

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né le _____ 1963, compagnon de Madame B_____, est au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis 2006 et de prestations complémentaires.
2. Le 5 décembre 2016, il a transmis au service des prestations complémentaires (ci-après le SPC), par le biais de sa compagne, des décomptes de son assurance-maladie des factures de médecins lui en demandant le remboursement, soit :
 - dix décomptes de participations 2015 établis par Avenir assurance maladie, membre du Groupe Mutuel, les 27 avril, 18 mai, 27 juillet, 17 août, 14 septembre, 26 octobre, 18 décembre, 21 décembre et 28 décembre 2015 pour 70 factures datées du 23 janvier au 11 décembre 2015 ;
 - dix décomptes de participations 2016 établis par Avenir assurance maladie, membre du Groupe Mutuel, les 22 février, le 21 mars, 18 avril, 17 mai, 20 juin, 18 juillet, 15 août, 19 septembre, 17 octobre et 21 novembre 2016 pour de nombreuses factures datées de 2016.
3. Par décision du 9 janvier 2017, le SPC a informé l'assuré avoir bien reçu ses divers justificatifs de frais médicaux. Sa participation s'élevait à CHF 546.15. Les factures datées de janvier, février, mars, avril et mai 2015 étaient refusées, car les justificatifs avaient été présentés plus de quinze mois à compter de la date du décompte ou de la facture. Le SPC précisait que si le montant des frais restant à la charge de l'assuré dépassait CHF 300.- par année civile et si son budget s'en trouvait gravement déséquilibré, il avait la possibilité de s'adresser au centre d'action sociale de son quartier/commune ou à Pro Infirmis Genève, qui pourraient le conseiller et éventuellement lui octroyer, selon son budget, une aide financière.
4. Par décision du 9 janvier 2017, le SPC a accepté de prendre en charge les justificatifs médicaux présentés à hauteur de CHF 327.50 et refusé de le faire pour ceux qui étaient datés de mai et juin 2015.
5. Le 31 janvier 2017, la compagne de l'assuré, représentant ce dernier, a demandé au SPC de reconsidérer ses diverses décisions relatives aux frais de maladie. C'était elle qui s'occupait des factures et des comptes de son compagnon. Elle savait qu'elle aurait dû transmettre les factures dans le délai requis, mais avait espéré que le SPC pourrait faire une exception, pour tenir compte de sa situation. Elle avait eu des raisons de ne pas avoir pu tout faire dans les temps. Un montant de CHF 540.15 n'avait pas été pris en compte pour son compagnon. Elle se sentait coupable et désemparée de perdre tout cet argent. Elle avait été très malade en 2016. Ils avaient vécu une spirale infernale de problèmes de santé ainsi que divers soucis privés qui avaient fait qu'elle avait omis d'envoyer les dossiers. Ce n'était pas par paresse. Au besoin, elle pouvait fournir un certificat médical. Les sommes non remboursées représentaient pour eux, ce qui les mettait en difficulté financière.

6. Par décision sur opposition du 4 avril 2017, le SPC a rejeté l'opposition, relevant que les factures et décomptes non remboursés avaient été reçus au-delà du délai légal de quinze mois. C'était donc à juste titre qu'il avait refusé le remboursement des frais concernés en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC. Il ne lui était pas possible de déroger à cette disposition, quel que soit le motif, afin de respecter le principe d'égalité de traitement entre assurés.
7. Le 3 mai 2017, la compagne de l'assuré, représentant ce dernier, a formé recours contre la décision sur opposition prise par le SPC le 4 avril 2017. Elle se référait à la motivation de son opposition, précisant que son compagnon était aussi malade et qu'il bénéficiait d'une rente d'invalidité. De par sa faute, son compagnon et ses enfants n'avaient eux aussi pas pu être remboursés de leurs frais médicaux. Le total approximatif des frais non remboursés représentait près de CHF 2'500.-, ce qui justifiait sa démarche de recours dans l'espoir d'obtenir une décision favorable annulant le refus de remboursement du SPC. Elle avait espéré obtenir un peu d'empathie de ce dernier. Depuis quinze mois, elle avait méticuleusement mis toutes les factures de côté, mais avait omis de les envoyer à temps. Avec ses soucis de santé, elle avait oublié que la date d'échéance pour l'envoi approchait et l'avait loupée de peu. Il s'agissait d'un oubli stupide, mais compréhensible. C'était la première année que cela lui arrivait pour autant de factures et pour toute sa famille. C'était très lourd à porter comme responsabilité et elle s'en voulait beaucoup. Elle pouvait fournir un certificat médical ainsi que la preuve d'une intervention chirurgicale à l'hôpital. Elle avait vraiment été très souffrante l'année précédente.
8. Le 31 mai 2017, le SPC a conclu au rejet du recours, considérant que le recourant n'invoquait aucun argument susceptible de le conduire à une appréciation différente du cas.
9. Sur ce, 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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. 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.

4. 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).

5. En l'espèce, il est établi par les pièces de la procédure que les factures et décomptes non remboursés par le SPC ont été transmis par la compagnie du recourant après l'échéance de quinze mois dès leur émission. Elle a en effet transmis les factures et décomptes au SPC le 5 décembre 2016. C'est donc à juste titre que le SPC a refusé de payer les factures et décomptes datés de février à juin 2015. Le délai de 15 mois 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.

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

6. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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