise ait été prise en compte pour les frais d'hospitalisation, alors qu'elle n'avait en aucun cas souscrit une assurance avec franchise. À aucun moment, elle n'avait d'ailleurs compris qu'il fallait activer l'assurance Joker par écrit en cas de désir. Elle croyait que cette assurance était

automatiquement utilisée pour la première intervention de l'année. Elle pria par conséquent CPT de reconsidérer les différents décomptes relatifs à l'hospitalisation et de tenir compte de l'assurance Joker.

8. Par courrier du 30 septembre 2010 adressé à Madame S _____, CPT a nié le droit de l'assuré à l'assurance Joker, au motif qu'il ressortait des conditions spéciales liées à l'activation de cette assurance que l'assuré était tenu de procéder par écrit et avant toute intervention médicale.
9. Par courrier du 16 octobre 2010, l'assuré a formellement demandé l'activation de son assurance Joker pour la prise en charge des frais liés à son hospitalisation du 16 au 18 juin 2010.
10. Par courrier du 15 novembre 2010, CPT a informé l'assuré qu'une demande d'activation Joker devait être présentée avant la prestation ou au plus tard au moment de l'envoi de la facture. Comme celle-ci lui avait été envoyée directement par le prestataire des soins, il aurait dû demander l'activation par écrit à réception du décompte.
11. Par courrier du 28 novembre 2010, l'assuré a à nouveau sollicité CPT pour qu'elle active l'assurance Joker pour son hospitalisation. Il a joint à sa requête les factures suivantes:
 - de 1'500 fr. du Dr A _____;
 - de 162 fr. 60 du laboratoire VIOLLIER;
 - de 1'150 fr. Dr B _____, anesthésiste;
 - de 2'200 fr. 45 et de 1'384 fr. 80 de la Clinique générale Beaulieu;
 - de 33 fr. 30 de la pharmacie des Crêts-de-Champel.
12. Par courrier du 28 décembre 2010, CPT a rappelé à l'assuré les conditions spéciales en complément des conditions générales dans l'assurance Joker. Elle a par ailleurs relevé que la première facture concernant les honoraires de l'anesthésiste de 1'500 fr. lui était parvenue le 9 juillet 2010, de sorte que l'assurance Joker aurait dû être activée à ce moment-là. Les conditions d'activation n'ayant pas été respectées, il n'y avait aucun droit aux prestations par l'assurance Joker.
13. Le 12 janvier 2011, l'assuré a saisi la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'une demande en paiement contre CPT. Il contestait le refus d'activation de son assurance complémentaire Joker, et, partant, le refus de prise en charge des frais liés à son hospitalisation de juin 2010 - dont la facture totale s'était élevée à 6'669 fr. 85 - et à sa participation à 10% sur certaines factures. Il a ainsi conclu à ce que la défenderesse soit condamnée à lui rembourser la somme de 2'690 fr. 10

correspondant à la facture du Dr B _____ de 1'150 fr. et du Dr A _____ de 1'500 fr., aux montants de 40 fr. 10 (16 fr. 25 et 23 fr. 85) relatifs aux quotes-parts de 10% sur les factures du laboratoire VIOLLIER et du Dr A _____, ainsi qu'à l'annulation d'une facture de 2'359 fr. 30, concernant les montants de 2'200 fr. 45 pour l'hospitalisation à la Clinique Générale Beaulieu, de 138 fr. 50 afférent à la quote-part LAMal de 10% sur la facture de la Clinique Générale Beaulieu de 1'384 fr. 80, de 15 fr. 35 correspondant à la quote-part LAMal de 10% de la facture de la pharmacie des Crêts-de-Champel et de 5 fr. de frais de rappel. L'assuré a contesté que la demande d'activation Joker aurait dû être formulée avant la prestation ou au plus tard à l'envoi de la facture.

14. Par courrier du 15 février 2011, la défenderesse a écrit à l'assuré qu'une partie des frais d'hospitalisation de 6'669 fr. 85 mentionnés dans sa demande concernait l'assurance obligatoire des soins, de sorte qu'elle n'entraînait pas en considération pour le remboursement par l'assurance complémentaire Joker. Pour deux autres factures, il aurait appartenu à l'assuré de les lui faire parvenir dans le délai prévu par les conditions spéciales de l'assurance Joker. En ce qui concerne les quotes-parts de 10 % de l'assurance obligatoire des soins, celles-ci ne pouvaient pas être assurées par une assurance complémentaire. S'agissant de la facture en tiers payant de la Clinique Générale Beaulieu de 2'200 fr. 45, l'assuré n'avait pas renvoyé le décompte avec l'indication écrite qu'il désirait que l'assurance complémentaire Joker soit prise en compte pour cette facture. Quant à la facture du Dr B _____ de 1'150 fr., elle ne lui était jamais parvenue. Enfin, la facture du Dr A _____ de 1'500 fr. n'avait pas été remboursée à l'assuré, car il l'avait adressée en tiers garant à CPT, sans mention écrite de son désir de faire intervenir l'assurance Joker, de sorte qu'elle avait été comptabilisée dans la franchise annuelle de l'assurance des frais d'hospitalisation.
15. Par courrier du 22 février 2011, le demandeur a indiqué qu'il maintenait sa demande en paiement et, qu'en sus, il sollicitait le dédommagement des frais de conseils juridiques et d'heures de travail perdues à concurrence de 500 fr. ainsi que le versement de 5% de la somme due selon le tribunal, à titre d'intérêts.
16. Selon le décompte de prestation du 10 mars 2011, la défenderesse a versé à la Clinique Générale de Beaulieu la somme de 2'200 fr. 45 et remboursé au demandeur le montant de 1'039 fr. concernant la note d'honoraires du Dr B _____ de 1'150 fr. Elle a refusé de rembourser le solde de 111 fr. au motif qu'il s'agissait de frais stationnaires non obligatoires et non reconnus.
17. Dans son mémoire réponse du 10 mars 2011, la défenderesse a conclu au rejet de la demande en ce qu'elle concernait le remboursement de la somme de 2'690 fr. 10, sous suite de frais et dépens. Elle a rappelé que la couverture d'assurance complémentaire Joker permettait aux assurés de couvrir une somme maximale - décidée à la conclusion du contrat - à faire valoir en une seule fois par année civile

sur une prestation unique des assurances complémentaires. L'objectif de l'assurance complémentaire Joker était pour l'assuré de rassembler les factures qui pourraient faire l'objet d'une prise en charge par la couverture Joker et de choisir la prestation sur laquelle il souhaitait l'utiliser. Une hospitalisation devait être considérée comme une seule prestation, même si elle devait donner lieu à plusieurs factures, pour autant que les conditions d'activation de l'assurance Joker soient respectées pour chaque facture. Il appartenait en particulier à l'assuré de déterminer quelle prestation devait être mise au bénéfice du droit d'option Joker dès avant sa comptabilisation par CPT. A posteriori, il n'était plus possible de faire valoir le Joker, exception faite des factures en tiers payant que la défenderesse recevait et payait directement aux fournisseurs de prestations, pour lesquelles le Joker pouvait être activé à réception du décompte de prestations. Pour les factures en tiers garant, l'assuré devait faire valoir son droit par écrit au moment où il les adressait à son assurance, le terme utile étant par ailleurs fixé au 31 mars de l'année suivante. En raison du non respect desdites conditions, la facture du Dr A _____ du 18 juin 2010 de 1'500 fr. était comprise dans la franchise contractuelle de 5'000 fr. de l'assurance complémentaire des frais d'hospitalisation. Dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, une quote-part de 10% sur les factures de la pharmacie des Crêts-de-Champel du 25 juin 2010, du laboratoire VIOLLIER du 2 juillet 2010 et du Dr A _____ du 6 août 2010 était par ailleurs à la charge du demandeur. Les factures de la Clinique Générale Beaulieu du 30 juin 2010 de 2'200 fr. 45 et du Dr B _____ du 1^{er} juillet 2010 de 1'150 fr. - partiellement prise en charge par la défenderesse pour 1'039 fr., le solde de 111 fr. restant à la charge du demandeur à cause d'un litige sur les tarifs applicables aux honoraires privés opposant les médecins genevois à la CPT - bénéficiaient finalement de l'activation du Joker, vu que le demandeur avait, dans ces cas, respecté les conditions y relatives. La valeur litigieuse était ainsi ramenée de 6'669 fr. 85 à 1'500 fr. selon la défenderesse, seule la facture du Dr A _____ faisant l'objet d'un refus de couverture par l'assurance Joker.

18. Dans sa détermination du 3 avril 2011, le demandeur a confirmé sa position et a relevé qu'aucune condition spéciale de l'assurance complémentaire Joker ne mentionnait la nécessité d'envoyer en une seule fois les factures relatives à l'hospitalisation pour pouvoir bénéficier du droit d'option, de même que rien n'indiquait que l'établissement d'un décompte pour l'une ou l'autre des factures relatives à l'hospitalisation entraînât l'impossibilité de faire valoir le Joker pour tous les frais découlant d'une même prestation. Il s'étonnait que la défenderesse ait refusé sa première demande d'activation du Joker au motif qu'il devait la faire valoir avant son hospitalisation et que, dans un deuxième temps, la même demande ait été refusée parce qu'il ne l'avait pas jointe à la facture envoyée. Finalement, le 10 mars 2011, l'activation du Joker avait été admise sur certaines factures, de sorte que le demandeur ne comprenait pas comment la défenderesse appliquait et activait l'assurance complémentaire Joker.

19. Dans sa détermination du 6 juin 2011, la défenderesse a maintenu ses conclusions et précisé qu'elle ne contestait pas le fait que les conditions spéciales relatives à l'activation de l'assurance complémentaire Joker ne mentionnaient pas la nécessité d'envoyer toutes les factures en une seule fois. En revanche, lesdites conditions n'indiquaient pas non plus la possibilité d'envoyer plusieurs factures, le mot "*facture*" apparaissant au singulier. Il fallait en conclure que le droit d'option était valable une fois par année et que les factures devaient être envoyées en une seule fois pour pouvoir en bénéficier. L'interprétation des conditions spéciales par la défenderesse était jugée large, de sorte qu'une hospitalisation devait être considérée comme une seule prestation, même si elle donnait lieu à plusieurs factures. La défenderesse admettait que le cas de son assuré avait fait l'objet de prises de position divergentes mais qu'il fallait finalement retenir que le droit d'option était admis sur toutes les factures à l'exception de celle du Dr A_____ d'un montant de 1'500 fr.
20. Par courrier du 5 août 2011, la Cour de céans a sollicité un complément d'information de la part de la défenderesse, en particulier qu'elle précise sur quelle base elle contestait le montant de la facture du Dr B_____ pour 1'150 fr., de sorte que 111 fr. étaient à la charge du demandeur.
21. Dans sa réponse du 22 août 2011, la défenderesse a précisé que la contestation des honoraires du Dr B_____ se basait sur les tarifs ASSURA 2008, dont l'application était plus favorable à l'assuré que celle des tarifs CPT.
22. Par courrier du 15 septembre 2011, le demandeur a posé à la Cour de céans la question de savoir si la défenderesse pourrait être condamnée au paiement des frais relatifs à l'obtention d'un délai supplémentaire pour remettre sa déclaration fiscale, suite à l'impossibilité de la compléter concernant les frais médicaux pour 2010.
23. A la demande de la Cour de céans, la défenderesse l'a informée le 24 octobre 2011 que les tarifs ASSURA 2008 avaient été applicables également en 2010.
24. Concernant la note d'honoraires du Dr A_____, la défenderesse a expliqué à la Cour de céans le 9 janvier 2012 que ceux-ci dépassaient de 110 fr. le tarif reconnu et lui a envoyé ledit tarif le 24 janvier 2012. Par courrier du 6 février 2012, elle a donné des explications supplémentaires concernant le tarif appliqué.
25. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. 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 pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La demande respecte la forme prévue par l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du canton de Genève du 12 septembre 1985 (LPA). Partant, elle est recevable.
3. Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance-maladie complémentaire des factures du Dr A_____ de 1'500 fr., du Dr B_____ à concurrence de 111 fr. et des participations à la charge du demandeur dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, ainsi que les intérêts moratoires. En ce qui concerne le solde la facture du Dr B_____ de 1'039 fr. et la facture de la Clinique Générale de Beaulieu de 2'200 fr. 45, la demande est devenue sans objet, la défenderesse ayant finalement remboursé ces sommes.
4. a) L'art. 1 des conditions spéciales (CS) en complément des conditions générales d'assurance (CGA) dans l'assurance des frais d'hospitalisation (H) - édition 2007 - prévoit que CPT prend en charge les coûts d'un traitement hospitalier dans un hôpital pour soins aigus, une clinique de réadaptation ou dans une clinique psychiatrique en complément de l'assurance obligatoire des soins pour autant notamment que le médecin établisse ses décomptes sur la base des accords tarifaires reconnus par CPT.

b) Selon l'art. 3 des conditions spéciales en complément des CGA dans l'assurance des soins Plus (AP) sont pris en charge, "90% du coût des médicaments selon enregistrement et indication de Swissmedic. En sont exclus tous les médicaments et produits figurant sur la "Liste des produits pharmaceutiques pour application spéciale (LPPA)", ceux de la médecine complémentaire ainsi que les produits dits de confort et les médicaments utilisés comme drogues de substitution."

c) Les conditions spéciales en complément des CGA dans l'assurance Joker (X) - édition 2004 - stipulent aux art. 1 et 2 ce qui suit:

"L'assurance Joker offre l'option de bénéficier de prestations des assurances complémentaires "Assurance des soins Plus (AP)" ou

"Assurance des frais d'hospitalisation (H)" ou "Assurance Natura (N)", même si l'assuré les a déjà conclues. Ce droit d'option est valable une fois par année civile jusqu'à concurrence de la somme assurée et pour une prestation mentionnée dans les assurances complémentaires. Les conditions spéciales (CS) respectives sont déterminantes.

L'assuré peut décider jusqu'au 31 mars de l'année subséquente pour quelle facture il entend faire intervenir l'assurance Joker. Il doit le faire par écrit en y joignant la facture."

5. En l'espèce, le demandeur bénéficie des assurances complémentaires précitées (Joker, des soins Plus, Natura et des frais d'hospitalisation). L'assurance des frais d'hospitalisation prévoit une franchise de 5'000 fr.

Il a adressé à la défenderesse les notes d'honoraires pour lesquelles il souhaitait faire valoir son droit d'option par écrit, les 16 octobre et 28 novembre 2010, soit avant le 31 mars 2011, terme utile consacré par l'art. 2 des CS relatives à l'assurance complémentaire Joker.

Auparavant, sa mère avait également contacté la défenderesse, d'abord par téléphone, puis par courrier du 12 septembre 2010. À cette occasion, elle avait implicitement demandé l'activation de l'assurance Joker.

La défenderesse a expliqué qu'il fallait demander l'activation de cette assurance dès avant la comptabilisation des factures. A posteriori, il n'était plus possible de le faire valoir, exception faite des factures en tiers payant, reçues directement des prestataires de soins. Dans ce cas particulier, la demande d'activation de l'assurance Joker devait être formulée à réception du décompte de prestations. Par ailleurs, une hospitalisation devait être considérée comme une seule prestation, même si elle donnait lieu à plusieurs factures et le délai fixé au 31 mars de l'année suivante devait être considéré comme un terme utile.

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 (arrêt du Tribunal fédéral 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 qu'on ne peut ériger 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 résulter du but poursuivi par les parties ou d'autres circonstances que la lettre ne restitue pas exactement le sens de l'accord conclu (arrêt du Tribunal fédéral 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") (arrêt du Tribunal fédéral 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 (arrêt du Tribunal fédéral B 56/03 du 2 décembre 2003, consid. 3.6; ATF 122 III 124, consid. 2d).

7. En l'occurrence, il ne ressort d'aucune disposition des CS que l'assuré est tenu de formuler sa demande d'activation Joker avant la prestation caractéristique ou au moment où il envoie la facture ou encore lorsqu'il reçoit le décompte des prestations de son assurance dans le système du tiers-payant. Il est uniquement stipulé que la demande doit être formulée par écrit, avant le 31 mars de l'année subséquente, et qu'elle doit être accompagnée de la facture sur laquelle l'assuré souhaite activer son Joker. À la lecture des CS, on comprend que l'assuré peut, pendant une année civile jusqu'au 31 mars de l'année subséquente, choisir pour quelle facture, respectivement intervention selon l'interprétation de la défenderesse, il désire activer l'assurance Joker. Rien n'indique non plus qu'une fois la note d'honoraires envoyée à l'assurance, l'assurance Joker ne peut plus être activée. Par ailleurs, lorsqu'un assuré ne subit qu'une seule intervention dans l'année, il pourrait certes faire valoir son droit immédiatement. Toutefois, il ne peut prévoir à l'avance combien d'interventions il subira dans une année civile, surtout au début de l'année.

En cas de pluralités d'interventions, les art. 1 et 2 CS donnent à croire qu'il lui est alors loisible de faire son choix jusqu'à la date butoir.

Il s'ensuit que l'interprétation de la défenderesse est contraire à la lettre claire des dispositions contractuelles, de sorte qu'elle ne peut être retenue.

Dès lors que le demandeur a sans équivoque demandé par écrit l'activation de l'assurance complémentaire Joker avant le 31 mars 2011 pour son hospitalisation du 16 au 18 juin 2010, il convient de constater qu'il a satisfait aux CS de l'assurance Joker en question. Il appartient ainsi à la défenderesse de prendre en charge les frais de l'hospitalisation en cause

8. Reste à déterminer l'étendue des prestations couvertes par les assurances complémentaires.

a) La facture du Dr A_____ d'un montant de 1'500 fr. n'est pas couverte par l'assurance obligatoire des soins et émerge à l'assurance complémentaire. A ce titre, la défenderesse devra donc l'assumer.

Toutefois, selon l'art. 1 de l'assurance des frais d'hospitalisation (H), CPT prend en charge les coûts d'un traitement hospitalier dans un hôpital pour soins aigus pour autant que l'hôpital figure sur la liste des hôpitaux du canton d'implantation, qu'il possède un mandat de prestations pour le traitement prévu et que l'hôpital et le médecin établissent leurs décomptes sur la base d'accords tarifaires reconnus par CPT (al. 2). Si ces conditions ne sont pas remplies, il n'y a aucun droit aux prestations.

En l'occurrence, il résulte de la comparaison des tarifs que le Dr A_____ a effectivement pratiqué des honoraires plus élevés que ceux admis par la défenderesse. Il s'ensuit que c'est à juste titre que la défenderesse a mis à la charge du demandeur la différence entre les tarifs applicables par les assureurs et ceux appliqués par le praticien, soit la somme de 110 fr. Le demandeur n'a donc droit au remboursement de cette facture qu'à raison de 1'390 fr.

b) En ce qui concerne la facture du Dr B_____ du 1^{er} juillet 2010, la défenderesse a finalement admis l'activation du Joker sur une partie de la facture totale de 1'150 fr., mais a mis un montant de 111 fr. à la charge du demandeur, au motif que les honoraires de ce praticien dépassent les tarifs admis par cette assurance.

Il est exact que la différence entre les tarifs applicables par la défenderesse et ceux facturés par le praticien est de 111 fr. C'est donc à juste titre que la défenderesse a mis à la charge du demandeur cette différence

c) S'agissant des quotes-parts LAMal de 10 % que la défenderesse a mis à la charge du demandeur, l'art. 64 al. 8 LAMal prescrit que la participation aux coûts ne peut être assurée ni par une caisse-maladie ni par une institution d'assurance privée. Il est également interdit aux associations, aux fondations ou à d'autres institutions de prévoir la prise en charge de ces coûts.

La défenderesse était dès lors en droit de refuser de couvrir par l'assurance-maladie complémentaire la quote-part de 10 % des soins liés à l'assurance obligatoire, soit les factures de la Clinique Générale Beaulieu pour 138 fr. 50, du laboratoire VIOLLIER pour 16 fr. 25, du Dr A_____ pour 23 fr. 85 et de la pharmacie des Crêts-de-Champel pour 15 fr. 35.

9. Au vu de ce qui précède, la demande sera partiellement admise, dans la mesure où elle n'est pas devenue sans objet, et la défenderesse condamnée à verser au demandeur la somme de 1'390 fr.
10. a) S'agissant des intérêts moratoires, l'art. 41 al. 1 LCA dispose que la créance qui résulte du contrat est échue quatre semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention. La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss CO. Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire - de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO) - est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur (ATF 98 II 23 consid. 7; THEVENOZ, in Commentaire romand du Code des obligations I, n° 9 ad art. 104 CO).

Une exception à l'exigence d'une interpellation est admise par la doctrine et la jurisprudence notamment lorsque le débiteur, même avant l'exigibilité de la dette, déclare ou manifeste par son attitude sans ambiguïté qu'il refuse ou n'est pas en mesure de s'exécuter, en application par analogie de l'art. 108 ch. 1 CO, selon lequel, dans les contrats bilatéraux, la fixation d'un délai pour l'exécution du contrat, permettant de le résilier ou de demander des dommages intérêts (art. 107 CO), n'est pas nécessaire, lorsqu'il ressort de l'attitude du débiteur que cette mesure serait sans effet. Cependant, la sommation avec fixation de délai ne peut être évitée que si elle n'a aucun sens; tel est le cas si le refus du débiteur de s'exécuter apparaît clair et définitif. En revanche, ne sont pas suffisants la demande du débiteur tendant à l'octroi d'un délai, son affirmation qu'il ne peut s'exécuter pour l'instant ou les

doutes qu'il pourrait émettre quant à la validité du contrat (ATF 110 II 141 consid. 1b p. 143 s.; THEVENOZ, op. cit., n° 31).

b) En l'occurrence, il convient d'admettre que le refus de la défenderesse de rembourser la facture du Dr A _____ du 18 juin 2010 paraît définitif après que le demandeur a formellement demandé l'activation de l'assurance Joker pour l'intervention en cause en date du 16 octobre 2010 et que celle-ci l'a refusée par courrier du 15 novembre 2010. Partant, pour cette facture, il y a lieu d'admettre que la défenderesse est en demeure depuis cette date.

En ce qui concerne la facture du Dr B _____ du 1^{er} juillet 2010, il semble que le recourant ne l'ait transmise qu'en annexe à son courrier du 28 novembre 2010. La défenderesse ayant refusé la prise en charge par courrier du 28 décembre 2010, les intérêts moratoires commencent à courir dès cette date sur le solde de cette facture de 1'039 fr. et cela jusqu'à son paiement le 10 mars 2011. Le montant des intérêts moratoires s'élève ainsi à 10 fr. 20 pour 72 jours.

Enfin, en ce qui concerne la facture de la Clinique Générale de Beaulieu de 2'200 fr. 45, la défenderesse l'a payée directement à cet établissement, de sorte qu'aucun intérêt moratoire n'est dû au demandeur sur cette somme.

11. Au vu de ce qui précède, la défenderesse sera donc condamnée à verser au demandeur la somme de 1'390 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 15 novembre 2010.
12. S'agissant enfin des dépens, le Tribunal fédéral considère que la partie qui obtient gain de cause et qui n'est pas représentée par un avocat ou une autre personne qualifiée n'a qu'exceptionnellement droit à des dépens. Pour que l'on puisse admettre une telle exception, il faut notamment que l'affaire soit complexe, qu'elle porte sur un objet litigieux élevé, que la sauvegarde des intérêts de l'intéressé ait nécessité une grande dépense de temps, qui dépasse la mesure de ce qu'un particulier peut ordinairement et raisonnablement prendre sur lui, et que le rapport entre le temps consacré et le résultat de cette sauvegarde soit proportionné (VSI 2000/6 p. 337 consid. 5 ; ATF 110 V 134 consid. 4d ; RCC 1984 p. 278 ; ATFA non publié du 11 décembre 2001, K 10/99 consid. 6).

En l'espèce, il n'apparaît pas que le demandeur ait consacré énormément de temps à la sauvegarde de ses intérêts, l'objet du litige n'étant pas, en soi, élevé, de sorte qu'il n'a pas droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens.

S'agissant enfin des frais afférents à l'obtention d'un délai supplémentaire pour la déclaration d'impôts, ils ne se rapportent pas à la défense du demandeur dans la présente procédure. Partant, il ne peut prétendre à leur remboursement.

13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement, dans la mesure où elle n'est pas devenue pas sans objet.
3. Condamne la défenderesse à verser au demandeur le montant de 1'390 fr. avec intérêts à 5% l'an dès le 15 novembre 2010.
4. La condamne au paiement d'intérêts moratoires de 10 fr. 20 au demandeur.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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