

GE_GERICHTE ATAS/167/2026 vom 2. März 2026

GE Cour de justice, 2026-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_167_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/167/2026 du 2 mars 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/167/2026 del 2 marzo 2026

Erwägungen

E. 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).

A/3679/2025 - 4/8 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA, applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LPC, et art. 43 LPCC).

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé de rembourser à la recourante les montants de CHF 191.- (traitement du 15 juin 2024), CHF 182.05 (traitement du 10 août 2024), CHF 182.05 (traitement du 24 août 2024) et CHF 48.60 (traitement du 29 août 2024).

E. 3

L'art. 14 al. 1 LPC prévoit que les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle, les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis : a. frais de traitement dentaire ; b. frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires ; bbis. frais de séjours passagers dans un home ou dans un hôpital, d'une durée maximale de trois mois (...) ; c. frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin ; d. frais liés à un régime alimentaire particulier ; e. frais de transport vers le centre de soins le plus proche ; f. frais de moyens auxiliaires ; g. frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

E. 4.1

Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'art. 14 al. 1 LPC. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 al. 2 LPC). Les cantons peuvent fixer les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité qu'ils remboursent en plus de la prestation complémentaire annuelle. Par année, ceux-ci ne peuvent toutefois être

inférieurs aux montants fixés à l'art. 14 al. 3 LPC (art. 14 al. 3 LPC). Conformément à l'art. 64 LAMal, les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient (al. 1). Leur participation comprend un montant fixe par année (franchise ; al. 2 let. a) et 10% des coûts qui dépassent la franchise (quote-part ; al. 2 let b).

E. 4.2

La LPC opère une distinction entre la prestation complémentaire annuelle et le remboursement de frais de maladie et d'invalidité (art. 3 LPC). Ceux-ci ne sont pas pris en considération dans le cadre de la fixation du droit à la prestation complémentaire annuelle, mais ils font l'objet d'un remboursement séparé, en

A/3679/2025 - 5/8 - principe une fois par année. Depuis l'entrée en vigueur de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), le financement des frais de maladie est entièrement passé aux cantons (art. 16 LPC). La LPC ne fait dès lors état que de conditions-cadres, laissant aux cantons le soin de réglementer les spécificités du remboursement. Il leur appartient ainsi de préciser les frais qui peuvent être remboursés sur la base du catalogue de prestations de l'art. 14 al. 1 LPC, tout comme ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (art. 14 al. 2 LPC). Compétence leur est également donnée de fixer les plafonds pour le remboursement annuel à condition qu'ils ne soient pas inférieurs aux montants indiqués à l'art. 14 al. 3 LPC (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, n. 1 ad art. 14 LPC). L'énumération des frais mentionnés à l'art. 14 al. 1 LPC est exhaustive : le législateur a énuméré de manière détaillée les frais de maladie et d'invalidité qui sont remboursés aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire. Le degré de concrétisation de la réglementation permet de conclure que le législateur a voulu déterminer en détail les frais à rembourser, ce qui indique que la réglementation est exhaustive. Les frais supplémentaires non mentionnés par la loi ne peuvent pas être pris en charge (ATF 129 V 379 consid. 3.1 ; Urs MÜLLER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum ELG, 3e éd., 2015, pp. 275-292, n. 839). Un remboursement des frais de médicaments par les prestations complémentaires n'est possible que dans le cadre de la franchise et de la quote-part. Cela suppose que la caisse-maladie prenne en charge des prestations relevant de l'assurance-maladie obligatoire, car ce n'est que dans ce cas que les assurés doivent participer aux coûts des prestations qui leur sont fournies par le biais de la franchise et de la quote-part (art. 64 LAMal). Les prestations complémentaires remboursent ainsi à l'assuré la part des frais de maladie que l'assurance-maladie ne prend pas en charge en raison de la participation aux coûts (franchise et quote-part). Les prestations complémentaires ne remboursent pas non plus les médicaments qui ne relèvent pas du domaine des prestations de l'assurance obligatoire des soins (ATF 127 V 242 consid. 4c et la référence ; voir aussi le cas d'application arrêt du Tribunal fédéral P 51/06 du 6 septembre 2007 consid. 4 ; Urs MÜLLER, op. cit. n. 837).

E. 4.3

Au niveau 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. Ils répondent aux règles suivantes : les montants maximaux remboursés correspondent aux montants figurant à l'art. 14 al. 3 LPC (ch. 1) et les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture

économique et adéquate des prestations (ch. 2).

A/3679/2025 - 6/8 - Le Conseil d'État a fait usage de cette compétence en édictant 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 du 15 décembre 2010 (RFMPC - J 4 20.04). Le RFMPC s'applique au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, énumérés à l'art. 14 al. 1 LPC, aux bénéficiaires de prestations fédérales et cantonales complémentaires à l'AVS et à l'AI (art. 1 al. 1 RFMPC). Sont en outre considérés comme frais de maladie et d'invalidité : les frais de lunettes médicales, une fois par année, à concurrence de CHF 150.- pour la monture et du coût effectif des verres simples et adéquats (let. a) ; les frais de pédicure sur prescription médicale, une fois par mois au maximum, au tarif convenu entre le service et la Société suisse des podologues (let. b ; art. 2 RFMPC). Selon l'art 8 RFMPC, intitulé « Participation aux coûts », sont remboursés la participation prévue par l'art. 64 LAMal aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 LAMal (let. a) et le coût des soins répercutés sur le bénéficiaire en application de l'art. 25a al. 5 LAMal (let. b). L'art. 9 RFMPC traite de l'assurance avec franchise à option, l'art. 10 des frais de traitement dentaires admis, l'art. 11 des frais pour produits diététiques, l'art. 12 des frais se rapportant à un séjour passager, de convalescence ou dans une station thermale, l'art. 13 des frais d'aide et de soins à domicile, l'art. 14 de l'aide à l'intégration, l'art. 15 du maintien à domicile, l'art. 16 de la détermination du besoin en cas de maintien à domicile, l'art. 17 des frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des séjours dans des structures de jour, l'art. 18 des frais de transport, et les art. 19 à 21 des moyens auxiliaires et appareils auxiliaires.

E. 4.4

Le département de la solidarité et de l'emploi du canton de Genève a adopté des Directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'AVS/AI (ci-après : DFM, entrées en vigueur le 1er janvier 2011). S'agissant de la participation aux coûts prévue par l'art. 64 LAMal, les DFM prévoient notamment qu'elle est prise en compte par les prestations complémentaires pour les coûts de prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 LAMal (art. 8 let. a RFMPC ; ch. 7.1 DFM). La participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal comprend un montant fixe par année (franchise) et 10% – voire 20% pour certains médicaments – des coûts qui dépassent la franchise (quote-part ; ch. 7.2 DFM).

E. 5

En l'espèce, l'intimé a refusé le remboursement des montants de CHF 191.- (traitement du 15 juin 2024), CHF 182.05 (traitement du 10 août 2024), CHF 182.05 (traitement du 24 août 2024) et CHF 48.60 (traitement du 29 août 2024), ce que conteste la recourante.

A/3679/2025 - 7/8 - La chambre de céans constate que conformément au décompte de participations rectificatif 2024 du 3 mars 2025 produit par la recourante, aucun frais (franchise et quote-part incluses) lié aux traitements des 15 juin, 10 et 24 août 2024 n'a été mis à la charge de la recourante. En effet, les frais médicaux suivants ont été entièrement remboursés par l'assureur : - CHF 191.- correspondant au traitement du 15 juin 2024 ; - CHF 182.05 correspondant au traitement du 10 août 2024 ; - CHF 182.05 correspondant au traitement du 24 août 2024. Dès lors, aucun remboursement ne saurait être exigé par la recourante en lien avec ces traitements. L'intimé a toutefois refusé le remboursement des

frais médicaux du 29 août 2024, d'un montant de CHF 48.60 pour des « LIXIM Patch 70 mg sach 7 pce ». La recourante s'est uniquement déterminée sur la prise en charge des médicaments « WEGOVY » et « OZEMPIC », mais n'a apporté aucun élément s'agissant des « LIXIM Patch 70 mg sach 7 pce ». Selon le Compendium, « LIXIM Patch 70 mg sach 7 pce » est un anti-inflammatoire vendu au prix de CHF 24.30 par sachet de 7 pièces. Les frais médicaux du 29 août 2024, d'un montant de CHF 48.60, correspondent donc à l'achat de deux sachets de « LIXIM Patch 70 mg sach 7 pce ». Quoiqu'il en soit, il ressort du décompte de participations rectificatif 2024 que l'assureur n'a pas pris en charge le montant CHF 48.60, en raison du dépassement du traitement, de sorte que ledit montant restait à la charge de la recourante. Il s'ensuit que ce montant n'a pas été facturé à la recourante à titre de participation aux coûts des prestations par le biais de la franchise ou de la quote-part au sens de l'art. 14 al. 1 let. g LPC et 64 LAMal. En outre, il ne correspond à aucun autre frais listé à l'art. 14 al. 1 LPC. Il s'agit donc d'un montant non pris en charge par l'assureur, qui ne peut en tant que tel être remboursé comme frais de maladie par l'intimé. L'intimé était par conséquent fondé à refuser le remboursement des frais requis par la recourante.

E. 6

Dans ces circonstances, le recours, mal fondé, sera rejeté.

E. 7

La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario et 89H al. 1 LPA).

A/3679/2025 - 8/8 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.