

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1385/2019

ATAS/599/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 27 juin 2019**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE

recourante

contre

SERVICE DES PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES, sis route  
de Chêne 54, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---



8. Les 8 mai, 4 juillet, 13 et 27 août et 3 septembre 2018, l'ayant droit a transmis au SPC plusieurs décomptes de prestations concernant des factures de ses médecins. Celui-ci lui a remboursé par la suite les frais à sa charge.
9. Le 2 octobre 2018, le SPC a reçu plusieurs décomptes de prestations de l'assureur-maladie de l'ayant droit, dont notamment un décompte de prestations en tiers garant du 10 mars 2015, adressé à cette dernière et concernant des frais de pharmacie en date du 30 janvier 2015. Selon ce décompte, les montants de CHF 226.25 et CHF 73.75 étaient à la charge de l'assurée et seule une somme de CHF 5.05 lui était remboursée sur son compte bancaire.
10. Par décision du 23 janvier 2019, le SPC a refusé de rembourser à l'ayant droit les frais de pharmacie à sa charge de CHF 226.25 et CHF 74.25, selon le décompte précité, en mentionnant qu'il était daté du 10 mars 2015. Le motif en était que le justificatif des frais maladie lui avait été adressé au-delà du délai légal de quinze mois à compter de la date du décompte ou de la facture.
11. Par acte du 2 février 2019, l'ayant droit a formé opposition à cette décision. Elle a allégué avoir reçu le décompte de prestations de l'assureur-maladie très en retard. De surcroît, elle n'avait jamais reçu certains décomptes, malgré son insistance. Suite à ses demandes entre mi-septembre 2018 et mi-janvier 2019, l'assureur-maladie lui avait envoyé une grande partie des décomptes, dont certains dataient de 2015, 2016 et 2017, qu'elle n'avait pas reçus auparavant. Il lui avait indiqué qu'il fallait demander ses décomptes à chaque médecin. Ainsi, dans la mesure où elle venait de recevoir seulement le décompte en question, elle n'avait pas pu l'envoyer plus tôt. Enfin, elle risquait de recevoir encore d'autres décomptes datés d'il y a plus de quinze mois.
12. L'ayant droit a annexé à son opposition un courrier adressé le 2 février 2019 à l'assureur-maladie, dans lequel elle a exprimé son étonnement que celle-ci ne lui avait pas envoyé à son adresse tous les décomptes de prestations la concernant. A sa demande, elle avait reçu une grande partie des décomptes entre mi-septembre 2018 et mi-janvier 2019 dont certains dataient de 2015, 2016 et 2017. L'ayant droit a également joint à son opposition une liste des décomptes qu'elle n'avait jamais reçus à ce jour, ainsi qu'un courrier du 31 décembre 2018 adressé à l'assureur-maladie l'invitant à lui faire parvenir les décomptes de prestations, tout en précisant avoir bien reçu les décomptes de la « caisse maladie » [recte caisse des médecins]. Cependant, ceux-ci n'étaient pas valables pour se faire rembourser par le SPC.
13. Par décision du 5 mars 2019, le SPC a rejeté l'opposition au motif que le décompte de prestations établi par l'assureur-maladie le 10 mars 2015 n'avait été reçu par le SPC qu'en date du 2 octobre 2018. Le délai légal de quinze mois était ainsi échu.
14. Par acte du 5 avril 2019, l'ayant droit a interjeté recours contre cette décision en concluant son annulation et implicitement au remboursement des sommes de CHF 226.25 et CHF 74.25. Elle a répété n'avoir pas pu présenter le décompte en cause dans le délai légal de quinze mois, l'ayant reçu très en retard de la part de

l'assureur-maladie. Elle avait par ailleurs reçu encore d'autres décomptes en retard. Certains décomptes, elle ne les avait pas encore reçus à ce jour.

15. Dans sa réponse du 2 mai 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant à sa décision sur opposition quant aux motifs.
16. Dans sa réplique du 27 mai 2019, la recourante a persisté dans ses conclusions. Afin de prouver sa bonne foi, elle a joint à son écriture les échanges avec l'assureur-maladie, ainsi que la CM et sa pharmacie. L'assureur-maladie reconnaissait ne pas avoir transmis tous les décomptes de prestations, estimant que c'était à l'organe de facturation de les lui transmettre systématiquement, ce que cet organe n'avait pas fait. La recourante avait dès lors écrit à la CM afin qu'elle lui remît avec ses décomptes également les décomptes de prestations de l'assureur-maladie.
17. Entendue en date du 13 juin 2019 par la chambre de céans, la recourante a déclaré ce qui suit :

« J'ai signé une cession de créance en faveur de la pharmacie. Ainsi, c'est en principe la pharmacie qui demande à ASSURA le remboursement des frais de médicaments et c'est à la pharmacie qu'est envoyé le décompte d'ASSURA. Je ne sais pas à partir de quelle date j'ai signé la cession de créance. Je prends bonne note, sur remarque de la Présidente, que le décompte litigieux d'ASSURA est en l'occurrence adressé à mon adresse privée.

Je me suis rendue compte très tard du fait que je n'ai pas reçu tous les décomptes de prestations d'ASSURA. Alors même que je suis en principe très organisée, j'attribue cette négligence à ma maladie. A un moment donné, j'ai perdu le contrôle de la situation.

Toutefois, les courriers échangés avec ASSURA et les organes de facturation montrent ma bonne foi. »

Quant à l'intimé, il a déclaré :

« En principe, nous remboursons les frais médicaux à la charge de l'ayant droit sur présentation de l'original du décompte de l'assurance. Sur remarque de la Présidente, j'admets toutefois que certains frais ont été remboursés à la recourante sur la présentation du décompte de la Caisse des médecins, du moins jusqu'en 2017. »

18. A l'issue de cette audience, la cause a été gardée à juger.

---

## EN DROIT

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.

2. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B LPA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si la recourante a droit au remboursement des frais médicaux de CHF 300.50 à sa charge, résultant du décompte de son assureur-maladie du 10 mars 2015, lequel a été reçu par l'intimé le 2 octobre 2018.
4. 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 LPC.

Le délai de quinze mois court à compter de la date de réception de la facture ou du décompte de la caisse-maladie (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, ad art. 15 ch. 1). Il s'agit d'un délai de péremption, si bien qu'un remboursement est exclu si la demande ne parvient pas à l'autorité compétente dans ce délai, sauf si l'assuré ne pouvait pas savoir en temps utile et sans faute de sa part qu'une facture a été établie. Dans cette dernière hypothèse, le délai commence à courir dès la connaissance de la facture (VALTERIO, op. cit. ad art. 15 ch. 3).

5. En l'occurrence, la recourante a transmis le 2 octobre 2018 à l'intimé un décompte de son assureur-maladie du 10 mars 2015. Cela étant, il convient de constater que le délai de quinze mois à partir de la date de ce décompte est largement dépassé, de sorte que la recourante n'est en principe plus en droit d'en demander le remboursement.

La recourante fait valoir n'avoir reçu que récemment ce décompte. Cependant, elle n'est pas en mesure d'en apporter la preuve.

Au demeurant, cela ne paraît pas vraisemblable. En effet, ce décompte est libellé à l'adresse de son domicile et non, comme pour certains autres décomptes, à la CM.

Il ne s'agit ainsi pas d'un décompte qui a été envoyé dans un premier temps à un organisme de facturation, comme la recourante semble le soutenir, et qu'elle a reçu seulement ultérieurement à sa demande expresse.

En outre, ce décompte concerne des frais de pharmacie que la recourante a payés directement à la pharmacie, comme cela résulte de ce décompte. Par conséquent, il s'agit d'une période où la recourante n'avait pas encore signé une cession de créance en faveur de sa pharmacie, comme elle l'a déclaré lors de son audition. Partant, c'est la recourante qui a dû adresser à son assureur-maladie la facture de pharmacie accompagnée de l'ordonnance, raison pour laquelle le décompte lui a été adressé directement et non à un organisme de facturation.

En tout état de cause, même en admettant que la recourante ait reçu le décompte litigieux tardivement, il ne pourrait être admis qu'elle n'en avait pas connaissance sans faute de sa part. En effet, elle savait pertinemment qu'elle avait dû payer des frais de CHF 300.50 et il lui aurait alors appartenu de réclamer à temps le décompte de l'assureur-maladie avant l'expiration du délai de péremption. Elle ne pouvait pas se contenter d'attendre plusieurs années avant de le réclamer.

Enfin, la chambre de céans ne peut tenir compte de ce que la recourante était cas échéant diminuée dans ses facultés de gestion des affaires administratives en raison d'une maladie, en l'absence d'indices pour une incapacité de discernement et de certificats médicaux l'attestant. Cela ne paraît pas non plus probable, dès lors que la recourante sait se montrer également très organisée, comme le démontre le fait qu'elle tient une liste précise des frais médicaux à sa charge pour lesquels elle attend encore le décompte de l'assureur-maladie.

Cela étant, il appert que le droit de la recourante au remboursement des frais médicaux d'un total de CHF 300.50 est périmé.

6. Par conséquent, le recours sera rejeté.
7. La procédure est gratuite.

\*\*\*

**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

Maya CRAMER

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