

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1146/2025

ATAS/893/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 20 novembre 2025**

**Chambre 3**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourant

contre

**SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES**

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges  
assesseurs**

---

## **EN FAIT**

**A. a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : le bénéficiaire) bénéficie de prestations complémentaires depuis 2011.

**b.** Le 23 octobre 2024, le Service des prestations complémentaires (ci-après : SPC) a reçu de la part de son bénéficiaire plusieurs décomptes émis par son assurance-maladie obligatoire (HELSANA) entre juin 2021 et août 2023.

**c.** Par décisions du 13 décembre 2024, le SPC a refusé d'accorder la moindre participation pour les frais médicaux annoncés concernant des traitements réalisés entre janvier et juillet 2023.

**d.** Par décision du 16 décembre 2024, le SPC a également refusé toute participation aux frais de traitements pratiqués entre mars 2021 et octobre 2022.

**e.** Par courrier daté de manière erronée du 10 octobre 2024, le bénéficiaire s'est opposé à ces décisions. Admettant avoir transmis ses justificatifs de frais de maladie tardivement, il a allégué que ce retard était dû à son état de santé, qui ne lui avait pas permis de suivre ses affaires administratives. Il avait en effet été hospitalisé à plusieurs reprises en 2022 et 2023 et il lui avait « fallu du temps pour [se] remettre psychologiquement ».

**f.** Par décision du 21 mars 2025, le SPC a rejeté les oppositions.

Le SPC a constaté que le bénéficiaire avait présenté pour la première fois en date du 23 octobre 2024 divers décomptes de son assureur maladie édités entre le 6 juin 2021 et le 26 août 2023, relatifs à des frais médicaux intervenus durant cette même période.

Les décomptes édités entre le 6 juin 2021 et le 22 juillet 2023 lui avaient été transmis tardivement.

Quant aux montants figurant sur les décomptes des 5 et 26 août 2023, non entièrement pris en charge par l'assurance-maladie (CHF 2.70 relatifs à des prestations non assurées par la LAMal et CHF 240.- de taxes hospitalières), ils ne pouvaient être pris en charge selon la loi.

**B. a.** Par écriture du 1<sup>er</sup> avril 2025, le bénéficiaire a interjeté recours contre cette décision.

Le recourant admet avoir envoyé ses décomptes de prestations des années 2021, 2022 et 2023 en retard, mais invoque son état de santé.

**b.** Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 30 avril 2025, a conclu au rejet du recours.

**c.** Par courrier du 23 mai 2025, le recourant a sollicité un « délai exceptionnel » afin de produire des pièces justificatives concernant son état de santé durant les années concernées.

**d.** Dans le délai accordé, le recourant, par courrier du 18 juin 2025, a expliqué avoir rencontré de nombreux problèmes de santé entre 2021 et 2024. Il allègue que ce n'est qu'après avoir un peu récupéré de plusieurs interventions chirurgicales qu'il a pu reprendre petit à petit sa situation économique en mains.

À l'appui de sa position, il produit une épaisse liasse de factures médicales correspondant à des traitements dispensés entre 2021 et 2025.

**e.** Les autres faits seront repris, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 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 les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 6 octobre 2006 (LPC - RS 831.30).

Elle statue aussi, en application de l'art. 134 al. 3 let. a LOJ, sur les contestations prévues à l'art. 43 de la loi cantonale sur les prestations complémentaires cantonales du 25 octobre 1968 (LPCC - J 4 25).

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.**

**2.1** Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé de rembourser au recourant ses frais médicaux des années 2021 à 2023.

**2.1.1** L'art. 14 al. 1 LPC prévoit que les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle, les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis :

- a. frais de traitement dentaire ;
- b. frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires ;
- b<sup>bis</sup>. frais de séjours passagers dans un home ou dans un hôpital, d'une durée maximale de trois mois (...);

- c. frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin ;
- d. frais liés à un régime alimentaire particulier ;
- e. frais de transport vers le centre de soins le plus proche ;
- f. frais de moyens auxiliaires ;
- g. frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Selon l'art. 15 LPC, les frais de maladie et d'invalidité sont remboursés aux conditions suivantes :

- a. le remboursement est demandé dans les quinze mois à compter de la facturation ;
- b. les frais sont intervenus à une époque pendant laquelle le requérant remplissait les conditions fixées aux art. 4 à 6.

**2.1.2** En l'occurrence, c'est fin octobre 2024, soit bien au-delà du délai de quinze mois prescrit par la loi, que le recourant a soumis à l'intimé des décomptes d'assurance-maladie édités entre le 6 juin 2021 et le 22 juillet 2023. Sa demande est donc intervenue tardivement, ce qu'il ne conteste au demeurant pas.

Quant aux montants figurant sur les décomptes des 5 et 26 août 2023, non entièrement pris en charge par l'assurance-maladie, l'intimé a expliqué qu'ils ne figuraient pas dans la liste – exhaustive – des frais susceptibles d'être pris en charge, ce que le recourant ne conteste pas non plus.

Le recourant se contente d'expliquer son retard à agir par son état de santé et plusieurs hospitalisations dont il dit avoir eu du mal à se remettre psychologiquement. Cela étant, il produit de multiples factures médicales, mais aucun document qui attesterait qu'il aurait été durablement, pendant toute la période, dans l'incapacité d'agir ou de confier la défense de ses intérêts à un tiers.

C'est le lieu de rappeler qu'en vertu de l'art. 41 LPGA, si le requérant ou son mandataire a été empêché, sans sa faute, d'agir dans le délai fixé, celui-ci est restitué pour autant que, dans les trente jours à compter de celui où l'empêchement a cessé, le requérant ou son mandataire ait déposé une demande motivée de restitution et ait accompli l'acte omis.

Dans la procédure administrative en matière d'assurances sociales, les dispositions en matière de délai prévues aux art. 38 à 41 LPGA ne s'appliquent qu'aux délais de procédure, à l'exclusion des délais de droit matériel. L'application de l'art. 41 LPGA dépend par conséquent de la nature matérielle ou procédurale du délai en question et, partant, du point de savoir si l'inobservation du délai a un effet concret sur les rapports de droit matériel ou si elle ne se reflète que sur le plan procédural, en ce sens qu'il n'est plus possible de faire valoir la prétention litigieuse de la même manière (arrêts C 108/06 du 14 août 2006 consid. 4.2, in SVR 2007 AIV

n° 1 p. 1, et K 26/05 du 28 juillet 2005 consid. 3.5 et les références, in RAMA 2005 n° KV 337 p. 295; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_232/2011 du 15 novembre 2011 consid. 5.1).

Ainsi qu'en a jugé la Cour de céans dans un arrêt ATAS/1049/2017 du 22 novembre 2017, le délai de quinze mois fixé par l'art. 15 LPC n'est pas prolongeable aux termes de la loi, qui ne prévoit pas d'exception en la matière. Il s'agit en effet d'un délai de droit matériel, auquel l'art. 41 LPGA, qui permet une restitution de délai à certaines conditions, ne s'applique pas (cf. également ATAS/1050/2017, ATAS 1051/2017 et ATAS 1052/2017 du 22 novembre 2017).

Il en résulte que la décision sur opposition querellée doit être confirmée et le recours rejeté.

3. La procédure est gratuite (art. 61 let. a 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 auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public (art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 - LTF - RS 173.110). 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

Diana ZIERI

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le