

GE_GERICHTE A/1438/2025 vom 1. Dezember 2025

GE Cour de justice, 2025-12-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1438_2025

FR: GE_GERICHTE A/1438/2025 du 1 décembre 2025

IT: GE_GERICHTE A/1438/2025 del 1 dicembre 2025

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 7 du Code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272) et à l'art. 134 al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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). Selon la police d'assurance, qui se réfère aux CGA, le contrat est régi par la LCA. La compétence de la chambre de céans à raison de la matière pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

S'agissant de la compétence à raison du lieu, il convient de retenir ce qui suit.

E. 1.2.1

La LCA a fait l'objet d'une révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2020 4969 ; RO 2021 357). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). En l'occurrence, le litige porte sur le droit à la prise en charge de prestations médicales intervenues en mars 2025, soit postérieurement au 31 décembre 2021. En outre, la dernière police d'assurance entre le demandeur et la défenderesse a également été conclue postérieurement au 31 décembre 2021. Il sied également de relever que les CGA prévoient l'application de la nouvelle teneur de la LCA. En effet, l'art. 2.5 des CGA prévoit que, dans la mesure où les présentes CGA, les CC ou d'éventuelles conventions spéciales ne prévoient pas de dispositions contraires, le contrat d'assurance dépend des prescriptions de la LCA. Les modifications s'inscrivant dans le cadre de la révision de la LCA du 19 juin 2020 s'appliquent aussi aux contrats conclus avant le 1^{er} janvier 2022. En sont exclues les dettes de la personne assurée, dont le délai de prescription reste de deux ans. Partant, les dispositions de la LCA applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 1.2.2

Selon l'art. 17 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC – RS 272), sauf disposition contraire de la loi, les parties peuvent convenir d'un for pour le règlement d'un différend présent ou à venir résultant d'un rapport de droit déterminé. Sauf disposition conventionnelle contraire, l'action ne peut être intentée que devant le for élu (al. 1). La convention doit être passée en la forme écrite ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte (al. 2). L'art. 42.2 des CGA prévoit qu'en cas de contestations, une action peut être ouverte contre la CSS au lieu de domicile en Suisse de la personne

assurée ou à Lucerne. Si la personne assurée est domiciliée à l'étranger, le for exclusif est la ville de Lucerne.

E. 1.2.3

En l'occurrence, le demandeur ayant son domicile dans le canton de Genève, la chambre de céans est compétente à raison du lieu pour connaître de la demande dont elle est saisie.

E. 1.3

L'art. 198 let. f CPC prévoit que les litiges relatifs aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie pour lesquels un tribunal statue en tant qu'instance cantonale unique (au sens de l'art. 7 CPC) ne sont pas soumis à la procédure de conciliation. L'art. 198 let. f CPC, dans sa nouvelle teneur, s'applique aux procédures en cours au 1^{er} janvier 2025 (cf . art. 407f CPC). Selon l'art. 134 al. 1 let. c LOJ, la chambre des assurances sociales connaît en instance cantonale unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire prévue par la fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994. En l'occurrence, le canton de Genève ayant prévu une instance cantonale unique, ce litige, qui porte sur une contestation relative aux assurance complémentaires à l'assurance-maladie obligatoire, n'est pas soumis à la procédure de conciliation préalable de l'art. 197 CPC.

E. 1.4

Pour le reste, la demande respecte les exigences de forme prévues à l'art. 244 CPC, si bien qu'elle est recevable.

E. 1.5

Quant à la recevabilité de la réponse à la demande du 24 avril 2025, la défenderesse a établi que les signataires de ses écritures avaient le pouvoir de la représenter (cf . pièces 50 à 53 défenderesse).

E. 2

Le litige porte sur la question de savoir si la défenderesse pouvait à bon droit limiter la prise en charge des frais d'hospitalisation de la demanderesse des 3 et 4 mars et 11 et 12 mars 2025, laissant la part excédentaire des prestations facturées à hauteur de CHF 4'639.30 à la charge du demandeur.

E. 3.1

À teneur de l'art. 243 al. 2 let. f CPC, la procédure simplifiée s'applique aux litiges portant sur des assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale au sens de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, indépendamment de la valeur litigieuse. Il en résulte que le tribunal établit les faits d'office (art. 247 al. 2 let. a CPC). Il s'agit donc d'un cas où une disposition spéciale instaure la maxime inquisitoire, en lieu et place de la maxime des débats (ATF 138 III 625 consid. 2.1). Ce principe n'est pas une maxime officielle absolue, mais une maxime inquisitoire sociale (arrêt du Tribunal fédéral 9C_541/2010 du 16 juillet 2010 consid. 1). Le juge ne doit pas instruire d'office le litige lorsqu'une partie renonce à expliquer sa position. En revanche, il doit interroger les parties et les informer de leur devoir de collaboration et de production des pièces ; il est tenu de s'assurer que les allégations et offres de preuves sont complètes uniquement lorsqu'il a des motifs objectifs d'éprouver des doutes sur ce point. L'initiative du juge ne va pas au-delà de l'invitation faite aux parties de mentionner leurs moyens de preuve et de les présenter. La

maxime inquisitoire sociale ne permet pas d'étendre à bien plaire l'administration des preuves et de recueillir toutes les preuves possibles (ATF 125 III 231 consid. 4a).

E. 3.2

La maxime inquisitoire sociale ne modifie pas la répartition du fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral 4C.185/2003 du 14 octobre 2003 consid. 2.1). Pour toutes les prétentions fondées sur le droit civil fédéral, l'art. 8 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC - RS 210), en l'absence de règles contraires, répartit le fardeau de la preuve et détermine, sur cette base, laquelle des parties doit assumer les conséquences de l'échec de la preuve (ATF 133 III 323 consid. 4.1 non publié ; 130 III 321 consid. 3.1 ; 129 III 18 consid. 2.6 ; 127 III 519 consid. 2a). Cette disposition ne prescrit cependant pas quelles sont les mesures probatoires qui doivent être ordonnées (ATF 122 III 219 consid. 3c ; 119 III 60 consid. 2c). Elle n'empêche pas le juge de refuser une mesure probatoire par une appréciation anticipée des preuves (ATF 121 V 150 consid. 5a). L'art. 8 CC ne dicte pas comment le juge peut forger sa conviction (ATF 122 III 219 consid. 3c ; 119 III 60 consid. 2c ; 118 II 142 consid. 3a). En tant que règle sur le fardeau de la preuve, il ne s'applique que si le juge, à l'issue de l'appréciation des preuves, ne parvient pas à se forger une conviction dans un sens positif ou négatif (ATF 132 III 626 consid. 3.4 et 128 III 271 consid. 2b/aa). Ainsi, lorsque l'appréciation des preuves le convainc de la réalité ou de l'inexistence d'un fait, la question de la répartition du fardeau de la preuve ne se pose plus (ATF 128 III 271 consid. 2b/aa). En vertu de l'art. 8 CC, chaque partie doit, si la loi ne prescrit le contraire, prouver les faits qu'elle allègue pour en déduire son droit. En conséquence, la partie qui fait valoir un droit doit prouver les faits fondant ce dernier, tandis que le fardeau de la preuve relatif aux faits supprimant le droit, respectivement l'empêchant, incombe à la partie qui affirme la perte du droit ou qui conteste son existence ou son étendue. Cette règle de base peut être remplacée par des dispositions légales de fardeau de la preuve divergentes et doit être concrétisée dans des cas particuliers (ATF 128 III 271 consid. 2a/aa avec références). Ces principes sont également applicables dans le domaine du contrat d'assurance (ATF 130 III 321 consid. 3.1). La partie qui n'a pas la charge de la preuve a le droit d'apporter une contre-preuve. Elle cherchera ainsi à démontrer des circonstances propres à faire naître chez le juge des doutes sérieux sur l'exactitude des allégations formant l'objet de la preuve principale. Pour que la contre-preuve aboutisse, il suffit que la preuve principale soit ébranlée, de sorte que les allégations principales n'apparaissent plus comme les plus vraisemblables (ATF 130 III 321 consid. 3.4). Le juge doit procéder à une appréciation d'ensemble des éléments qui lui sont apportés et dire s'il retient qu'une vraisemblance prépondérante a été établie (ATF 130 III 321 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_61/2011 du 26 avril 2011 consid. 2.1.1).

E. 4.1

En matière d'assurances complémentaires, les parties sont liées par l'accord qu'elles ont conclu dans les limites de la loi, les caisses-maladies pouvant en principe édicter librement les dispositions statutaires ou réglementaires dans les branches d'assurances complémentaires qui relèvent de la liberté contractuelle des parties hormis quelques dispositions impératives en matière d'indemnités journalières (ATF 124 V 201 consid. 3d). Le droit aux prestations d'assurances se détermine sur la base des dispositions contractuelles liant l'assuré et l'assureur, en particulier des conditions générales ou spéciales d'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 5C.253/2000 du 6 mars 2001 consid. 4a). Selon la jurisprudence, celui qui signe un texte comportant une référence expresse à des

conditions générales est lié au même titre que celui qui appose sa signature sur le texte même des conditions générales, sans qu'il importe qu'il ait réellement lu les conditions générales en question (ATF 119 II 443 consid. 1a).

E. 4.2

Les principes généraux de l'interprétation des contrats s'appliquent au contrat d'assurance, autant que la loi spéciale ne contient pas de dispositions particulières : l'art. 100 al. 1 LCA renvoie au droit des obligations (ATF 118 II 342 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.208/2006 du 8 janvier 2007 consid. 2.1).

E. 4.2.1

Les dispositions contractuelles et les conditions générales d'assurance expressément incorporées au contrat doivent être interprétées selon les mêmes principes juridiques (ATF 142 III 671 consid. 3.3 ; 135 III 1 consid. 2 ; 133 III 675 consid. 3.3). En présence d'un litige sur l'interprétation d'une clause contractuelle, le juge doit tout d'abord s'efforcer de déterminer la réelle et commune intention des parties, sans s'arrêter aux expressions ou dénominations inexactes dont elles ont pu se servir, soit par erreur, soit pour déguiser la nature véritable de la convention (art. 18 al. 1 CO) ; s'il y parvient, il s'agit d'une constatation de fait qui lie en principe le Tribunal fédéral conformément à l'art. 105 LTF. Si la volonté réelle des parties ne peut pas être établie ou si leurs volontés intimes divergent, le juge doit interpréter les déclarations faites et les comportements selon la théorie de la confiance ; il recherchera ainsi comment une déclaration ou une attitude pouvait et devait être comprise de bonne foi en fonction de l'ensemble des circonstances (ATF 142 III 671 consid. 3.3 ; 140 III 134 consid. 3.2 ; 138 III 29 consid. 2.2.3). L'application du principe de la confiance est une question de droit que le Tribunal peut examiner librement (art. 106 al. 1 LTF) ; cependant, pour trancher cette question, il doit se fonder sur le contenu de la manifestation de volonté et sur les circonstances, dont la constatation relève du fait (ATF 135 III 410 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_477/2022 du 6 février 2024 consid. 4.1).

E. 4.2.2

Lorsque l'assureur, au moment de conclure le contrat, présente des conditions générales, il manifeste la volonté de s'engager selon les termes de ces conditions ; si une volonté réelle concordante n'a pas été constatée, il faut donc se demander comment le destinataire de cette manifestation de volonté pouvait la comprendre de bonne foi. Cela conduit à une interprétation objective des termes contenus dans les conditions générales, même si elle ne correspond pas à la volonté intime de l'assureur (ATF 136 III 186 consid. 3.2.1 ; 135 III 295 consid. 5.2). Si l'interprétation selon le principe de la confiance ne permet pas de dégager le sens de clauses ambiguës, celles-ci sont à interpréter contre l'assureur qui les a rédigées, en vertu de la règle « in dubio contra stipulatorem » (ATF 133 III 61 consid. 2.2.2.3 ; 126 V 499 consid. 3b ; 124 III 155 consid. 1b ; 122 III 118 consid. 2a ; 119 II 368 consid. 4b). L'art. 33 LCA, en tant qu'il prévoit que les clauses d'exclusion sont opposables à l'assuré uniquement si elles sont rédigées de façon précise et non équivoque, est une concrétisation de ce principe. (ATF 115 II 264 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral 5C.134/2002 du 17 septembre 2002 consid. 3.1). En effet, cet article dispose que, sauf disposition contraire de la présente loi, l'entreprise d'assurance répond de tous les événements qui présentent le caractère du risque contre les conséquences duquel l'assurance a été conclue, à moins que le contrat n'exclue certains événements d'une manière précise, non équivoque. Conformément

au principe de la confiance, c'est en effet à l'assureur qu'il incombe de délimiter la portée de l'engagement qu'il entend prendre et le preneur n'a pas à supposer des restrictions qui ne lui ont pas été clairement présentées (ATF 133 III 675 consid. 3.3 ; 135 III 410 consid. 3.2). 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 de bonne foi être comprise de différentes façons (« zweideutig ») et qu'il soit impossible de lever autrement le doute créé, faute d'autres moyens d'interprétation (ATF 122 III 118 consid. 2d ; 118 II 342 consid. 1a ; 100 II 144 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral 4A_477/2022 du 6 février 2024 consid. 4.2).

E. 4.2.3

De surcroît, la validité d'une clause contenue dans des conditions générales préformulées est limitée par la règle dite de la clause insolite (ATF 135 III 1 consid. 2.1), laquelle soustrait de l'adhésion censée donnée globalement à des conditions générales, toutes les clauses insolites sur lesquelles l'attention de la partie la plus faible ou la moins expérimentée en affaires n'a pas été spécialement attirée (sur la notion de clause insolite : ATF 138 III 411 consid. 3.1 ; 135 III 1 consid. 2.1). En particulier, la règle de la clause insolite peut trouver application lorsque la clause a pour effet de réduire drastiquement la couverture d'assurance de telle sorte que les risques les plus fréquents ne sont plus couverts (arrêt du Tribunal fédéral 4A_477/2022 du 6 février 2024 consid. 4.3).

E. 4.3

Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de se pencher sur la portée des garanties de paiement. Il a ainsi relevé que la garantie de paiement donnée à un établissement hospitalier ne représente pas, à l'égard de l'assuré, un engagement définitif de prendre en charge les frais et, par conséquent, qu'elle n'est pas propre, à elle seule, à faire naître une prétention découlant du droit à la protection de la bonne foi (comp. avec ATF 111 V 28, où le droit de l'assuré à la protection de la bonne foi n'a pas été reconnu, quand bien même la garantie de paiement était parvenue à l'établissement hospitalier avant l'hospitalisation; cf. également ATF 112 V 190 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral K 35/04 du 29 juin 2004 consid. 6.3). Le Tribunal fédéral a confirmé un arrêt cantonal qui avait relevé qu'une garantie d'hospitalisation sans condition engageait son auteur et que celui-ci ne pouvait pas revenir sur sa parole de façon rétroactive, sans pour autant prétendre, que la garantie de paiement donnée par l'assurance à l'établissement hospitalier liait également l'assurance à l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 4D_128/2008 du 8 janvier 2009 consid. 3).

E. 4.4

En l'occurrence, il est constant que le demandeur bénéficie auprès de la défenderesse, à titre d'assurance complémentaire, de la couverture offerte par une assurance-hospitalisation dont la police indique qu'elle couvre les prestations hospitalisation en division demi-privée sans participation aux coûts ainsi que les prestations hospitalisation en division privée avec participation aux coûts de 35% (max. CHF 2'000.- par année civile). Ladite police d'assurance comporte également une mention déclarant applicable les CGA, édition janvier 2025, et les CC de l'assurance d'hospitalisation myFlex, variante « Balance », édition janvier 2009, dont les dispositions s'articulent comme suit.

E. 4.4.1

L'art 2.2 CGA prévoit que les droits et obligations des parties contractantes sont réglés dans la police d'assurance, dans les présentes CGA, dans les conditions complémentaires

(CC) ainsi que, le cas échéant, dans d'autres conventions. Selon l'art. 2.3 CGA, les CC règlent plus précisément le rapport d'assurance et complètent les présentes CGA. Des dispositions contraires mentionnées dans les CC ont la priorité sur les présentes CGA. L'art. 2.5, 1 re phr., CGA précise que, dans la mesure où les présentes CGA, les CC ou d'éventuelles conventions spéciales ne prévoient pas de dispositions contraires, le contrat d'assurance dépend des prescriptions de la LCA. En vertu de l'art. 4.1 CGA, peuvent être assurées les conséquences économiques de la maladie, de la maternité et de l'accident en complément des autres assurances sociales, en particulier de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal et/ou de la LAA. L'art. 4.2 CGA précise que les détails concernant les diverses assurances-maladie complémentaires sont réglés dans les CC correspondantes. S'agissant de définition des termes employés, les CGA indiquent dans leur art. 9 que, sont considérés comme fournisseurs de prestations les personnes, établissements et institutions qui sont reconnus comme tels, selon la LAMal et par la CSS, et qui remplissent les conditions établies. Sous le titre « obligations dans le cas d'assurance », à l'art. 25.1, 1 re phr., CGA, il est prévu que, lors d'un cas d'assurance, la personne assurée est tenue de présenter sans délai à la CSS tous les renseignements, documents et justificatifs nécessaires à l'évaluation de l'obligation d'allouer des prestations afin que la CSS puisse contrôler son obligation contractuelle de verser des prestations. Selon l'art. 25.7 CGA, des admissions effectuées en vue de traitements stationnaires auprès de fournisseurs de prestations reconnus selon le chiffre 9 (par exemple admission à l'hôpital), doivent en principe être communiquées sans délai à la CSS ou à la centrale d'appel d'urgence de la CSS, mais au plus tard dans les cinq jours suivant l'admission. L'art. 25.8 CGA précise qu'avant le début du traitement stationnaire, la CSS ou la centrale d'appel d'urgence de la CSS doit fournir une garantie de paiement si cela est mentionné expressément dans les CC. Selon l'art. 26.1 CGA, en cas de violation des obligations contractuelles par la personne assurée, la CSS peut refuser de verser les prestations ou les fixer selon son appréciation. Les coûts relatifs à une clarification éventuelle des faits sont à la charge de la personne assurée. S'agissant de l'étendue des prestations, l'art. 27.1 CGA prévoit que la CSS verse des prestations pour des mesures diagnostiques et thérapeutiques, des médicaments et moyens auxiliaires qui sont efficaces, appropriés et économiques, dans la mesure où ils sont dispensés par des fournisseurs de prestations reconnus selon le chiffre 9. Des précisions sur le droit aux prestations figurent dans les CC. L'art. 27.3 CGA précise que l'étendue des prestations dans le cas d'assurance est réglée de manière exhaustive dans les CC. L'art. 28 CGA prévoit une liste de prestations non assurées, dans laquelle figurent, à l'art. 28.1 let. m, les prestations qui, selon la LAMal, doivent être prises en charge par les pouvoirs publics. Selon l'art. 31.1 CGA, toutes les prestations de la CSS convenues par contrat sont allouées en complément des prestations d'autres assurances sociales, en particulier celles versées selon la législation fédérale suisse sur l'assurance militaire, accidents, invalidité et maladie, et des assurances étrangères correspondantes. Lorsque la personne assurée a droit à des prestations d'assurances dites sociales, la CSS n'alloue ses prestations que si le cas a été annoncé à ces assureurs dans les délais impartis. L'art. 35 CGA mentionne que les conventions d'honoraires entre la personne assurée et les fournisseurs de prestations ne sont pas obligatoires pour la CSS. Il n'existe un droit aux prestations que dans la mesure des tarifs négociés ou reconnus par la CSS. L'art. 41 CGA concerne les listes de la CSS. À leur art. 41.1, les CGA prévoit que les listes valables de la CSS mentionnées dans les présentes CGA et dans les CC (par exemple fournisseurs de prestations reconnus par la CSS selon le chiffre 9 CGA) peuvent être modifiées par elle unilatéralement et à tout moment. La personne

assurée ne dispose d'aucun droit de résiliation en cas de modification des listes. L'art. 41.2 CGA précise que sont toujours déterminantes les listes valables au moment du traitement. L'art. 41.3 CGA indique que les listes peuvent être demandées à l'agence compétente dans la mesure où les CC ne prévoient pas de dispositions contraires. En outre, la CSS peut publier les listes sur Internet.

E. 4.4.2

Quant aux CC concernant l'assurance d'hospitalisation myFlex, elles mentionnent à leur art. 1.1 que la personne assurée peut choisir entre les trois échelons d'assurance « Economy », « Balance » ou « Premium ». Selon l'art. 2 CC, lors d'un cas d'assurance, la CSS prévoit certaines prestations en complément et subséquentement aux prestations d'autres assurances sociales, notamment de l'assurance obligatoire des soins selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et/ou de l'assurance-accidents selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA). L'art. 2.3 CC traite de l'hôpital stationnaire et prévoit, pour les échelons d'assurance « Economy » et « Balance » que la CSS paie les coûts de traitement et de séjour en division commune, demi-privée ou privée des hôpitaux qui, au moment du traitement, sont considérés comme un fournisseur de prestations selon le chiffre 9 des CGA. Pour les traitements planifiés, une garantie de paiement pour le fournisseur de prestations et la division choisie doit avoir été délivrée par la CSS au plus tard au moment de l'admission auprès du fournisseur de prestations. Si tel n'est pas le cas, les coûts ne sont pas remboursés. En cas d'urgence, la garantie de paiement pour le fournisseur de prestations ainsi que pour la division choisie doit être demandée sans délai. L'art. 3 CC définit les prestations complémentaires. Ainsi, selon l'art. 3.1 CC, la CSS détermine dans une liste (cf . art. 41 CGA) quelles prestations complémentaires peuvent être allouées en rapport avec le chiffre 2, comme la promotion de la santé, la prévention ou l'assistance. Pour les prestations complémentaires proposées, il existe également les trois niveaux d'offre « Economy », « Balance » et « Premium ». La CSS détermine également de façon autonome l'étendue des prestations des différents niveaux d'offre. L'art. 3.2 CC prévoit que les prestations complémentaires dépendent de la réunion des conditions formulées unilatéralement par la CSS et modifiables en tout temps. L'art. 3.3 CC précise que la liste actualisée des prestations est publiée par la CSS sur Internet. Si tel n'est pas le cas, il est possible de la consulter dans les agences CSS. L'art. 4 CC règle le droit aux prestations. Selon l'art. 4.1 CC, les prestations sont imputées selon les données de traitement et d'exécution sur la somme de prestations assurée par année civile. Les coûts intervenant après épuisement du droit ne peuvent être reportés sur l'année suivante. L'art. 4.2 CC indique que si une limitation des prestations est convenue par cas d'assurance, celle-ci est valable indépendamment de la date de traitement ou d'exécution sur chaque cas d'assurance (y.c les complications ou éventuellement les traitements subséquents ou ultérieurs) et est considérée comme épuisée dès que tous les coûts réels dans le cadre de ce cas d'assurance ont atteint la limite de prestations. Selon l'art. 4.3 CC, les prestations ou contributions prévues dans les présentes CC sont versées exclusivement à titre de complément et subséquentement aux assurances citées aux chiffres 31.1 des CGA, notamment l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal. Les parts de coûts que couvrent ces assurances ainsi que les participations aux coûts issues de ces assurances ne sont pas assurées dans l'assurance d'hospitalisation myFlex, indépendamment du fait que les assurances existent ou non. L'art. 4.4 CC précise que, pour autant que rien d'autre ne soit prévu au chiffre 2, sont remboursés au maximum, sur présentation de justificatifs, les coûts effectifs. L'art. 6 CC définit la limitation des prestations. Selon l'art. 6.1 CC, lors d'un cas d'assurance, la CSS n'alloue pas de prestations pour des traitements et médicaments de

médecine complémentaire. L'art. 6.2 CC prévoit que le libre choix du fournisseur de prestations est supprimé lorsque la personne assurée a conclu une assurance obligatoire des soins avec choix limité des fournisseurs de prestations. En cas d'infraction aux règles, aucun coût n'est pris en charge à partir de cette assurance. L'art. 6.3 CC indique qu'en cas de séjours et/ou traitements prodigués auprès d'un fournisseur de prestations reconnu conformément au chiffre 9 des CGA dont la division figure sur la liste des fournisseurs de prestations sans division commune, demi-privée ou privée reconnue par la CSS (cf . art. 41 CGA), aucun frais n'est pris en charge. Le chiffre 6.3 n'est valable que pour les échelons d'assurance « Economy » et « Balance ».

E. 5

En l'espèce, le différend concerne la prise en charge intégrale des factures du Dr C_____ relatives aux opérations des 3 et 11 mars 2025 au sein de la clinique B_____, étant précisé qu'une partie de ces frais ont été payés par la défenderesse. Les factures en cause s'élèvent à CHF 2'370.50 (selon le justificatif de remboursement relatif à l'intervention du 3 mars 2025 – cf . pièce 5 demandeur) et à CHF 5'717.80 (selon le justificatif de remboursement relatif à l'intervention du 11 mars 2025 – cf . pièce 6 demandeur). Il ressort des pièces de la procédure que la défenderesse a remboursé CHF 3'449.- de la facture de CHF 5'717.80 (cf . décompte de prestations du 11 avril 2025 – pièce 49 défenderesse). En conséquence, le montant litigieux correspond à CHF 4'639.30. Il sied de relever que la défenderesse prétend avoir remboursé au demandeur le montant de CHF 3'449.- qui correspond à « un montant pour toutes les prestations médicales fournies » (cf . plaidoirie finale du 13 novembre 2025 p. 2). Toutefois, cette allégation est contredite par les pièces du dossier, à savoir le décompte de prestations du 11 avril 2025 précité, qui indique clairement que le montant de CHF 3'449.- a été déduit de la facture du Dr C_____ de CHF 5'717.80 relative à l'intervention du 11 mars 2025.

E. 5.1

Le demandeur fonde sa prétention sur les clauses du contrat d'assurance le liant à la défenderesse, soit notamment les art. 2.3 et 4.4 CC, selon lesquels la défenderesse s'est engagée à lui rembourser les coûts effectifs de ses opérations au titre de sa police d'assurance. Les coûts découlant des factures litigieuses sont effectifs et non remis en cause par la défenderesse. Cette dernière ne saurait invoquer l'art. 9 CGA pour refuser de lui rembourser ces montants, contrevenant ainsi à la décision de principe de prendre en charge les coûts de l'opération et l'octroi d'une garantie que la défenderesse n'a pas respectée.

E. 5.2

La défenderesse rejette la demande en paiement. Elle invoque plusieurs motifs. Elle se fonde tout d'abord sur l'absence de convention sur les prestations médicales du Dr C_____. Elle estime que les factures du médecin ne respectent pas les conditions requises pour une « facturation conforme ». En l'absence de convention sur une structure tarifaire reconnue par l'ASA (telle que « Medicalculis »), la défenderesse considère que les fournisseurs des prestations incluent les coûts pour l'AOS (coûts complets dans leurs factures), de sorte qu'elle doit réduire le montant des prestations médicales fournies au demandeur, cette obligation étant réglée dans les CC et CGA, aux art. 28.1 CGA, 2 et 4.3 CC et exigée par la FINMA. La défenderesse estime en outre qu'elle ne doit rien au demandeur dans la mesure où le bon de délégation de son médecin de famille, daté du 21 mars 2025 avec effet rétroactif au 1^{er} mars 2025, n'était pas valable dès lors que le

demandeur ne l'a pas présenté sans délai à la défenderesse conformément à l'art. 25.1 CGA. Elle considère en effet que, selon l'art. 6.2 CC en lien avec les art. 25.1 et 26.1 CGA, ce bon était nécessaire pour que le demandeur puisse se faire soigner dans un hôpital. Enfin, la défenderesse fait valoir qu'elle peut limiter la prise en charge des prestations médicales sur la base des art. 2.3 et 6.3 CC, lus en parallèle avec les art. 9, 35 et 41 CGA. Ces dispositions indiquent clairement que le fournisseur de prestations doit être reconnu par la défenderesse, qu'il « n'existe de droit aux prestations que dans la mesure des tarifs négociés ou reconnus par la CSS », que « la CSS a le droit d'établir des listes limitatives » et que celles-ci « peuvent être modifiées par elle unilatéralement et à tout moment ». De plus, selon l'art. 6.2 CC, pour les traitements planifiés, une garantie de paiement doit avoir été délivrée par la CSS. Ainsi, à partir du 1^{er} février 2025, la prise en charge des prestations médicales était limitée pour les interventions effectuées auprès de ladite clinique, selon la liste « Prestations supplémentaires médicales sans convention tarifaire » (cf . pièce 20 défenderesse). En conséquence, la défenderesse a limité la prise en charge des prestations supplémentaires du demandeur dans le cadre des garanties de paiement relatives aux séjours hospitaliers des 3 et 11 mars 2025. Ces garanties étant valables à condition que les informations fournies dans les demandes de garantie soient correctes/confirmées ou ne changeaient pas, le changement des codes J_____ après les opérations subies par le demandeur ont justifié une nouvelle évaluation du montant pris en charge. À la suite de cette nouvelle évaluation, la défenderesse est arrivée à la conclusion que le montant de CHF 6'462.20 correspondait aux prestations médicales relatives aux séjours hospitaliers des 3 et 4 mars 2025 et effectuées par les Drs C_____ et D_____. Toutefois, ce montant a été réduit selon l'art. 6.2 CC en lien avec les art. 2.3 CC et 25.1 et 26.1 CGA.

E. 5.3

S'agissant de la question de savoir si la défenderesse était en droit de limiter la prise en charge des prestations au titre de l'assurance complémentaire, il convient de se référer aux CGA et CC. Il ressort des art. 2.3 CC, 6.3 CC et 9 CGA que la prise en charge des frais par la défenderesse est conditionnée par des clauses restrictives, à savoir que seuls sont couverts les traitements et séjours effectués dans des établissements et divisions reconnus par la défenderesse selon sa liste de fournisseurs agréés. À cet égard, la défenderesse a publié une liste des hôpitaux sans division commune et/ou demi-privée, privée reconnue. Il ressort de cette liste, dans sa version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2025 (cf . pièce 28 défenderesse), qu'aucune exclusion n'est faite pour les divisions demi-privée ou privée de la clinique B_____. Il est toutefois précisé que la prise en charge des coûts est déterminée en fonction des conditions d'assurance valables au moment de l'admission. Le demandeur, qui bénéficie de la couverture d'assurance myFlex échelon « Balance » en division demi-privée et qui a subi les interventions qui ont donné lieu aux factures litigieuses au sein de la clinique B_____, pouvait s'attendre à la prise en charge de ses prestations médicales, dans la réserve des CGA et CC.

E. 5.3.1

La défenderesse se prévaut tout d'abord du fait que les informations mises en ligne sur Internet ainsi que divers communiqués de presse dans les médias permettaient au demandeur de comprendre qu'à partir du 1^{er} janvier 2025, il devait s'attendre à une restriction des prestations complémentaires. Elle se réfère notamment à l'information à la clientèle de CSS mise en ligne le 18 mars 2025 (cf . pièce 20 défenderesse) ainsi qu'aux communiqués de presse de l'ASA du 18 décembre 2024 et de la FINMA du 16 janvier 2025

(cf . pièces 16 et 19 défenderesse). L'information à la clientèle du 18 mars 2025 expliquait, en substance, que la défenderesse prendrait en charge les coûts des prestations supplémentaires médicales si les médecins agréés concernés avaient adhéré à la convention tarifaire. Elle contenait une liste qui énumérait les cliniques privées pour lesquelles il existait un vide contractuel avec des médecins agréés. Il était en outre précisé que les prestations médicales pouvaient être limitées. La liste s'appliquait notamment pour l'assurance d'hospitalisation myFlex, échelon « Balance ». Les divisions demi-privée et privée de la clinique B_____ figuraient sur la liste d'exclusion « valable à partir du 01.02.2025 ». Ainsi, cette liste restreignait la prise en charge des prestations médicales du demandeur. Toutefois, celle-ci a été mise en ligne le 18 mars 2025, la défenderesse n'apportant pas la preuve qu'une telle liste existait antérieurement. Elle était donc mise à disposition du public, et notamment des assurés, ultérieurement aux admissions du demandeur au sein de la clinique B_____. Il en découle que le demandeur ne pouvait avoir été valablement averti de la limitation des prestations en raison d'une absence de convention tarifaire entre ladite clinique et la défenderesse. De plus, une exclusion rétroactive ne saurait être admise, dès lors qu'elle est incompatible avec les exigences de la confiance qui gouverne les rapports d'assurance. Cela reviendrait à priver l'assuré de la prévisibilité nécessaire pour organiser sa situation. S'agissant des communiqués de presse de l'ASA du 18 décembre 2024 et de la FINMA du 16 janvier 2025 (cf . pièces 16 et 19 défenderesse), le demandeur n'y a pas été valablement renvoyé. En effet, selon le principe de la confiance, le preneur d'assurance n'a pas à supposer des restrictions qui ne lui ont pas été clairement présentées (cf . ATF 133 III 675 consid. 3.3). Reste à examiner si la défenderesse a pu valablement fixer une limitation dans la prise en charge des prestations au regard des autres clauses présentes dans le contrat d'assurance.

E. 5.3.2

La défenderesse interprète les art. 25.8 CGA, 2.3 CC et 35 CGA en ce sens que la prise en charge des prestations d'assurance est subordonnée à la reconnaissance préalable de tarifs convenus entre elle et les fournisseurs de prestations. Le Tribunal fédéral a déjà eu à examiner la validité de clauses limitatives des prestations d'assurance. Dans un arrêt de 2007, relatif à l'obligation de prise en charge d'une assurance-maladie complémentaire pour le traitement hospitalier d'une assurée dans une clinique avec laquelle il n'existait plus de convention tarifaire, le Tribunal fédéral était parvenu à la conclusion qu'un assureur pouvait valablement prévoir dans ses CGA que les prestations ne seraient versées qu'en cas de séjour dans un hôpital avec lequel une convention tarifaire avait été conclue (cf . ATF 133 III 607). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a interprété les CGA relatives à la limitation des prestations et a conclu que les dispositions contenant la clause limitative permettaient à l'assureur de se réserver le droit de désigner lui-même les fournisseurs de prestations en concluant une convention tarifaire. En acceptant les CGA, l'assuré s'était soumis aux dispositions contractuelles, ce qui signifiait que le choix concret des prestataires pour les prestations convenues contractuellement était laissé à la seule appréciation de l'assureur (cf . ATF 133 III 607 consid. 2.3). Dans un arrêt rendu le 16 avril 2020, le Tribunal fédéral a considéré que la disposition contractuelle prévoyant la fixation de tarifs maximaux dont l'interprétation était litigieuse, interprétée selon le principe de la confiance, constitue un droit formateur contractuellement réservé, permettant à l'assureur de fixer des tarifs maximaux dans l'hypothèse où il ne reconnaît pas les tarifs d'une division hospitalière (arrêt du Tribunal fédéral 4A_578/2019 du 16 avril 2020 consid. 4.4 à 4.6.3). S'agissant d'un éventuel risque d'un résultat inéquitable, pour la personne assurée, que ferait peser le

droit contractuel de l'assureur de prévoir des tarifs maximaux à sa guise (cf . Stephan FUHRER, Schweizerisches Privatversicherungsrecht , 2011, pp. 204, 228-229), le Tribunal fédéral a considéré, dans ce même arrêt, que la fixation de tels tarifs maximaux devait respecter uniquement le principe de la bonne foi (consid. 4.6.3). Dans un arrêt récent concernant également la prise en charge par une assurance-maladie de traitement hospitalier, le Tribunal fédéral s'est déterminé sur l'interprétation de clauses contractuelles qui permettaient à l'assureur de fixer des tarifs maximaux s'il ne reconnaissait pas les tarifs d'une division hospitalière. Le Tribunal fédéral a confirmé l'arrêt de la chambre de céans (cf . ATAS/776/2022 du 6 septembre 2022) qui avait interprété ces clauses dans le sens qu'un droit aux prestations d'assurance n'existait que dans le cadre des tarifs reconnus par l'assureur et que de telles clauses n'avaient rien d'insolites et n'étaient pas contraires au principe de la bonne foi (cf . arrêt du Tribunal fédéral 4A_477/2022 du 6 février 2024). La chambre de céans constate qu'à l'instar des autres clauses contractuelles examinées par le Tribunal fédéral, l'art. 35 CGA conditionne également la prise en charge des prestations aux tarifs reconnus ou négociés. Conformément à l'interprétation faite par la défenderesse, il s'ensuit que, sur la base de cette disposition, dans le cas où la défenderesse ne reconnaît pas les tarifs, elle garde la possibilité de limiter sa prise en charge des prestations médicales. En d'autres termes, même si l'assuré a conclu un accord tarifaire avec le prestataire, l'assureur n'est tenu de rembourser que dans la limite des tarifs qu'il a préalablement acceptés ou reconnus. En outre, dans la mesure où une demande de garantie est requise, la défenderesse se réserve le droit d'examiner le droit aux prestations au moment de ladite demande. Au demeurant, le demandeur s'est limité à contester l'interprétation retenue par la défenderesse de cette clause, sans toutefois étayer sa position ni proposer une lecture alternative convaincante. En conclusion, l'art. 35 CGA doit être interprété comme une clause limitative valable permettant à la défenderesse de conditionner la prise en charge des prestations aux tarifs négociés ou reconnus, sans porter atteinte aux droits du demandeur, dès lors que celui-ci a accepté les CGA. Cette disposition, lue conjointement avec les art. 25.8 CGA et 2.3 CC permet par conséquent à la défenderesse de limiter sa couverture auxdits tarifs lors de l'octroi des garanties de paiement. La portée du droit de limiter la prise en charge de la défenderesse ayant été examinée, il convient à présent d'analyser le contenu des garanties de paiement délivrées en l'espèce. Il ressort du dossier, sans que cela ne soit contesté par les parties, que la défenderesse a délivré deux garanties de paiement limitées à la clinique B_____ pour les interventions des 3 et 11 mars 2025. Elle justifie cette restriction par l'absence d'accord contractuel pour les prestations médicales supplémentaires en division demi-privée et privée de la clinique B_____ impliqués dans le traitement du demandeur. Plus précisément, en réponse à la première demande de garantie de paiement du 11 février 2025 effectuée par la clinique B_____ et qui porte sur l'intervention du 3 mars 2025, la défenderesse a informé le demandeur, par courrier du 24 février 2025, qu'elle ne pouvait prendre en charge les coûts des prestations médicales que jusqu'à concurrence de CHF 5'727.-. S'agissant de l'intervention du 11 mars 2025, elle a également informé le demandeur, par courrier du 7 mars 2025, de la limitation de la prise en charge à concurrence de CHF 3'449.- au titre de son assurance complémentaire. Conformément à ses CGA et à son interprétation susmentionnée, la défenderesse pouvait donc restreindre la prise en charge des coûts médicaux relatifs aux interventions des 3 et 11 mars 2025. Elle en a en outre valablement informé le demandeur par le biais de ses courriers des 24 février et 7 mars 2025, ainsi que des garanties de paiement limitées y relatives. En conséquence, contrairement à ce que soutient le demandeur, la défenderesse

pouvait de bon droit limiter la prise en charge des prestations médicales au titre de l'assurance-complémentaire, puisqu'une telle capacité ressortait du contrat d'assurance conformément aux art. 25.8, 35 CGA et 2.3 CC. Ainsi, la limitation de la prise en charge des coûts de prestations médicales relative à l'intervention du 3 mars 2025 à concurrence de CHF 5'727.- au titre de son assurance complémentaire ainsi que celle relative à l'intervention du 11 mars 2025 à concurrence de CHF 3'449.- sont valables.

E. 5.3.3

Reste à déterminer si la défenderesse pouvait valablement s'écarter de la garantie de paiement du 24 février 2025 relative à l'intervention du 3 mars 2025. En effet, la défenderesse a versé au demandeur le montant de CHF 3'449.- relatif à l'intervention du 11 mars 2025, conformément aux indications figurant dans la garantie de paiement correspondante. En revanche, elle s'est écartée de la garantie de paiement relative à l'intervention du 3 mars 2025 d'un montant de CHF 5'727.-, en refusant la prise en charge de cette dernière. La défenderesse a invoqué différents motifs pour justifier sa position.

E. 5.3.3.1

Elle soutient qu'en vertu de ses CGA et CC (art. 6.2 CC, 25.1 et 26.1 CGA), elle dispose du droit de réduire le montant facturé pour les prestations médicales, au motif que le bon de délégation du médecin traitant n'était pas valable. L'art. 6.2 CC prévoit la suppression du libre choix du fournisseur en cas d'AOS avec choix limité des fournisseurs de prestations, et précise qu'en cas d'infraction aux règles, aucun coût n'est pris en charge à partir de cette assurance. Cet article doit être compris en ce sens que toute violation de la restriction précitée – soit la suppression du libre choix du fournisseur en cas d'assurance obligatoire des soins avec choix limité des prestataires – entraîne l'exclusion de la prise en charge des coûts. Il ne s'agit pas d'une clause d'exclusion générale applicable à toute violation des dispositions contractuelles. La formulation de cette disposition, notamment la mention de l'exclusion comprise dans cet article, ne permet pas de retenir une interprétation différente. Par ailleurs, il n'est fait nulle part mention, dans cet article, d'une obligation de produire un bon de délégation du médecin de famille. La défenderesse erre en se référant à l'art. 62 al. 1 LAMal pour justifier cette exigence, cette disposition ne trouvant pas application dans le cadre d'une assurance-maladie complémentaire. Partant, la défenderesse ne saurait invoquer l'art. 6.2 CC pour refuser la prise en charge des prestations médicales en raison d'une absence ou d'une transmission tardive d'un bon de délégation du médecin de famille. S'agissant des art. 25.1 et 26.1 CGA invoqués par la défenderesse, il convient de rappeler que, selon l'art 25.1 CGA, lors d'un cas d'assurance, la personne assurée est tenue de présenter sans délai à l'assureur tous les renseignements, documents et justificatifs nécessaires à l'évaluation de l'obligation d'allouer des prestations, dans le but que la défenderesse puisse contrôler son obligation contractuelle de verser des prestations. L'art. 26.1, 1 re phr., CGA prévoit qu'en cas de violation des obligations contractuelles, la défenderesse peut refuser de verser les prestations ou les fixer selon son appréciation. Force est de constater que ces dispositions ne prévoient pas expressément l'obligation de produire un bon de délégation du médecin de famille. Ce constat est corroboré par le fait que la défenderesse n'a pas exigé de bon de délégation avant de délivrer les garanties de paiement limitées. Si la production d'un bon de délégation avait été nécessaire à la prise en charge, il appartenait à la défenderesse d'en faire la demande ou, à défaut, de refuser la prise en charge en invoquant son absence, pour autant que cela découle de ses conditions d'assurance – ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Elle ne saurait dès lors invoquer

ultérieurement un tel motif pour invalider sa garantie de paiement. En effet, un assureur qui a délivré une garantie de paiement limitée ne peut ensuite la révoquer rétroactivement en invoquant l'absence d'un document qu'il n'a ni exigé ni mentionné dans ses conditions générales. Dans la mesure où une telle exigence ne découle pas des dispositions contractuelles qui lient les parties, la défenderesse ne saurait se prévaloir de l'absence d'un bon de délégation pour réduire la prise en charge prévue dans sa garantie de paiement limitée du 24 février 2025.

E. 5.3.3.2

La défenderesse fait également valoir que dans la mesure où le code J_____ définitif diverge des codes annoncés dans les demandes de garantie de paiement, elle était en droit de procéder à une réévaluation du montant pris en charge. Elle explique notamment que les garanties de paiement octroyées sont valables à condition que les informations fournies dans lesdites demandes soient correctes, confirmées ou qu'elles ne soient pas modifiées. Ces demandes mentionnent les codes J_____ L18B pour l'intervention du 3 mars 2025 et L20E pour l'intervention du 11 mars 2025. Dans la mesure où la facture concernant l'AOS de la clinique B_____ indique le code J_____ L20B (cf . pièce 41 défenderesse), la défenderesse considère que le code J_____ a été modifié après les interventions chirurgicales. Elle a alors réévalué les prestations médicales avec le code J_____ L20B, qu'elle considère comme définitif. En l'absence de convention tarifaire avec le fournisseur de prestations, la défenderesse estime que les factures du Dr C_____ sont établies aux coûts complets, soit avec la part de l'AOS. Ainsi, il lui incombe de réévaluer les montants des prestations médicales. Il résulte de cette nouvelle évaluation un montant de CHF 6'462.40 correspondant aux prestations médicales fournies au demandeur lors de ses deux séjours hospitaliers par les Drs C_____ et D_____ et qui est reconnu selon l'art. 35 CGA. Ce montant a toutefois été réduit selon l'art. 6.2 CC en lien avec les art. 2.3 CC et 25.1 et 26.1 CGA (cf . réponse du 12 juin 2025). Il convient tout d'abord d'éclaircir la signification de ces codes J_____ et leur portée. Dans l'AOS, pour rémunérer les traitements hospitaliers, y compris le séjour et les soins à l'hôpital ou dans une maison de naissance, les parties à une convention conviennent de forfaits, en règle générale de forfait par cas (art. 49 al. 1, 1 re et 2 e phr., LAMal). Les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures du système tarifaire de rémunération des prestations hospitalières (art. 49 al. 2, 1 re phr., LAMal). Cette organisation a été créée sous la forme d'une société anonyme d'utilité publique, J_____ SA, dont les actionnaires sont la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), les hôpitaux de Suisse (H+), les assureurs-maladie suisses (santésuisse), la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) et la Fédération des médecins suisses (FMH). Pour la rémunération des traitements hospitaliers, J_____ SA a adopté une structure tarifaire, uniforme sur tout le territoire suisse, à savoir un système de forfaits par cas qui attribue un cas hospitalier global en fonction de certains critères comme les diagnostics, les traitements, etc., à un groupe de cas et qui l'indemnise au moyen d'un forfait. Le système J_____ comprend au total environ 1000 groupes de cas ; chaque groupe ou J_____ réunit des cas de traitement homogènes sur le plan médical et économique (cf . ATAS/992/2016 du 29 novembre 2016, consid. 4c et les références). Il s'agit donc d'un système de rémunération basé sur des forfaits applicables aux différents cas d'hospitalisation : pour tel type de traitement, l'on applique tel forfait prédéterminé (cf . <https://www.edoeb.admin.ch/fr/facturation-des-soins-stationnaires>). Il est attribué à

chaque cas un « cost-weight », soit un poids relatif des coûts, qui, multiplié par le prix de base de l'hôpital (forfait), détermine le montant de la rémunération (cf . https://www.J_____.org/application/files/3617/1931/4517/Regeln_und_Definitionen_zur_Fallabrechnung_unter_J_____.und_ST_Reha_f.pdf). Il ressort des explications données au demandeur que les garanties de paiement octroyées par la défenderesse sont calculées selon le code J_____ annoncé par la clinique B_____. Pour rappel, une garantie de paiement octroyée à une clinique par l'assureur ne représente pas un engagement définitif de prise en charge des frais médicaux. Dans le cas du demandeur, la défenderesse a en outre expressément émis des réserves dans ses garanties de paiement, en indiquant que celles-ci étaient valables « à condition que les informations fournies dans la demande de garantie de paiement soient correctes/confirmées ou ne changent pas ». Dans la mesure où les garanties de paiement sont établies sur la base des codes J_____, lesquels permettent d'estimer les coûts liés à une hospitalisation, il apparaît conforme à la réserve exprimée dans ces garanties ainsi que dans les conditions d'assurance, de pouvoir s'écarter du montant indiqué dans lesdites garanties lorsqu'une modification d'un code J_____ entraînerait une variation des coûts initialement estimés. C'est par ailleurs ce que la défenderesse a expliqué par-devant la chambre de céans, en indiquant qu'en cas de changement de J_____ dans la facture finale, la garantie n'était pas caduque mais il convenait de tenir compte d'une nouvelle évaluation de la prise en charge (cf . procès-verbal d'audience du 25 août 2025). Elle a également précisé dans ses dernières écritures que dans la mesure où le code indiqué dans les demandes de garantie étaient prévisionnels, le type d'intervention pouvait changer en cours d'opération, la médecine n'étant pas une science exacte (cf . plaidoiries finales du 13 novembre 2025 de la défenderesse). Il convient d'examiner si, dans un tel cas, l'écart entre les montants retenus dans les garanties de paiement (CHF 5732.10 dans la première garantie et CHF 3'449.- dans la deuxième) et celui effectivement octroyé (CHF 3'449.-) se justifie. En l'occurrence, la défenderesse allègue s'être fondée sur la facture reçue le 7 avril 2025 (cf . pièce 41 défenderesse), pour retenir que le code J_____ définitif est L20B, et non L18B et L20E, tel que mentionnés respectivement dans la première demande et la deuxième demande de garantie de paiement. Toutefois, ladite facture indique, à sa deuxième page, le codes J_____ L70A pour la période de séjour du 3 au 4 mars 2025, et L20E pour la période de séjour du 11 au 12 mars 2025. Dès lors, il n'est pas clairement établi que le code définitif est bien L20B. En outre, la nouvelle évaluation des montants correspondant aux prestations médicales supplémentaires, effectuée par la défenderesse à la suite du changement de code J_____, ne convainc pas. En effet, dans la mesure où la défenderesse a réévalué les montants pris en charge à la suite de modifications de code J_____, il était attendu qu'elle justifie les écarts de coûts engendrés par cette modification. Or, ceux-ci demeurent inexplicables. Notamment, selon le décompte de prestations du 11 avril 2025, la défenderesse a versé CHF 3'449.- correspondant au paiement limité de la facture du Dr C_____ pour l'opération du 11 mars 2025 (cf . pièce 13 demandeur), conformément à la garantie de paiement afférente. Ainsi, pour cette seconde intervention, la défenderesse ne s'est pas écartée de la limite fixée dans sa garantie de paiement, alors même qu'elle estime que le code J_____ définitif ne correspond pas à celui annoncé lors de la demande de garantie. Dans ces conditions, l'on ne saisit pas la raison pour laquelle la défenderesse a, d'une part, respecté sans réserve la limitation prévue dans l'une de ses garanties de paiement, tout en procédant, d'autre part, à une nouvelle évaluation du plafond de prise en charge pour la première intervention. Une telle approche démontre un manque de cohérence dans l'évaluation de la défenderesse. De plus, dans le cadre de cette nouvelle évaluation, la

défenderesse indique avoir pris en compte les prestations médicales des Drs C_____ et D_____ effectuées lors des deux périodes d'hospitalisation, concluant à un montant de CHF 6'462.40, à titre de prestations médicales. Elle a ensuite procédé à une réduction « selon l'art. 6.2 CC en lien avec les art. 25.1 et 26.1 CGA ». Cette manière de procéder n'est pas claire. D'une part, la défenderesse établit une nouvelle évaluation des prestations médicales effectuées sur les deux périodes d'hospitalisation et, d'autre part, elle verse le montant tel que convenu dans la garantie de paiement relative à la seconde intervention. Elle procède ensuite à une réduction, sans expliquer en quoi les dispositions citées justifieraient une réduction, ni comment la réduction a été calculée. Il est également rappelé que ces dispositions ont été citées par la défenderesse en lien avec l'obligation d'un bon de délégation. Toutefois, comme mentionné précédemment, les conditions d'assurance qui lient les parties au litige ne prévoient pas de réduction de la prise en charge en absence d'un bon de délégation. La défenderesse ne saurait ainsi réduire le montant de la garantie de paiement sur la base de ces dispositions. En outre, la défenderesse se prévaut du fait qu'il n'existe pas de convention tarifaire reconnue avec les médecins impliqués dans les interventions du demandeur pour s'écarter de la garantie de paiement. Toutefois, il ressort des explications fournies au demandeur (cf . courriers des 24 février, 4 et 7 mars 2025 de CSS) que la défenderesse a fixé les limites de prise en charge sur la base des traitements prévus selon les codes J_____ annoncés en déterminant un prix « approprié » pour les prestations médicales supplémentaires, ce terme renvoyant à la fourchette inférieure de son calcul et du devis des médecins. Ainsi, dans le cadre de l'évaluation des garanties de paiement limitées, la défenderesse a déjà évalué les prestations supplémentaires en excluant celles relevant de l'AOS. Elle ne saurait dès lors s'écarter à nouveau des limitations indiquées dans les garanties de paiement en se prévalant du fait que les factures définitives des médecins comprendraient la part relevant de l'AOS. En conséquence, les arguments avancés par la défenderesse pour s'écarter de la première garantie de paiement ne sauraient être suivis. En effet, elle n'a pas apporté d'éléments probants ni d'explication claire et concise permettant d'établir que les conditions prévues dans ces garanties ne sont plus valables. En particulier, elle n'a pas apporté de preuve permettant d'établir le J_____ définitif, ni en quoi la modification des J_____ justifierait, dans le cas présent, une dérogation aux montants initialement octroyés dans les garanties de paiement. En outre, elle a adopté un comportement contradictoire et empreint d'ambiguïté. Il sied de rappeler que le fardeau de la preuve revient à la partie qui conteste l'existence ou l'étendue d'un droit. Dès lors, la défenderesse ne pouvait pas s'écarter de la garantie de paiement du 24 février 2025 relative à l'intervention du 3 mars 2025, celle-ci l'engageant contractuellement. En conséquence, la facture relative à l'intervention du 3 mars 2025 étant de CHF 2'370.50, soit en dessous de la limite prévue par la garantie de paiement du 24 février 2025 (CHF 5'727.-), celle-ci est due au demandeur.

E. 5.4

Eu égard de ce qui précède, le demandeur a droit au paiement du montant de CHF 2'370.50, correspondant à la facture du Dr C_____ relative à l'intervention du 3 mars 2025.

E. 6

Le demandeur a requis que les montants litigieux soient versés avec intérêt à 5% l'an dès le 11 avril 2025.

E. 6.1

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. Les « renseignements » au sens de l'art. 41 LCA visent des questions de fait, qui doivent permettre à l'assureur de se convaincre du bien-fondé de la prétention de l'assuré (cf. l'intitulé de l'art. 39 LCA). Ils correspondent aux devoirs de déclaration et de renseignement institués par les art. 38 et 39 LCA (ATF 129 III 510 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 4A_58/2019 du 13 janvier 2020 consid. 4.1 ; 4A_489/2017 du 26 mars 2018 consid. 4.3 ; 4A_122/2014 du 16 décembre 2014 consid. 3.5). Cela étant, lorsque l'assureur conteste à tort son obligation, la créance devient exigible dès ce moment, le délai de réflexion de quatre semaines prévu par l'art. 41 LCA étant privé de sens (arrêt du Tribunal fédéral 4A_122/2014 du 16 décembre 2014 consid. 3.5). Le débiteur d'une obligation exigible est mis en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO en lien avec l'art. 100 al. 1 LCA). 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, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 5C.177/2005 du 25 février 2006 consid. 6.1). Toutefois, lorsque l'assureur refuse définitivement, à tort, d'allouer des prestations, on admet, par analogie avec l'art. 108 ch. 1 CO, qu'une interpellation n'est pas nécessaire ; l'exigibilité et la demeure sont alors immédiatement réalisées (arrêts du Tribunal fédéral 4A_16/2017 du 8 mai 2017 consid. 3.1 ; 4A_122/2014 consid. 3.5 ; 4A_206/2007 du 29 octobre 2007 consid. 6.3 ; 5C.18/2006 du 18 octobre 2006 consid. 6.1 in fine). Un débiteur peut valablement être interpellé avant même l'exigibilité de la créance (ATF 103 II 102 consid. 1a). La demeure ne déploie toutefois ses effets qu'avec l'exigibilité de la créance (cf . ATAS/304/2023 du 3 mai 2023 consid. 11.1 et la référence).

E. 6.2

En l'espèce, les CGA ne stipulent pas de terme pour l'exigibilité des prestations. En cas d'ouverture d'une action en justice, l'intérêt moratoire de 5% l'an est dû dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au débiteur. Dans la mesure où l'action en justice a été notifiée à la défenderesse le 26 avril 2025, l'intérêt moratoire est dû dès le 27 avril 2025.

E. 6.3

En conclusion, la défenderesse sera condamnée à payer au demandeur la somme de CHF 2'370.50 avec intérêts à 5% l'an dès le 27 avril 2025.

E. 7

Le demandeur, représenté par un avocat, a conclu à l'octroi de dépens.

E. 7.1

Les cantons sont compétents pour fixer le tarif des frais comprenant les dépens (art. 96 CPC en relation avec l'art. 95 al. 3 let. b CPC). Le législateur genevois a notamment prévu que dans les contestations portant sur des affaires pécuniaires, le défraiement d'un représentant professionnel est, en règle générale, proportionnel à la valeur litigieuse. Il est fixé, dans les limites figurant dans un règlement du Conseil d'État, d'après l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail et le temps employé (art. 20 al. 1 de la loi d'application du code civil suisse et d'autres lois fédérales en matière civile du 11 octobre 2012 [LaCC - E 1 05]). Le règlement cité à l'art. 20 précité est le règlement fixant le tarif des frais en matière civile du 22 décembre 2010 (RTFMC - E 1 05.10), lequel détermine notamment le tarif des

dépens, applicable aux affaires civiles contentieuses (art. 1 RTFMC). Ceux-ci sont, en principe, mis à la charge de la partie qui succombe (art. 106 al. 1 CPC). Toutefois, lorsqu'aucune des parties n'obtient entièrement gain de cause, les frais sont répartis selon le sort de la cause (art. 106 al. 2 CPC). Le RTFMC rappelle, à son art. 84, le principe de l'art. 20 al. 1 LaCC, à savoir que le défraiement d'un représentant professionnel est, en règle générale, proportionnel à la valeur litigieuse. Il est fixé d'après l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail et le temps employé. L'art. 85 al. 1 RTFMC prévoit un tarif servant de base pour le défraiement dans les affaires pécuniaires. Sans préjudice de l'art. 23 LaCC, le défraiement peut s'en écarter de plus ou moins 10% pour tenir compte des éléments rappelés à l'art. 84 RTFMC. Lorsque la valeur litigieuse se situe jusqu'à CHF 5'000.-, le défraiement est de 25% de la valeur litigieuse mais au moins CHF 100.-. À teneur de l'art. 22 al. 3 let. b LaCC, il n'est pas alloué de dépens à la charge de l'assuré, dans les causes portant sur les assurances complémentaires à l'assurance■maladie obligatoire prévue par la LAMal, y compris celles servies par les entreprises d'assurance soumises à la loi fédérale sur la surveillance des entreprises d'assurance du 17 décembre 2004 (loi sur la surveillance des assurances, LSA - RS 961.01).

E. 7.2

En l'occurrence, la valeur litigieuse telle que définie par la conclusion du demandeur s'élève à CHF 4'639.30, ce qui correspond à un défraiement de CHF 1'160.- (correspondant à 25% de CHF 4'639.30), auquel il convient d'ajouter la TVA de 8.1% (art. 25 al. 1 et 115 al. 1 de la loi fédérale régissant la taxe sur la valeur ajoutée du 12 juin 2009 - LTVA - RS 641.20) et des débours de 3%, de sorte que le montant total, arrondi, s'élève à CHF 1'289.- (art. 25 et 26 al. 1 LaCC ; art. 84 et 85 RTFMC). Conformément à l'art. 106 al. 2 CPC, ce montant doit être réparti selon le sort de la cause. Le demandeur obtient environ 50% de ses conclusions. Ainsi, il a droit à CHF 645.- à la charge de la défenderesse. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 114 let. e CPC ; art. 22 al. 3 let. b LaCC). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.