

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 décembre 2021

---

Composition : Mme PASCHE, juge unique  
Greffière : Mme Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, agissant par [...],

et

**CAISSE CANTONALE VAUDOISE DE COMPENSATION AVS**, à Vevey,  
intimée.

---

**Art. 4 al. 1 let. a, 14 al. 6 et 15 LPC.**

**E n f a i t :**

**A. a)** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1936 et ainsi bénéficiaire d'une rente de vieillesse de l'AVS, a déposé une demande de prestations complémentaires AVS/AI le 30 juillet 2020.

Par une première décision du 18 septembre 2020 (n° de référence 2020-077037), la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après : la caisse ou l'intimée) a refusé le droit de l'assurée aux prestations complémentaires pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> et le 31 juillet 2020, constatant que cette dernière présentait un excédent de revenu de 92'690 francs. Par une seconde décision datée du même jour (n° de référence 2020-077035), la caisse a reconnu le droit de l'assurée à de telles prestations à compter du 1<sup>er</sup> août 2020 à la suite de son entrée en EMS. L'assurée ne s'est pas opposée à ces décisions.

**b)** Le 18 janvier 2021, la caisse a reçu de l'assurée une facture de soins dentaires de 771 fr. établie le 21 janvier 2020 par le Dr H.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste, relative à un traitement prodigué du 20 novembre 2019 au 15 janvier 2020, pour remboursement.

Par décision du 3 mars 2021, la caisse a refusé le remboursement de cette facture au motif que l'assurée n'était pas bénéficiaire des prestations complémentaires au moment de l'établissement de la note d'honoraires.

Le 6 mars 2021, l'assurée, agissant par son époux, a formé opposition contre la décision précitée. Elle a fait valoir qu'en sa qualité de rentière AVS, elle avait droit au remboursement de toute facture de soins établie dans les quinze mois précédant le début du droit aux prestations complémentaires.

Par décision sur opposition du 17 mars 2021, la caisse a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 3 mars 2021. Elle a expliqué que les frais de maladie et d'invalidité étaient remboursés uniquement si le

remboursement était demandé dans les quinze mois à compter de la facturation, si les frais étaient intervenus à une époque pendant laquelle l'assuré remplissait les conditions d'octroi et si ceux-ci dépassaient la part des revenus excédentaires. Or, l'assurée s'était vu refuser le droit aux prestations complémentaires le 18 septembre 2020 compte tenu de revenus excédentaires de 92'690 francs. La prise en compte des frais de soins par 771 fr. était par conséquent exclue.

**B.** Par acte daté du 19 mars 2021 et envoyé le 22 mars 2021 par courrier prioritaire, X. \_\_\_\_\_, agissant par son époux, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 17 mars 2021. Elle a conclu implicitement à la réforme de cette décision dans le sens de la prise en charge par l'intimée de la facture du Dr H. \_\_\_\_\_ du 20 [sic] janvier 2020. Elle a fait valoir que la décision du 18 septembre 2020 lui reconnaissant le droit aux prestations complémentaires dès le 1<sup>er</sup> août 2020 devait permettre le remboursement de cette facture.

Dans sa réponse du 23 avril 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision sur opposition. Elle a relevé que la note d'honoraires avait été établie à une époque où la recourante ne bénéficiait pas encore du droit aux prestations complémentaires et que, par conséquent, cette note devait être analysée au regard du refus de prestations pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> août 2020 résultant de la décision du 18 septembre 2020. Attendu que cette décision était fondée sur un excédent de revenu de 92'690 fr., le montant de 771 fr. n'avait donc pas à être pris en charge.

Par réplique du 4 mai 2021, la recourante a allégué que les deux décisions rendues par l'intimée le 18 septembre 2020 se contredisaient et que seule la décision octroyant le droit aux prestations complémentaires au 1<sup>er</sup> août 2020 était valable. Ainsi, elle a considéré que toutes les conditions étaient remplies pour que la facture soit remboursée, dès lors que la demande de remboursement était intervenue dans les

quinze mois à compter de la facturation et qu'elle bénéficiait d'un droit aux prestations complémentaires.

Par duplique du 12 mai 2021, l'intimée a maintenu sa position.

### **E n d r o i t :**

**1.**           **a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable aux prestations versées en vertu de la LPC (loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI ; RS 831.30). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**c)** Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.**           En l'espèce, est litigieuse la question du remboursement par l'intimée d'une facture de soins dentaires d'un montant de 771 fr. établie le 21 janvier 2020.

**3. a)** En vertu de l'art. 4 al. 1 let. a LPC, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse et qui perçoivent une rente de vieillesse de l'AVS ont droit à des prestations complémentaires. Les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle, qui est une prestation en espèces, et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, qui constitue une prestation en nature (art. 3 LPC).

**b)** Selon l'art. 14 al. 1 let. a LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle notamment les frais de traitement dentaire de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis. Les personnes qui, en raison de revenus excédentaires, n'ont pas droit à une prestation complémentaire annuelle ont droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité qui dépassent la part des revenus excédentaires (art. 14 al. 6 LPC). L'art. 15 LPC prévoit que les frais de maladie et d'invalidité sont remboursés lorsque deux conditions cumulatives sont réalisées, à savoir que le remboursement est demandé dans les quinze mois à compter de la facturation et que les frais sont intervenus à une époque pendant laquelle le requérant remplissait les conditions fixées notamment à l'art. 4 LPC.

Les frais de maladie et d'invalidité ne peuvent être remboursés que si le bénéficiaire de prestations complémentaires les fait valoir dans les quinze mois qui suivent l'établissement de la facture ou à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la facture (ch. 5250.01 DPC [Directive de l'Office fédéral des assurances sociales concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI]). Ce délai de présentation vaut également pour les personnes qui n'ont pas droit à une prestation complémentaire annuelle, mais qui peuvent prétendre au remboursement des frais de maladie et d'invalidité pour la part qui dépasse l'excédent de revenus (ch. 5250.03 DPC). Si aucune prestation complémentaire annuelle ne peut être versée en raison d'un excédent des revenus, le remboursement des frais de maladie s'opère sur la base d'une comparaison entre l'excédent des revenus, d'une part, et le montant des frais de maladie et d'invalidité (dûment établis ou à hauteur des montants

maximaux), d'autre part. Le remboursement est égal au montant des frais de maladie et d'invalidité, limités toutefois aux montants maximaux pris en compte, diminué de l'excédent des revenus (ch. 5310.06 DPC).

**4. a)** En premier lieu, il convient de relever, à toutes fins utiles, que les deux décisions datées du 18 septembre 2020 visent précisément le droit à une prestation complémentaire annuelle. La première (n° de référence 2020-077037) nie le droit de la recourante à une prestation complémentaire annuelle pour la période du 1<sup>er</sup> au 31 juillet 2020, dès lors que les revenus excédentaires de celle-ci s'élevaient à 92'690 francs. La deuxième (n° de référence 2020-077035) octroie à l'intéressée le droit à une telle prestation à compter du 1<sup>er</sup> août 2020, en lien avec son entrée en EMS. Ainsi, contrairement à ce que soutient la recourante, les deux décisions rendues le 18 septembre 2020 ne sont pas contradictoires, mais concernent deux périodes et états de fait différents.

**b)** En l'espèce, la note d'honoraires litigieuse a été établie le 21 janvier 2020, soit à une époque où la recourante n'était pas encore au bénéfice d'une prestation complémentaire annuelle. Il convient donc d'analyser la situation à l'aune des art. 14 al. 6 et 15 LPC.

Certes, les conditions de l'art. 15 LPC sont respectées, dans la mesure où la recourante, bénéficiaire d'une rente de vieillesse de l'AVS, a adressé la facture du 21 janvier 2020 à la caisse en date du 18 janvier 2021, soit dans le délai de quinze mois. Toutefois, il sied de rappeler que, selon l'art. 14 al. 6 LPC, lorsque la personne assurée n'a pas droit à une prestation complémentaire annuelle, les frais de maladie ne peuvent être remboursés que dans la mesure où ils dépassent les revenus excédentaires. En l'occurrence, les frais dentaires s'élèvent à 771 fr., tandis que les revenus excédentaires de la recourante, d'un montant de 92'690 fr. avant l'ouverture du droit au 1<sup>er</sup> août 2020, sont nettement supérieurs. Cela signifie que l'intéressée bénéficiait de ressources financières suffisantes pour prendre en charge cette facture au moment de sa réception. Dès lors que les conditions de l'art. 14 al. 6 LPC ne sont pas remplies, la recourante n'a pas droit au remboursement de la facture litigieuse par l'intimée.

**5.**           **a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition du 17 mars 2021.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 17 mars 2021 par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- [...] (pour X. \_\_\_\_\_),
- Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :