

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4274/2024

ATAS/660/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 août 2025**

**Chambre 4**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourant

contre

**MUTUEL ASSURANCES**

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA, juges assesseurs.**

---

**EN FAIT**

- A.** **a.** A \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le \_\_\_\_\_ 1957.
- b.** À teneur du certificat d'assurance du 9 octobre 2022, l'assuré a été assuré auprès de Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2023, pour l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS), avec les conditions particulières de l'assurance SanaTel (qui prévoit un conseil médical préalable), et que sont applicables les dispositions d'exécution complémentaires à l'AOS selon la LAMal, édition du 1<sup>er</sup> septembre 2018, avec une franchise annuelle de CHF 2'500.-.
- c.** Le 3 avril 2023, l'assuré a informé l'assurance qu'il ne savait plus à quel saint se vouer, car il y avait beaucoup de doubles facturations. Il demandait à ses fournisseurs de prestations de n'adresser leurs factures qu'à lui-même afin qu'il les règle, et non à l'assurance. Il avait maintes fois demandé à l'assurance de refuser les factures. Or, une facture de Dianalabs qu'il avait payée le 22 février 2023 lui était envoyée par l'assurance.
- d.** L'assurance a reçu, par voie électronique, une facture établie le 17 octobre 2023 concernant des analyses de laboratoire pour l'assuré effectuées le 5 octobre 2023 par Synlab Lausanne (ci-après : Synlab, puis C \_\_\_\_\_) d'un montant de CHF 2'701.90,
- e.** Le 24 octobre 2023, Swisscom (Suisse) SA - Health SA (ci-après : Swisscom) a adressé à l'assuré une nouvelle facture portant sur les mêmes prestations de Synlab et le même montant que la facture du 17 octobre 2023, qui précisait « type de remb. TG ».
- f.** À teneur d'un décompte du 15 mars 2024, l'assurance prenait en charge selon l'assurance de base :
- la facture d'Unilabs Coppet SA (ci-après : Unilabs) du 30 octobre 2023 de CHF 58.10, à hauteur de CHF 38.10, précisant que les frais de rappel (CHF 20.-) n'étaient pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ni par l'assurance complémentaire ;
  - la facture établie par C \_\_\_\_\_ du 5 octobre 2023, de CHF 2'701.90.
- g.** Selon un courriel du 12 janvier 2024 adressé à l'assurance par B \_\_\_\_\_ Sàrl, celui-ci lui transmettait en copie une facture pour remboursement concernant l'assuré. Celui-ci n'avait reçu que ce rappel. Les originaux devaient avoir été envoyés directement à l'assurance par le prestataire.
- La facture annexée à ce courrier est un dernier rappel daté du 7 janvier 2024, relatif à la facture du 24 octobre 2023, pour le montant de CHF 2'731.90.
- h.** Le 15 janvier 2024, l'assurance a répondu à B \_\_\_\_\_ Sàrl que les éléments en sa possession étaient insuffisants pour pouvoir se déterminer sur la prise en charge de ces frais.

**i.** Le 16 février 2024, l'assuré a demandé au service de facturation Swisscom d'envoyer directement à l'assurance pour paiement la facture du 9 février 2024 qu'il lui transmettait en annexe, qui concernait un traitement dispensé le 6 février 2024 à son épouse. Il lui demandait de prendre note que chaque facture devait dorénavant être adressée à l'assurance et qu'il payait cette dernière.

**j.** Le recourant a reçu un dernier rappel adressé par Unilabs le 19 février 2024 relatif à la facture du 14 novembre 2023 qui était restée impayée. Des frais de rappel à hauteur de CHF 20.- étaient ajoutés au montant dû de CHF 38.10, pour un total de CHF 58.10.

**k.** Le 28 février 2024, l'assuré a indiqué à l'assurance qu'aucune prime ne serait payée avec effet immédiat. Aucun paiement ne lui serait versé de sa part tant que tout ce qu'il avait énuméré ne serait pas fait comme il se devait, selon la loi et le bon sens. Aucun centime (frais de rappel ou tous autres frais) ne serait accepté ni payé par lui-même. Il subissait de l'assurance des aberrations et des fautes phénoménales inadmissibles.

Le 23 novembre 2023 à 14h17, il avait adressé à l'assurance une facture qui lui avait été adressée par Unilabs datée du 14 novembre 2023 à hauteur de CHF 38.10, qui mentionnait qu'elle était payable par l'assuré.

À ce jour, le 28 février 2024 cette facture restait impayée ce qui était inadmissible. En conséquence, les frais supplémentaires incombait à l'assurance.

**l.** Le 29 février 2024, l'assurance a notamment informé l'assuré que comme il souhaitait recevoir toutes les factures à son nom et adresse, les factures qui étaient parvenues à l'assurance directement avaient été refusées. Cependant, l'assurance avait pris note de sa demande qu'il ne soit plus procédé ainsi et, à l'avenir, elle réglerait les montants dus en fonction de la facturation établie.

**m.** Le 4 mars 2024, Creditreform Egeli Zürich AG (ci-après : Creditreform) a écrit à l'assuré, en lien avec une facture de C \_\_\_\_\_, qui n'avait pas encore été réglée. Le créancier avait chargé Creditreform du recouvrement de la créance. L'assuré était prié de payer sa dette jusqu'au 14 mars 2024 au plus tard. Il s'agissait d'une créance du 24 octobre 2023 de CHF 2'701.90, plus intérêts jusqu'au 4 mars 2024, ainsi qu'une créance secondaire de CHF 37.69, des frais d'intervention (selon l'art. 106 CO), pour un total de créance actuelle de CHF 3'174.59.

**n.** Le 6 mars 2024, l'assuré a demandé à l'assurance de passer sur le système de tiers payant dès le même-jour. Il demandait également un décompte de toutes factures et prestations pour fournir aux impôts sous forme d'attestation.

**o.** Le 6 mars 2024, l'assurance a réceptionné des courriers de l'assuré demandant à ce que qu'elle paie directement à C \_\_\_\_\_ les factures de CHF 2'701.90 et

CHF 77.40 initialement refusées, puisque le client était en tiers garant, et qu'on lui envoie la quote-part à payer.

**p.** Le 12 mars 2024, l'assurance, faisant suite au courrier adressé à elle par l'assuré le 28 février 2024, a informé ce dernier avoir pris contact avec les laboratoires Unilabs et C \_\_\_\_\_ pour leur demander d'établir les factures qui étaient parvenues directement à l'assuré, en tiers payant, ce qu'ils avaient refusé. Après vérification de son dossier, l'assurance constatait ne pas être en possession de la facture de CHF 38.10 du laboratoire Unilabs qui avait été transmise à l'assuré par le laboratoire le 14 novembre 2023. Dès lors, le décompte y relatif lui parviendrait prochainement.

Au vu de la situation, un versement complémentaire de CHF 20.- lui serait alloué pour compenser les frais de rappel facturé par le laboratoire.

S'agissant de sa facture de C \_\_\_\_\_ de CHF 2'701.90 et de celle de CHF 77.40 pour son épouse, l'assurance n'ayant pas le détail des prestations facturées, elle avait demandé une copie de ces documents au laboratoire afin de pouvoir le rembourser dans les plus brefs délais.

**q.** Le 28 mars 2024, l'assurance a répondu au courrier de l'assuré du 18 mars 2024 et lui a confirmé que la facture d'Unilabs de CHF 38.10 relative aux analyses du 30 octobre 2023 était jointe à l'envoi de l'assuré du 28 février 2024. Cependant, l'assurance n'était pas en possession du détail des notes de C \_\_\_\_\_ de CHF 2'701.90 et de CHF 77.40 pour son épouse, raison pour laquelle elle avait demandé une copie de ces documents au laboratoire.

Dans le cadre de la facturation en tiers garant, l'assuré recevait la facture du dispensateur des soins. Ensuite il transmettait à son assureur la facture pour un éventuel remboursement sous déduction des participations aux coûts (franchise et quote-part de 10%). Le remboursement de l'assurance s'effectuait donc à l'assuré, auquel il appartenait de régler la totalité de la créance au dispensateur. Comme déjà expliqué le 29 février 2024, l'assurance avait refusé les factures établies par les laboratoires précités conformément à sa demande du 3 avril 2023.

**r.** Le 22 mars 2023, l'assurance a adressé un rappel pour participations impayées à l'assuré. Sa facture de participation de CHF 386.70, échue le 30 novembre 2022, demeurait impayée à ce jour. Le montant total à verser avant le 6 avril 2023 était de CHF 391.70, montant qui comprenait des frais de rappel à hauteur de CHF 5.-.

**s.** Le 14 avril 2024, Creditreform a informé l'assuré qu'il avait reçu récemment un décompte pour le solde encore impayé. Ce paiement n'avait pas été reçu. Il lui était en conséquence demandé de payer CHF 275.81 au plus tard jusqu'au 28 avril 2024. À défaut, une procédure de poursuite serait initiée à son encontre.

**t.** Le 19 avril 2024, l'assuré a informé l'assurance qu'il avait très mal dormi après réception du courrier du 14 avril 2024 le menaçant de l'engagement de poursuites

en cas de non-paiement. Cela faisait des semaines, voire des mois, qu'il n'avait pas arrêté de demander que tous les laboratoires soient contactés afin de contrôler s'ils avaient des factures en suspens non réglées, car à chaque fois que le laboratoire envoyait une facture à l'assurance pour règlement, cela n'était pas fait. Quand il recevait des factures, il les envoyait lui-même à l'assurance. Malgré ceci, les factures restaient impayées, ce dont l'assurance ne l'avait jamais informé. C'était elle qui devait assumer ses frais. Il lui demandait de faire le nécessaire afin d'éviter de nouvelles factures. Il avait toujours tenu ses engagements vis-à-vis de l'assurance.

**u.** Le 14 mai 2024, l'assurance a indiqué à l'assuré, qu'après vérification de son dossier, elle avait refusé la facture qui lui était parvenue directement du laboratoire de C \_\_\_\_\_ de CHF 2'701.90 relative aux analyses du 5 octobre 2023, conformément à sa demande du 3 avril 2023. Il y était mentionné que toutes les factures concernant l'assuré étaient à refuser par l'assurance, car l'assuré souhaitait les payer lui-même.

S'agissant de la facture de CHF 77.40 du laboratoire C \_\_\_\_\_ pour les analyses de son épouse du 12 octobre 2023, celle-ci ne lui avait pas été adressée par ce dispensateur.

Dès lors, n'étant pas débitrice de ces notes d'honoraires, l'assurance ne pouvait pas intervenir auprès de Creditreform concernant les frais supplémentaires qui lui étaient facturés. Ceux-ci ne pouvaient être pris à charge ni par le biais de l'assurance obligatoire des soins ni au titre des assurances complémentaires car celles-ci ne prévoyaient pas de participation pour ce genre de coûts. Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré était le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré avait, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur.

**v.** Le 15 juillet 2024, l'assurance a rendu une décision formelle, par laquelle elle confirmait sa position en lien avec la facture établie le 17 octobre 2023 par Swisscom d'un montant de CHF 2'701.90 pour ses analyses de laboratoire effectuées le 5 octobre 2023 par C \_\_\_\_\_. Le 18 octobre 2023, elle avait refusé de prendre en charge la facture précitée afin qu'elle soit émise à l'attention de l'assuré, conformément à la requête de celui-ci du 3 avril 2023.

Le 24 octobre 2023, Swisscom avait adressé à l'assuré une facture de CHF 2'701.90 pour les analyses de laboratoire effectuées le 5 octobre 2023 auprès de C \_\_\_\_\_. L'assurance lui avait remboursé ce montant par décompte du 15 mars 2024.

La facture initialement émise par Swisscom avait fait l'objet d'une nouvelle facturation le 24 octobre 2023 dont il était débiteur. Par conséquent, il appartenait à l'assuré de payer les prestations facturées pour les analyses de laboratoire du 5 octobre 2023. L'assurance avait correctement remboursé le montant de

CHF 2'701.90 conformément au système de tiers garant. Il pouvait s'adresser directement à Creditreform pour régler le différend qui les opposait à ce sujet.

w. Par décision sur opposition du 5 décembre 2024, l'assurance a rejeté l'opposition.

x. Le 24 décembre 2024, l'assurance a transmis à la chambre de céans pour raison de compétence un courrier de l'assuré du 13 décembre 2024, réceptionnée le 17 décembre 2024, qui semblait constituer un recours contre la décision sur opposition du 5 octobre 2024.

**B. a.** Dans son courrier du 13 décembre 2020, l'assuré indiquait être éberlué de constater que l'assurance avait pris 108 jours pour lui répondre par un courrier qui se passait de tout commentaire. Elle se bornait à répéter une langue de bois sans pouvoir répondre aux faits indéniables au sujet en question. Depuis cinq ans, l'assurance était censée réaliser qu'elle n'avait jamais reçu un rappel. Des faux rappels avaient été émis par le Groupe Mutuel et celui-ci ne s'en excusait même pas. L'assuré attendait à ce jour le remboursement légal des courriers recommandés ainsi que le prix du papier et des photocopies, de l'essence et le parking qu'il avait payés de sa poche pour justifier la réalité alors qu'il était retraité. Il demandait en conséquence le remboursement de tous les frais qu'il avait payés par la faute de l'assurance et les intérêts courus.

**b.** Le 2 janvier 2025, le recourant a précisé que l'assurance ne faisait rien pour rectifier son erreur. Aucun rappel justifié ne lui avait été adressé. Tous les rappels qu'il avait reçus étaient des faux. Le 18 novembre 2024, il avait reçu un courrier de l'assurance lui confirmant qu'il avait résilié son assurance.

**c.** Par réponse du 24 mars 2025, l'assurance a conclu au rejet du recours. Il n'était pas contesté que le fournisseur de prestations avait initialement adressé à l'assurance, par voie électronique, la facture du 17 octobre 2023 relative aux analyses de laboratoire du 5 octobre 2023. Toutefois, la facture du 17 octobre 2023 avait été annulée par le fournisseur des prestations et une nouvelle facture avait été émise le 24 octobre 2023, laquelle portait exactement sur les mêmes prestations et le même montant. Il ressortait du justificatif de remboursement, joint au courriel du 7 mars 2024, que le fournisseur de prestations avait adressé cette nouvelle facture à l'assuré, en précisant « TG » pour désigner le type de remboursement, soit le système du tiers garant. Ainsi, la facture du 24 octobre 2023 constituait la seule créance juridiquement valable et existante pour les prestations relatives aux analyses de laboratoire du 5 octobre 2023 et le recourant était le débiteur de cette créance envers le fournisseur des prestations. Conformément aux dispositions légales applicables, le recourant, en tant que débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations, avait un droit au remboursement auprès de son assurance. L'assurance avait pris intégralement en charge la facture du 24 octobre 2023. Toutefois, elle n'avait été en mesure de verser les prestations que lorsqu'elle avait réceptionné la facture détaillée,

puisqu'elle devait vérifier le droit aux prestations. Par conséquent, en versant au recourant le montant de CHF 2701.90, qui correspondait au montant total facturé par le fournisseur de prestations pour les analyses de laboratoire du 5 octobre 2023, l'assurance l'avait correctement remboursé selon le système du tiers garant.

Il ressortait du courriel de B \_\_\_\_\_ Group Sàrl du 12 janvier 2024, des documents transmis par l'assuré et du courrier du 19 avril 2024 que c'était la facture du 24 octobre 2023 qui avait fait l'objet de divers rappels et d'une procédure de recouvrement initié par Creditreform. Compte tenu des rappels successifs et de l'intervention de la société de recouvrement, le recourant ne pouvait pas raisonnablement de bonne foi considérer que la facture relevait de la responsabilité de l'assurance. Ainsi, la facture de CHF 275.81 du 14 avril 2024 pour l'engagement de la poursuite en cas de non-paiement de la société Creditreform ne pouvait pas être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

**d.** Le 1<sup>er</sup> avril 2025, le recourant a répliqué persistant dans ses conclusions. À chaque rappel qu'il recevait, il adressait un courrier avec le BVR à l'intimée en lui demandant de régler la facture. C'était à cette dernière de le faire, ce qu'elle n'avait pas fait.

Pourquoi celle-ci, après de multiples interventions et courriers recommandés de sa part, avait versé l'intégralité de la somme à payer sur son compte et non directement au laboratoire. Elle insultait l'intelligence des gens.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 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 prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

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

**1.2** Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

- 2.** Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimée de prendre en charge les frais de recouvrement liés à la facture établie le 17 octobre 2023 par Swisscom en lien avec des analyses effectuées par C \_\_\_\_\_ le 5 octobre 2023.
- 3.** L'art. 42 LAMal règle les modalités de facturation et définit le débiteur de la prestation. Selon cette disposition, sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (système du tiers garant). En dérogation à l'art. 22 al. 1 LPGA, ce

droit peut être cédé au fournisseur de prestations (al. 1). Assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant).

Selon l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixé par année (franchise) ; et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part) (al. 2 let. a et b).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le système du tiers payant est une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations. Dans ce système, l'assuré envoie les factures à son assureur ou ce dernier les reçoit directement du fournisseur de prestations. L'assureur est alors tenu d'indemniser la personne qui fournit les prestations. Comme dans le cas d'une reprise de dette au sens de l'art. 175 ss CO, le système du tiers payant suppose l'existence d'une reprise de dette interne et d'une reprise de dette externe. Ainsi, l'assureur s'engage à reprendre la dette de l'assuré (reprise de dette interne, art. 175 al. 1 CO), ce qui a pour effet de libérer l'assuré de ses obligations vis-à-vis du fournisseur de prestations, sous réserve de la franchise et de la quote-part qui ne sont pas pris en charge par l'assurance sociale. Par le choix du système de rémunération, l'assureur remplace l'assuré dans la relation contractuelle qui l'unit au fournisseur de prestations (reprise de dette externe, art. 176 al. 1 CO ; ATF 141 V 546 consid. 5.2 et les références).

Il découle de ce système que le contrat passé entre l'assureur et l'assuré, soit la reprise de dette interne, constitue pour le créancier une *res inter alios acta*. Par conséquent, l'assureur ne peut pas opposer au fournisseur de prestations les exceptions qu'il aurait pu avoir à l'encontre de l'assuré (ATF 141 V 546 consid. 5.3 et les références). Le système du tiers payant offre ainsi la garantie au fournisseur de prestations qu'il sera remboursé par l'assureur en cas d'exécution de ses obligations conforme à la convention (ATF 141 V 546 consid. 6.2.2).

Dans un arrêt publié, le Tribunal fédéral a relevé que les intérêts de l'assureur ne sont pas pour autant mis en danger dans la mesure où, après le paiement des factures au fournisseur des prestations, il lui reste la possibilité de se retourner contre l'assuré qui aurait violé ses obligations contractuelles (ATF 141 V 546 consid. 8.3).

Dans le système du tiers payant, l'assuré envoie les factures à son assureur ou ce dernier les reçoit directement du fournisseur de prestations. L'assureur est alors tenu d'indemniser la personne qui fournit les prestations (ATF 132 V 18 consid. 5.2).

**3.1** En l'espèce, le recourant a été affilié auprès de l'intimée, qui agissait en tant qu'assurance-maladie obligatoire. Jusqu'en mars 2024, celle-ci intervenait selon le système du tiers garant qui était applicable, ce que le recourant ne conteste pas, puisqu'il indiquait lui-même dans son courrier du 3 avril 2023 que c'était lui qui

devait payer les factures et non l'assurance et qu'il a demandé le 6 mars 2024 à l'intimée de passer au système de tiers payant dès ce jour.

Dès lors, tant que le système du tiers garant était en vigueur, il était le destinataire principal des factures ainsi que des rappels, et seul responsable de ceux-ci et des frais de recouvrement liés à des factures impayées, les dispositions légales réglementant l'assurance obligatoire des soins ne prévoyant pas de participation pour ce genre de coûts.

Il en résulte que c'est à juste titre que l'intimée a refusé de payer le montant de CHF 275.81 relatifs à l'engagement de la poursuite en cas de non-paiement par Creditreform et, de manière générale les frais liés aux versements tardifs des factures adressées au recourant par les fournisseurs de prestations jusqu'en mars 2024.

Il sera néanmoins relevé que l'intimée a accepté, le 12 mars 2024, de payer les frais de rappel de CHF 20.-, liés à la facture d'Unilabs qui avait été adressée au recourant le 14 novembre 2023.

**4.** Infondé, le recours sera rejeté.

La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis *a contrario* LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; 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, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Melina CHODYNIECKI

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le