

# **GE\_GERICHTE ATAS/341/2020 vom 4. Mai 2020**

GE Cour de justice, 2020-05-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_341\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_341_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/341/2020 du 4 mai 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/341/2020 del 4 maggio 2020

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 2**

Interjeté en temps utile, le recours est recevable.

### **E. 3**

Le litige porte sur le refus de l'intimé de prendre en charge la facture de frais de dentiste de CHF 3'563.25.

### **E. 4**

a. Selon l'art. 14 al. 1 let. a et al. 3 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais de traitement dentaire de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis (al. 1 let. a). Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. Ils peuvent limiter le remboursement aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations (al. 2).

---

A/1718/2019 - 6/8 - b. 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 LPC. Le délai de quinze mois court à compter de la date de réception de la facture ou du décompte de la caisse-maladie (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, 2015, ad art. 15 ch. 1). Il s'agit d'un délai de péremption, si bien qu'un remboursement est exclu si la demande ne parvient pas à l'autorité compétente dans ce délai, sauf si l'assuré ne pouvait pas savoir en temps utile et sans faute de sa part qu'une facture a été établie. Dans cette dernière hypothèse, le délai commence à courir dès la connaissance de la facture (VALTERIO, op. cit. ad art. 15 ch. 3).

## **E. 5**

Sur le plan cantonal, le Conseil d'Etat a édicté, le 15 décembre 2010, un règlement relatif au remboursement des frais de maladie résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance- invalidité (RFMPC ; RSGE / 7 10.05), entré en vigueur le 1er janvier 2011. L'art. 4 RFMPC reprend les mêmes termes que la LPC quant au délai pour le dépôt de la demande de remboursement. Il s'applique également aux prestations versées en vertu de la loi cantonale sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 25 octobre 1968 (LPCC; J 7 15 ; cf. art. 4 let. b) RFMPC).

## **E. 6**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

## **E. 7**

En l'occurrence, la demande de remboursement n'est pas périmée dès lors qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante n'a pu avoir connaissance de la facture du Dr D\_\_\_\_\_ qu'au plus tôt au jour de la mise en demeure, notifiée le 2 octobre 2018 par l'ORR et qu'elle a requis de l'intimé le remboursement de la facture en cause le 29 novembre 2018. En effet, il ressort de l'instruction menée par la chambre de céans que la première facture (intitulée invitation au paiement) a été envoyée par le Dr D\_\_\_\_\_ à la recourante le 23 décembre 2016 à son ancienne adresse B\_\_\_\_\_ Genève, alors que la recourante n'y habitait plus depuis le 1er novembre 2015 et que le suivi de son

---

A/1718/2019 - 7/8 - courrier par la poste à sa nouvelle adresse avait cessé au 1er novembre 2016 (procès-verbal d'audience du 14 octobre 2019), de sorte que la recourante n'a pas pu recevoir ce courrier. Il en est de même du rappel envoyé par le Dr D\_\_\_\_\_ (intitulé sommation), notifié le 15 juillet 2018, toujours à l'ancienne adresse de la recourante. Le fait que le Dr D\_\_\_\_\_ ait indiqué ne pas avoir reçu en retour ces deux courriers n'est pas déterminant dès lors qu'il est établi que la recourante n'a pas pu les recevoir. Par ailleurs, l'intimé se prévaut du fait que la recourante n'aurait pas informé le Dr D\_\_\_\_\_ de son changement d'adresse. A cet égard, outre le fait que la recourante a expliqué avoir présenté des problèmes de santé importants ayant rendu à cette époque toute démarche administrative difficile (difficultés attestées par le Dr G\_\_\_\_\_ et Mme H\_\_\_\_\_ depuis l'année 2015 – avis du 4 février 2019), elle a néanmoins requis de la Poste un suivi de son courrier à sa nouvelle adresse durant une année, ce qui doit être considéré comme suffisant, au regard de son obligation de diligence, étant par ailleurs relevé que l'obligation d'annonce est exigée envers l'intimé et non pas le prestataire de soins (art. 24 LPC). En outre, le Dr D\_\_\_\_\_ a, quant à lui, attendu plus d'une année avant de notifier sa facture pour les soins

donnés jusqu'en novembre 2015, ce qui n'est pas usuel et pouvait laisser croire à la recourante que, vu le long délai, la facture avait été adressée directement à l'intimé par le médecin-dentiste, comme cela avait été le cas du médecin-dentiste qui est intervenu à la suite des soins donnés par le Dr D\_\_\_\_\_, ce que l'intimé n'a pas contesté.

**E. 8**

Au vu de ce qui précède, la demande de remboursement respecte le délai de quinze mois précité, de sorte que le recours doit être partiellement admis et la décision litigieuse annulée, l'intimé étant invité à traiter la demande de remboursement de la facture de CHF 3'563.25, en examinant si les autres conditions liées au remboursement des frais médicaux sont remplies.

---

A/1718/2019 - 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.