

GE_GERICHTE ATAS/784/2015 vom 19. Oktober 2015

GE Cour de justice, 2015-10-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_784_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/784/2015 du 19 octobre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/784/2015 del 19 ottobre 2015

Erwägungen

E. 10

Par pli adressé le 13 mars 2015 à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, l'intéressé a interjeté recours contre la décision sur opposition du 17 février 2015. S'agissant du grief qui lui était fait de ne pas avoir contesté la décision dans les délais légaux, il se référait à sa lettre du 22 décembre 2014 qui expliquait pour quel motif il n'avait pu le faire. Actuellement, la dent en question était bien en place et guérie grâce au traitement de son médecin-dentiste. Dès lors qu'il n'avait déjà plus la dent 48, il ne pourrait plus mâcher les aliments si la dent 47 avait été extraite.

E. 11

Le 20 avril 2015, le SPC a conclu au rejet du recours en se référant à sa décision sur opposition.

E. 12

Lors d'une audience du 1er juin 2015 devant la chambre de céans :

A/882/2015 - 4/7 - a. Le recourant a indiqué qu'il avait suivi les instructions du Dr C_____ qui lui avait dit qu'il fallait attendre le résultat du traitement. N'importe quel dentiste disait qu'il fallait garder une dent si on pouvait la sauver. Le traitement de racine avait eu lieu deux ans auparavant et depuis la dent allait bien. Il n'avait pas pu faire opposition à la suite de la décision du SPC du 17 janvier 2014, car le traitement n'avait alors pas encore été fait. Il avait eu trois entretiens téléphoniques avec le Dr C_____ et avait suivi les directives de ce dernier. Le Dr B_____ lui avait assuré que le traitement de racine pourrait sauver sa dent. Il était possible que ce dernier lui ait dit que le traitement pourrait échouer. Il lui avait dit de le faire quand même et, qu'en cas d'échec, il le paierait. b. Mme D_____, représentant le SPC, a indiqué que la décision avait été prise sur la base de l'avis médical du Dr C_____, qui avait évalué la situation en septembre 2013. Ce dernier n'avait pas pour mandat de suivre la situation par la suite. Le SPC se déterminait à un moment donné où il y avait une incertitude. Une décision de principe avait été prise le 17 janvier 2014 sur la prise en charge du traitement du recourant qui n'avait pas fait l'objet d'une opposition. Elle était donc entrée en force et ne pouvait plus être revue. 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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er 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 cantonales complémentaires du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J

4 25). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales à moins que la LPCC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI [LPC; 831.30]). Il en va de même en matière de prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1A let. b LPCC). 3. a. En matière de prestations complémentaires fédérales, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 56 al. 1 et 60 al. 1er LPGA; art. 9 de la loi cantonale du 14 octobre 1965 sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité

A/882/2015 - 5/7 - [LPFC; RSG J 7 10]) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). b. S'agissant des prestations complémentaires cantonales, l'art. 43 de la loi sur les prestations cantonales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité, du 25 octobre 1968 (LPCC ; RSG J 7 15) ouvre les mêmes voies de droit. c. En l'espèce, le recours a été adressé dans les forme et délai légaux, de sorte qu'il est recevable. 4. Le litige porte sur la prise en charge du traitement dentaire ayant fait l'objet du devis du 10 septembre 2013. a) Aux termes de l'art. 14 al. 1 let. a 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. Les cantons précisent quels frais peuvent être remboursés en vertu de l'al. 1. L'art. 2 al. 1 let. c de la loi sur les prestations fédérales complémentaires à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité (J 4 20; LPFC) délègue 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, qui répondent aux règles suivantes : les montants maximaux remboursés correspondent aux montants figurant à l'article 14, alinéa 3, de la loi fédérale (ch. 1), et les remboursements sont limités aux dépenses nécessaires dans le cadre d'une fourniture économique et adéquate des prestations (ch. 2). Aux termes de l'art. 3 al. 1 LPCF, le SPC est l'organe d'exécution de cette loi. Il rend des décisions écrites et motivées et mentionne expressément dans quels délais, sous quelle forme et auprès de quelle autorité, il peut être formé opposition. Le Conseil d'État a fait usage de la compétence lui étant déléguée par l'art. 2 al. 1 let. c LPFC 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 (RFMPC; J 4 20.04), entré en vigueur le 1er janvier 2011. Aux termes de l'art. 10 al. 1 RFMPC, les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat. Selon l'art. 52 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnement de la procédure (al. 1er). Les décisions sur opposition doivent être rendues dans un délai approprié. Elles sont motivées et indiquent les voies de recours (al. 2). La procédure d'opposition est gratuite. En règle générale, il ne peut être alloué de dépens (al. 3).

A/882/2015 - 6/7 - En vertu de l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1er). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). 5. a.

En espèce, le SPC a rendu, le 7 janvier 2014, une décision refusant la prise en charge du traitement dentaire devisé à hauteur de CHF 1'004.40 et acceptant sa participation aux frais de traitement à concurrence de CHF 286.75, en précisant que sa décision pouvait faire l'objet d'une opposition dans le délai de 30 jours dès sa notification. L'intéressé n'a pas formé opposition à cette décision qui est donc entrée en force. Le principe de la non-prise en charge du coût du traitement de racine ne pouvait en conséquence plus être contesté, en particulier suite aux décisions du SPC des 2 décembre 2014 et 17 février 2015, qui ne faisaient qu'exécuter la décision de principe du 7 janvier 2014. b. Rien n'empêchait l'intéressé de former opposition à la décision du 7 janvier 2014, et en particulier pas le fait que l'expert lui aurait dit d'attendre comme il l'allègue. c. Le SPC n'a pas fait usage de la possibilité de reconsidérer sa décision, en application de l'art. 53 LPGA. Il n'appartient pas à la chambre de céans de se prononcer à ce sujet. 6. Infondé, le recours sera rejeté. 7. La procédure est gratuite.

A/882/2015 - 7/7 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A 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) aux conditions de l'art. 95 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires fédérales, par la voie du recours constitutionnel subsidiaire (articles 113 ss LTF) aux conditions de l'art. 116 LTF pour ce qui a trait aux prestations complémentaires cantonales. 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

Brigitte BABEL

La présidente

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

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