RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3213/2022 **ATAS/67/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 février 2023

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINE recourant

contre

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

Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente ; Andres PEREZ, Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Par décision du 4 mai 2021, le Service des prestations complémentaires (ci-après : le SPC) a informé Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) de ce que sa participation aux frais médicaux s'élevait à CHF 1'006.85.

Selon le récapitulatif des frais enregistrés annexé à la décision, le montant de CHF 361.95 avait été pris en charge selon la facture du 28 janvier « 2021 » (sic).

b. Par décision du 21 février 2022, le SPC a informé l'assuré de ce que sa participation aux frais médicaux encourus en 2021 s'élevait à CHF 638.05.

B. **a.** Par décision du 9 mars 2022, le SPC a informé l'assuré de ce que la décision du 4 mai 2021 comportait des erreurs et devait être considérée comme étant nulle et non avenue. L'assuré devait rembourser au SPC la somme de CHF 361.95.

Par décision du même jour, portant sur les frais médicaux encourus en 2020, le SPC a informé l'assuré de ce que sa participation aux frais médicaux s'élevait à CHF 355.10 s'agissant de la facture du 28 janvier 2020 pour un montant de CHF 361.95.-.

Par décision du même jour, portant sur les frais médicaux encourus en 2021, le SPC a informé l'assuré de ce que sa participation aux frais médicaux s'élevait à CHF 364.95.

b. Le 14 mars 2022, l'assuré a formé opposition à la décision de restitution du montant de CHF 361.95.

c. Le 7 avril 2022, le SPC a reçu l'assuré. Lors de cet entretien, l'intéressé s'est plaint de ce qu'il n'avait pas reçu l'entier des frais présentés dans la décision du 21 février 2022. Il demandait à ce que le service contrôle à nouveau tous ses décomptes pour les années 2020 et 2021.

d. Par décision du 6 septembre 2022, le SPC a informé l'assuré de ce que sa participation aux frais médicaux encourus en 2021 était complétée par une correction de CHF 18.80.

e. Par décision sur opposition du 14 septembre 2022, le SPC a partiellement admis l'opposition en ce sens qu'après un nouveau contrôle des frais remboursés, un montant de participation de CHF 18.80 était encore dû pour l'année 2021. Selon les tableaux annexés à la décision, le SPC avait remboursé les frais médicaux de l'assuré à hauteur de CHF 1'000.- pour 2020 et CHF 1'000.- pour 2021. Le SPC a expliqué que la décision du 4 mai 2021 était erronée en ce qu'elle avait accordé à l'assuré une participation de CHF 361.95 selon le décompte d'assurance du 7 février 2020 portant sur les frais de maladie du 28 janvier 2020. Cette participation avait été enregistrée en 2021, soit la mauvaise année. Une participation de CHF 355.10 aux frais de médicaments du 28 janvier 2020 avait, en conséquence, été accordée pour l'année 2020. Par ailleurs, des frais

supplémentaires avaient été remboursés pour l'année 2021 en raison de l'annulation de la facture enregistrée à tort pour l'année 2021. Les frais pour lesquels aucune participation n'avait initialement été accordée avaient donc été repris.

C. **a.** Par acte du 3 octobre 2022, l'assuré a recouru contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales), faisant valoir qu'il avait la preuve que des erreurs avaient été commises dans les calculs du SPC depuis sa décision du 21 février 2022 jusqu'à la décision sur opposition.

b. Par réponse du 25 octobre 2022, le SPC a conclu au rejet du recours, se référant à la motivation de sa décision sur opposition. Pour répondre aux interrogations de l'assuré sur les sommes versées, il produisait une extraction des paiements de frais de maladie versés à l'assuré (pièce 11). Il en ressortait que les versements totalisaient le montant maximal de CHF 1'000.- par année.

c. Par réplique du 29 novembre 2022, l'assuré a relevé que la décision du 4 mai 2021 mentionnait un remboursement de CHF 1'006.85, alors que la limite maximale était de CHF 1'000.-. Le montant de CHF 638.05 résultant de la décision du 21 février 2022 était erroné. En additionnant les différents montants versés par le SPC, l'assuré arrivait à un trop perçu de CHF 376.90 et non de CHF 361.95.

d. La chambre de céans a transmis cette écriture au SPC.

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 dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 al. 1, 60 et 61 let. b LPGA ; art. 9 de la loi cantonale sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 14 octobre 1965 [LPFC - J 4 20] ; art. 43 LPCC).

2. Le litige porte sur le droit de l'intimé de réclamer au recourant la restitution du montant de CHF 361.95, correspondant aux frais de maladie versés en trop pour l'année 2021.

2.1 En vertu de l'art. 25 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. Cette disposition est reprise, au plan cantonal, à l'art. 24 al. 1 LPCC.

2.2 Les prestations complémentaires fédérales se composent de la prestation complémentaire annuelle et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 3 al. 1 LPC). En vertu de l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent notamment aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais payés au titre de la participation au coût selon l'art. 64 let. g de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). D'après l'art. 64 al. 2 LAMal, la participation des assurés comprend un montant fixe par année (franchise ; let. a) et 10 % des coûts qui dépassent la franchise (quote-part ; let. b). Selon l'art. 103 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal – RS 832.102), la franchise prévue à l'art. 64 al. 2 let. a, de la loi s'élève à CHF 300.- par année civile (al. 1) et le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à CHF 700.- pour les adultes (al. 2).

Selon l'art. 14 al. 2 LPC, les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement des dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations.

2.3 Au plan cantonal, l'art. 2 al. 1 let. c LPFC confère au Conseil d'État la compétence de déterminer les frais de maladie et d'invalidité qui peuvent être remboursés en application de l'art. 14 al. 1 et 2 LPC, les montants maximaux remboursés correspondant aux montants figurant à l'art. 14 al. 3 LPC (ch. 1) et les remboursements étant limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2).

En application de la délégation de compétence contenue à l'art. 2 LPFC, le Conseil d'État a promulgué le règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (RFMPC - J 4 20.04).

Selon l'art. 8 RFMPC, sont remboursés la participation prévue par l'art. 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 de cette loi (let. a) et le coût des soins répercutés sur le bénéficiaire en application de l'art. 25a, al. 5, de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (let. b).

Il ressort de l'information sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité, édicté par le SPC dans sa version à février 2022, que les franchises et participations relatives à l'assurance de base mentionnées sur les décomptes des caisses-maladie sont remboursées jusqu'à concurrence de CHF 1'000.- par année civile (CHF 300.- de franchise et CHF 700.- de participation).

2.4 En l'occurrence, il n'est pas contesté que les factures litigieuses portent sur des frais de maladie, de sorte qu'en application des disposition précitées, l'intimé est tenu de les rembourser jusqu'à concurrence de CHF 1'000.- par année. Or, il ressort de la décision entreprise, en particulier des tableaux y intégrés, qu'abstraction faite du montant de CHF 361.95 - remboursé à tort par l'intimé pour l'année 2021 -, le SPC a remboursé à l'assuré un montant total de CHF 1'000.- à titre de frais de maladie facturés en 2020 et de CHF 1'000.- en 2021.

Dans ses écritures, le recourant ne remet pas spécifiquement en cause les chiffres retenus dans les tableaux figurant dans la décision attaquée, ni ne conteste avoir reçu les montants transférés par l'intimé (pièce 11). Il s'étonne toutefois du montant de CHF 1'006.85 reçu par décompte du 4 mai 2021, faisant valoir que le remboursement maximum s'élève à CHF 1'000.- par année.

Or, ainsi que l'a expliqué l'intimé, la décision du 4 mai 2021 a été partiellement annulée par la décision du 9 mars 2022 en ce sens que le montant de CHF 361.95, afférant à un décompte de la caisse maladie du 28 janvier 2020, avait été remboursé par erreur pour l'année 2021 alors qu'il aurait dû être enregistré pour l'année 2020. L'intimé a ainsi réclamé le remboursement du montant de CHF 361.95 par décision du 9 mars 2022. En parallèle, l'intimé a tenu compte de la facture de CHF 361.95 dans les frais médicaux 2020 et l'a remboursée à l'assuré à hauteur du solde qui restait pour atteindre le maximum de CHF 1'000.- pour l'année 2020, soit CHF 355.10. Le recourant ne conteste pas avoir reçu ce montant le 22 mars 2022 (pièce 11). Dans la mesure où la facture de CHF 361.95 a été retirée du décompte pour l'année 2021, l'intimé a également admis une partie des frais médicaux présentés par le recourant jusqu'à concurrence du montant maximal de CHF 1'000.- pour l'année 2021. C'est le lieu de préciser que ces montants n'avaient, dans un premier temps, pas été remboursés au recourant puisque, tenant compte de la facture de CHF 361.95, le seuil de CHF 1'000.- avait déjà été atteint (cf. décision du 21 février 2022). Concrètement, l'intimé a procédé au remboursement des factures de CHF 24.85 (traitement du 23 février 2021), CHF 43.95 (traitement du 23 février 2021), CHF 10.95 (traitement du 23 février 2021), CHF 17.45 (traitement du 23 février 2020), CHF 2.25 (traitement du 23 février 2020), CHF 24.85 (traitement du 28 février 2020), CHF 7.60 (traitement du 4 mars 2021), CHF 21.70 (traitement du 26 mars 2021), CHF 6.60 (traitement du 26 mars 2021), CHF 10.75 (traitement du 29 mars 2021), CHF 10.75 (traitement du 30 mars 2021), CHF 50.65 (traitement du 7 avril 2021), CHF 3.10 (traitement du 7 avril 2021), CHF 7.15 (traitement du 16 avril 2021), CHF 8.65 (traitement du 28 avril 2021), CHF 5.75 (traitement du 25 mai 2021), CHF 107.95 (traitement du 25 mai 2021), CHF 8.80 (traitement du 23 février 2021 - correction), CHF 10.- (traitement du 23 février 2021 - correction), soit un montant total de CHF 383.75, dont il convient de retrancher CHF 21.80 (cf. montant de CHF 43.95 pour le traitement du 23 février 2020,

partiellement remboursé à hauteur de CHF 21.80 selon décision du 21 février 2022), soit CHF 361.95 au total. Ce procédé ne prête pas le flanc à la critique. Ainsi, contrairement à ce que soutient le recourant, la décision du 21 février 2022, complétée par la décision du 9 mars 2022, est conforme au droit et aux pièces du dossier.

Enfin, contrairement à ce que prétend le recourant, il résulte bien des remboursements effectués par l'intimé pour les années 2020 et 2021, soit CHF 18.80 (décision du 6 septembre 2022), CHF 1'006.85 (décision du 4 mai 2021), CHF 638.05 (décision du 21 février 2022), CHF 355.10 (décision du 9 mars 2022), CHF 364.95 (décision du 9 mars 2022), ce qui correspond à un montant total de CHF 2'383.75, dont il convient de retrancher CHF 21.80 (décision d'annulation de frais du 9 mars 2022), soit un montant total de CHF 2'361.95, que le recourant a touché un trop perçu de CHF 361.95, le seuil de remboursement maximal étant limité à CHF 1'000.- par année.

C'est partant à bon droit que l'intimé a réclamé la restitution du montant de CHF 361.95. La décision contestée doit ainsi être confirmée.

2.5 Les considérants qui précèdent conduisent au rejet du recours.

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
Sylvie CARDINAUX	Eleanor McGREGOR

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