RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1408/2002 **ATAS/373/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

5ème chambre

du 4 mai 2005

En la cause

Monsieur B_____, recourant

contre

OFFICE CANTONAL DES PERSONNES ÂGEES, route de Chêne 54, case postale 6375, 1211 GENEVE 6 intimé

Siégeant : Mme Maya CRAMER, Présidente, Mme Karine STECK et Mme Juliana BALDE, juges.

EN FAIT

1. Monsieur B_____ est au bénéfice de prestations complémentaires fédérales à sa rente AVS.

2. Il a conclu une assurance obligatoire des soins avec une franchise de 230 fr. en 2001 et 2002, ainsi que des assurances-maladie complémentaires, dont notamment une assurance pour soins complémentaires, auprès de la caisse-maladie UNIVERSA du Groupe mutuel (ci-après : la caisse).

3. Par décision du 4 juin 2002, notifiée le 10 juillet suivant, l'Office cantonal des personnes âgées (ci-après : OCPA) a informé le bénéficiaire qu'il avait versé, à titre d'arriéré de participations et franchise, la somme de 265 fr. 15 à sa caisse et lui a demandé le remboursement du montant de 143 fr. 75.

4. Par lettre du 22 juillet 2002, ce dernier a formé réclamation contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation.

5. Le 22 août 2002, l'OCPA a rendu une nouvelle décision, par laquelle il a octroyé au bénéficiaire le remboursement des frais médicaux pour un montant total de 705 fr, 80. Le récapitulatif des frais enregistrés, figurant au verso de cette décision, fait référence à des décomptes de la caisse pour les années 2001 et 2002.

6. Le bénéficiaire a également formé réclamation contre cette décision, par son courrier du 9 septembre 2002, en concluant à ce qu'un montant supplémentaire de 124 fr. 40 lui fût remboursé.

7. Le 30 avril 2003, l'OCPA a rejeté les réclamations formées par l'assuré contre ses décisions du 4 juin et du 22 août 2002. S'agissant de sa décision du 22 août 2002, l'OCPA a souligné que seule la participation aux coûts prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal) était prise en compte dans les prestations complémentaires. Par ailleurs, avec la franchise de 230 fr., la participation aux coûts susceptibles d'être prise en considération ne saurait dépasser 830 fr., selon l'art. 7 de l'ordonnance relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires du 29 décembre 1997 (OMPC). Or, pour l'année 2001, l'OCPA avait déjà pris en charge la somme de 830 fr. au total, après avoir versé l'arriéré de quote-part et de franchise de 121 fr. 40 pour l'année 2001 directement à la caisse.

8. Le 22 mai 2003, l'assuré a déféré la décision sur réclamation à la Commission cantonale de recours en matière d'AVS/AI (ci-après : Commission de recours), en concluant à son annulation et au paiement des sommes de 124 fr. 40, de 121 fr. 40, représentant la différence entre la participation maximale de 830 fr exigible de l'assuré et la somme de 708 fr. 60 versée par l'OCPA pour 2001, et de 143 fr. 75. Il réclame également à titre de dépens la somme de 400 fr. Il a notamment fait valoir qu'il lui paraissait illégal que l'intimé invoque les dispositions légales relatives au calcul du frein mutuel (limite de la participation aux coûts médicaux de l'assuré) de manière unilatérale pour justifier le refus de verser des sommes couvertes par l'assurance de base.

9. L'OCPA a conclu au rejet du recours, dans sa détermination du 10 octobre 2003, en reprenant son argumentation précédente.

10. Dans ses écritures du 16 décembre 2003, le recourant a réclamé les sommes de 124 fr. 40 et de 29 fr. 60, tout en persistant dans ses conclusions antérieures en ce qui concerne la restitution de la somme de 143 fr. 75. Il s'est en outre prévalu de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA), selon laquelle les participations afférentes aux assurances-maladies complémentaires peuvent également être prises en charge, à certaines conditions, à titre de prestations complémentaires.

11. Lors de l'audition des parties en date du 17 décembre 2003, l'OCPA a accepté d'annuler sa décision sur opposition en ce qu'elle réclamait au recourant la somme de 143 fr. 75. Celui-ci a renoncé à réclamer le remboursement de cette dernière somme à titre de frais médicaux.

12. Dans sa détermination du 20 janvier 2004, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en répétant qu'il a déjà payé la somme réclamée de 121 fr. 40 pour l'année 2001. Si le recourant devait avoir versé cette même somme à sa caisse, il lui appartenait de s'adresser à celle-ci pour son remboursement. Se référant à la jurisprudence récente en la matière concernant le remboursement des frais médicaux relevant des assurances-maladie complémentaires, l'intimé a relevé que celle-ci ne s'appliquait pas en l'occurrence, dans la mesure où elle ne concernait que le remboursement d'une cure thermale.

13. Par lettre du 30 janvier 2004 au Tribunal de céans, le recourant a requis la production d'un justificatif comptable de sa caisse-maladie relatif à la réception de la somme de 121 fr. 40 de la part de l'OCPA.

14. Dans ses écritures du 31 mars et du 1er avril 2004, il a conclu au paiement par l'intimé de 124 fr. 40 et de 29 fr. 60, soit d'un total de 154 fr., au paiement d'une indemnité de 500 fr. à titre de dommages-intérêts et à la production d'un

« mémoire transparent » sur la « comptabilité par compensation occulte » intervenant entre l'OCPA et le GM-U « (Groupe mutuel - UNIVERSA).

15. A la demande du Tribunal de céans, la caisse lui a répondu le 22 juin 2004 que la somme de 121 fr. 40 était comprise dans sa facture de participation n° 020451420 du 21 février 2002 d'un montant de 134 fr. 40, laquelle lui a été remboursée par l'intimé le 9 juillet 2002.

16. Le 4 août 2004, le recourant a sollicité la jonction de son recours faisant l'objet de la présente procédure avec son recours déposé le 5 mai 2004 contre la caisse.

17. Le 10 septembre 2004, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en faisant valoir que la caisse avait confirmé que la somme de 121 fr. 40 lui avait été remboursée. La différence de 13 fr. mentionnée par la caisse était due au fait que la facture du 21 février 2002 tenait également compte d'un montant de 13 fr. de la Pharmacie Miremont du 14 janvier 2002.

18. Par lettre signature postée le 29 mars 2005, le recourant a fait parvenir au Tribunal de céans sa détermination au sujet du courrier du 22 juin 2004 de la caisse, détermination pour laquelle un ultime délai du 28 mars lui avait été accordé.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) du 22 novembre 1941 a été modifiée et un Tribunal cantonal des assurances sociales a été institué dès le 1er août 2003, conformément à l'art. 1 let. r de cette loi. En application de l'art. 3, al. 3 des dispositions transitoires de la loi du 14 novembre 2002 modifiant la LOJ, les cause introduites avant l'entrée en vigueur de la loi précitée et pendantes devant la Commission de recours ont été transmise d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales. La compétence du Tribunal de céans est dès lors établi pour trancher le présent litige.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le régime des prestations complémentaires à l'AVS-AI. Cependant, le cas d'espèce reste régi par les dispositions de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 19 mars 1965 (LPC) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1).

3. L'autorité peut, d'office ou sur requête, joindre en une même procédure les affaires qui se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune, en vertu de l'art. 70 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA).

   En l'occurrence, le recourant a saisi le 5 mai 2004 le Tribunal de céans d'un second recours dirigé contre la caisse, sans toutefois attaquer une décision sur opposition de celle-ci, mais dans le but de demander la justification de leurs décomptes, tout en s'insurgeant contre sa « comptabilité occulte par compensation ».

   Même si le recourant reproche également dans la présente procédure à l'intimé une comptabilité opaque et guère compréhensible pour le bénéficiaire, il n'en demeure pas moins qu'il y a lieu de séparer strictement les décomptes et décisions de l'intimé et de la caisse, de sorte que l'on ne saurait admettre que les deux recours se rapportent à une situation identique ou à une cause juridique commune. Par conséquent, la requête du recourant tendant à la jonction de ses recours sera refusée.

4. Interjeté dans le délai et la forme prescrits par la loi (art. 9 al. 1 LPC) le recours est recevable.

5. Selon la jurisprudence, la production de nouvelles écritures ou de nouveaux moyens de preuve après l'échéance du délai de recours n'est pas admissible, sauf dans le cadre d'un échange d'écritures ordonné par le tribunal. Demeure réservée la situation où de telles pièces constituent des faits nouveaux importants ou des preuves concluantes au sens de l'art. 137 let. b de la loi fédérale sur l'organisation judiciaire du 16 décembre 1943 (OJ) et pourraient dès lors justifier la révision de l'arrêt du tribunal (ATF 127 V 357 consid. 4).

   En l'espèce, le Tribunal de céans a accordé au recourant un dernier délai jusqu'au 28 mars 2005 pour lui faire part de sa détermination. Celle-ci n'a été postée que le 29 mars suivant, comme l'atteste le timbre postal. Aussi convient-il de constater que ses écritures ont été déposées hors délai. Par ailleurs, le recourant ne fait valoir aucun fait nouveau. Par conséquent, il ne sera pas tenu compte de ces écritures, conformément à la jurisprudence précitée.

6. Est litigieuse en l'occurrence la décision sur opposition du 30 avril 2003 de l'intimé concernant le remboursement des frais médicaux à la charge du recourant pour les années 2001 et 2002. Pour cette dernière année ne seront toutefois pris en considération que les décomptes jusqu'au 5 février 2002 de la caisse, dans la mesure où les autres décomptes ne sont pas intégrés dans cette décision.

7. Aux termes de l'art. 3d al. 1 LPC, les bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle ont droit au remboursement des frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (let. b), ainsi qu'au remboursement des frais payés au titre de participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (let. f). Les frais qui peuvent être remboursés en vertu du premier alinéa sont précisés par le Conseil fédéral (l'art. 3d al. 4 LPC). A l'art. 19 de l'ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI) le Conseil fédéral a délégué son pouvoir réglementaire au Département fédéral de l'intérieur, lequel a édicté l'OMPC.

   L'art. 6 OMPC prévoit, dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 1998, le remboursement des participations prévues par l'art. 64 LAMal aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 LAMal.

   Selon l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient à raison d'un montant fixe par année (franchise) et de 10% des coûts qui dépasse la franchise (quote-part). Le Conseil fédéral fixe le montant de la franchise et le montant maximal annuel de la quote-part (art. 64 al. 3 LAMal). Il a déterminé, pour les années en cause, la franchise à fr. 230 et la quote-part maximale à fr. 600 (art.103 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 - OAMal). Il en résulte que le montant maximal des frais médicaux à la charge de l'assuré dans le cadre l'assurance-maladie obligatoire est de 830 fr. par an. Au-delà de cette limite, l'assureur doit rembourser à l'assuré la totalité des factures. Par conséquent, le montant maximal que l'OCPA peut être amené à rembourser au bénéficiaire à titre de frais médicaux de l'assurance obligatoire des soins s'élève également à cette somme (ATFA non publié du 27 août 2003, P 46/02, consid. 4.2).

8. Le recourant conteste en premier lieu le décompte de l'intimé concernant l'année 2001 qui fait l'objet de la décision attaquée.

   Le total de ce décompte des frais médicaux à la charge de l'assuré s'élève à 206 fr. 60, dont 191 fr. 45 concernent des prestations de l'assurance-maladie obligatoire. L'intimé a remboursé ces derniers frais à concurrence de 67 fr. 05 et a refusé de verser le solde de 124 fr. 40, au motif qu'il avait payé pour 2001 déjà le montant total dû de 830 fr. à titre de franchise et de participations. Ce faisant, il fait valoir avoir reçu un décompte d'arriéré de participations et franchise d'un montant de 121 fr. 40 directement de la caisse pour des frais à la charge de l'assuré dont celui-ci ne s'était pas acquitté en 2001. L'intimé allègue avoir versé cette somme dans les mains de cette caisse, raison pour laquelle elle n'est plus tenue de la rembourser au recourant.

Il résulte du décompte de l'OCPA intitulé « Factures FM FRMUT pour No Oapa : 301415 » relatif à l'année 2001 que celui-ci a remboursé au recourant la somme de 708 fr. 60. Par rapport à la somme totale due de 830 fr. pour cette année, il en résulte une différence de 121 fr. 40 en faveur de ce dernier. Cependant, dans la mesure où ce montant a été versé directement à la caisse à la suite de son arriéré de décompte précité, comme cette dernière l'a confirmé, c'est à raison que l'intimé a refusé de rembourser cette somme une deuxième fois au recourant.

Si toutefois celui-ci devait avoir payé à la caisse pour 2001 également la somme de 121 fr. 40, il pourrait lui en demander le remboursement. Pour ce faire, il conviendrait qu'il lui fasse le cas échéant parvenir les justificatifs des paiements afférents aux décomptes de la franchise et des participations de l'assurance-maladie obligatoire pour le montant de 830 fr. concernant l'année 2001.

Le recourant reproche également à la caisse d'adresser directement ses décomptes à l'intimé, pour le paiement des participations aux coûts restées impayées. De même, il fait grief à l'OCPA de s'acquitter directement de ces frais en mains de la caisse, sans l'en informer. Il est vrai que, pour une meilleure transparence, il serait préférable que l'assuré soit tenu au courant par l'intimé, ainsi que par la caisse du règlement direct de ses dettes envers de cette dernière. Il n'en demeure pas moins que l'intimé a pris en charge les frais médicaux afférents à l'assurance-maladie obligatoire, conformément à la loi, de sorte que le recourant n'a subi aucun dommage matériel en raison de cette pratique.

9. S'agissant du décompte de l'intimé concernant les frais médicaux à la charge le l'assuré dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire et afférents à 2002 jusqu'au 5 février de cette année, il convient de constater que l'intimé a remboursé la totalité des frais y relatifs.

10. Se pose toutefois la question de savoir si le recourant pourrait également prétendre au remboursement des quotes-parts qui sont à sa charge dans le cadre de l'assurance-maladie complémentaire (SC), à laquelle il a souscrit.

    Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances sociales (TFA), l'art. 3d al. 1 let. b LPC vise à créer une compensation au moyen de la déduction de frais de maladie non couverts par des prestations d'assurance et à empêcher que le revenu de l'assuré ne tombe au-dessous du niveau des besoins vitaux. Afin d'atteindre ce but, le TFA a jugé qu'il fallait donner une définition large des frais de maladie déductibles. Il a ainsi admis qu'une cure balnéaire ou un séjour de convalescence prescrit par le médecin et contrôlé par lui faisaient partie des soins au sens de l'art. 3 al. 4 let. e LPC, de sorte qu'il convenait de traiter les frais de telles cures, en ce qui concernaient les déductions, de la même manière

que les autres frais de maladie (ATFA non publié P 46/02 du 27 août 2003, consid. 4.3.2. et références citées). Il y a lieu toutefois de relever que l'art. 12 OMPC prévoit expressément le remboursement des frais afférents à des cures balnéaires prescrites par le médecin, après déduction d'un montant approprié pour les frais d'entretien, si la personne assurée était sous contrôle médical pendant la cure. La jurisprudence précitée ne saurait dès lors s'appliquer à la franchise et aux participations de l'assuré dans le cadre d'une assurance-maladie complémentaire, en dehors d'une cure balnéaire. Tout au contraire, le TFA a précédemment jugé que l'énumération des frais de maladie et d'invalidité susceptibles d'être remboursés selon l'art. 3d al. 1 LPC était exhaustive, de sorte que les frais de médecins et les coûts des médicaments ne peuvent être remboursés que s'ils sont pris en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Les frais restants de prestations prises en charge par les assurances complémentaires ne sauraient incomber aux prestations complémentaires, sauf les frais de dentiste, de SPITEX, d'aide au ménage, de cures thermales, de séjours de convalescence, de transport et de moyens auxiliaires (VSI 2002 p. 76 ss, consid. 4). S'agissant des frais de médicaments, le TFA a expressément considéré que ceux-ci ne pouvaient pas être pris en charge à titre de prestations complémentaires, s'ils n'étaient pas remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (ATF 127 V 243 consid. 4c).

Or, en l'espèce, les frais médicaux à la charge du recourant dans le cadre de l'assurance-maladie complémentaire ont trait à des médicaments. Aussi, le recourant ne peut-il pas prétendre au remboursement de ceux-ci.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

* * *

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

Préalablement :

Rejette la requête du recourant tendant la jonction des causes A/1408/02 PC et A/950/2004 ;

A la forme :

Déclare le recours recevable ;

Au fond :

1. Le rejette ;
2. Dit que la procédure est gratuite ;
3. Dit que pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, les parties peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Ce mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs le recourant estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter la signature du recourant ou de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints au mémoire s'il s'agit de pièces en possession du recourant. Seront également jointes au mémoire la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La présidente :
Yaël BENZ	Maya CRAMER

Le présent arrêt est communiqué pour notification aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le