

## **GE\_GERICHTE A/1435/2012 vom 22. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1435\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1435_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/1435/2012 du 22 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/1435/2012 del 22 novembre 2012

### **Regeste**

PC ; FRAIS DE MALADIE ; REMBOURSEMENT DE FRAIS(ASSURANCE) ; DÉBUT; DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE ; | Lorsque l'assuré dépose sa demande de prestations complémentaires dans le délai de six mois dès la notification de la décision AI, il a droit au paiement d'arriérés des prestations complémentaires conformément à l'art. 22 al. 1 OPC-AVS/AI, le droit prenant naissance le mois au cours duquel la formule de demande de rente a été déposée, mais au plus tôt dès le début du droit à la rente. Selon la systématique de la loi, les art. 15 LPC et 4 RFMPC - prévoyant que les frais de maladie et d'invalidité sont remboursés si la demande en est faite dans les quinze mois à dater de la facturation et que les frais sont intervenus à une époque pendant laquelle le requérant remplissait les conditions du droit aux prestations complémentaires - concernent uniquement le délai dans lequel les personnes au bénéfice des prestations complémentaires doivent faire valoir les frais de maladie pour en obtenir le remboursement. En revanche, ce délai n'est pas applicable lors d'une première demande de prestations complémentaires. Dans un tel cas, le droit aux prestations arriérées est réglé selon l'art. 24 al. 1 LPGA. | LPC 14; LPC 15; LPCF 2, al. 1 let. c; LPGA 24 al. 1; RFMPC 4; OPC-AVS/AI 22 al. 1

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 22.11.2012 A/1435/2012

PC ; FRAIS DE MALADIE ; REMBOURSEMENT DE FRAIS(ASSURANCE) ; DÉBUT; DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE ; | Lorsque l'assuré dépose sa demande de prestations complémentaires dans le délai de six mois dès la notification de la décision AI, il a droit au paiement d'arriérés des prestations complémentaires conformément à l'art. 22 al. 1 OPC-AVS/AI, le droit prenant naissance le mois au cours duquel la formule de demande de rente a été déposée, mais au plus tôt dès le début du droit à la rente. Selon la systématique de la loi, les art. 15 LPC et 4 RFMPC - prévoyant que les frais de maladie et d'invalidité sont remboursés si la demande en est faite dans les quinze mois à dater de la facturation et que les frais sont intervenus à une époque pendant laquelle le requérant remplissait les conditions du droit aux prestations complémentaires - concernent uniquement le délai dans lequel les personnes au bénéfice des prestations complémentaires doivent faire valoir les frais de maladie pour en obtenir le remboursement. En revanche, ce délai n'est pas applicable lors d'une première demande de prestations complémentaires. Dans un tel cas, le droit aux prestations arriérées est réglé selon l'art. 24 al. 1 LPGA. | LPC 14; LPC 15; LPCF 2, al. 1 let. c; LPGA 24 al. 1; RFMPC 4; OPC-AVS/AI 22 al. 1

A/1435/2012 ATAS/1408/2012 (3) du 22.11.2012 ( PC ) , ADMIS/RENVOI Descripteurs : PC ; FRAIS DE MALADIE ; REMBOURSEMENT DE FRAIS(ASSURANCE) ; DÉBUT; DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE ; Normes : LPC 14; LPC 15; LPCF 2, al. 1

let. c; LPGA 24 al. 1; RFMPC 4; OPC-AVS/AI 22 al. 1

Résumé : Lorsque l'assuré dépose sa demande de prestations complémentaires dans le délai de six mois dès la notification de la décision AI, il a droit au paiement d'arriérés des prestations complémentaires conformément à l'art. 22 al. 1 OPC-AVS/AI, le droit prenant naissance le mois au cours duquel la formule de demande de rente a été déposée, mais au plus tôt dès le début du droit à la rente. Selon la systématique de la loi, les art. 15 LPC et 4 RFMPC - prévoyant que les frais de maladie et d'invalidité sont remboursés si la demande en est faite dans les quinze mois à dater de la facturation et que les frais sont intervenus à une époque pendant laquelle le requérant remplissait les conditions du droit aux prestations complémentaires - concernent uniquement le délai dans lequel les personnes au bénéfice des prestations complémentaires doivent faire valoir les frais de maladie pour en obtenir le remboursement. En revanche, ce délai n'est pas applicable lors d'une première demande de prestations complémentaires. Dans un tel cas, le droit aux prestations arriérées est réglé selon l'art. 24 al. 1 LPGA. En fait

En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1435/2012 ATAS/1408/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 22 novembre 2012 En la cause Monsieur P \_\_\_\_\_, domicilié à Carouge recourant contre SERVICE DES PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES, sis route de Chêne 54, 1208 Genève intimé EN FAIT

1. Par décision du 7 mai 2010, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) a octroyé à Monsieur P \_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), trois-quarts de rente d'invalidité (degré d'invalidité de 65%), rétroactivement depuis le 1 er juillet 2004. Sur le rétroactif dû, l'OAI a versé un montant de 50'008 fr. en mains de l'Hospice général, au titre de la compensation.

2. Le 15 juillet 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations complémentaires auprès du Service des prestations complémentaires (ci-après SPC ou l'intimé). A la requête du SPC, l'assuré lui a communiqué divers documents concernant la période 2004 à 2010.

3. Par décision du 9 février 2011, le SPC a mis l'assuré au bénéfice de prestations complémentaires et de subsides d'assurance-maladie, dès le 1 er juillet 2004. Selon les seize plans de calcul annexés, l'assuré a droit à des prestations complémentaires cantonales (PCC) dès le 1 er avril 2006 de 132 fr. par mois, de 212 fr. par mois dès le 1 er juin 2006, de 293 fr. par mois pour l'année 2007, de 295 fr. par mois pour l'année 2008, de 292 fr. par mois du 1 er janvier 2009 au 31 mai 2010, de 77 fr. par mois pour juin et juillet 2010 et de 28 fr. par mois dès le 1 er mars 2011, soit un total de 13'978 fr. Sur le rétroactif un montant de 3'409 fr. 45 a été versé à l'Hospice général en remboursement de ses avances.

4. Le 28 février 2011, l'assuré a formé opposition, contestant les chiffres retenus par l'intimé, notamment les charges locatives pour l'année 2006, la fortune, les intérêts de l'épargne ainsi que les frais médicaux restés à sa charge pour les années 2006 à 2010, ainsi que ses cotisations AVS qu'il a réglées courant 2010 et 2011. En annexe à son opposition, l'assuré a produit notamment une note explicative établie le 18 février 2011 par MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après MUTUEL ASSURANCE) comportant un relevé détaillé des prestations médicales remboursées et des montants à sa charge pour la période du 1 er janvier 2006 au 31 décembre 2010.

5. Par décision du 31 août 2011, le SPC a admis partiellement l'opposition. Selon le nouveau plan de calcul, un solde de prestations complémentaires cantonales pour la période du 1 er avril 2006 au 31 août 2011, soit un montant de 3'786 fr., lui a été versé. S'agissant des frais médicaux, le SPC indique qu'ils feront l'objet de décisions distinctes et prie l'assuré de bien vouloir lui transmettre les décomptes de son assurance-maladie, en original.

6. Le 19 septembre 2011, le SPC a retourné à l'assuré les notes explicatives de MUTUEL

ASSURANCE, au motif que les listes des prestations remboursées ne sont pas acceptées. Seuls les décomptes originaux de l'assurance-maladie sont admis. 7. Au mois de septembre 2011, l'assuré a déposé au SPC une enveloppe réunissant les décomptes originaux de ses frais médicaux de 2006 à 2011. 8. Le 29 septembre 2011, le SPC a procédé à une « annulation des frais » et extourné un montant de 347 fr. 95 relatif à des frais médicaux pour la période de juin 2010 à novembre 2010. Le même jour, il a refusé la prise en charge de frais médicaux résultant des décomptes des années 2006 à 2009. 9. Par décision frais maladie du 29 septembre 2011, le SPC a informé l'assuré que sa participation se montait à 347 fr. 95, sur la base des décomptes de la caisse maladie de 2010. Pour l'année 2011, la participation se montait à 1'224 fr., selon décision frais de maladie du 30 septembre 2011. 10. Le 7 octobre 2011, le SPC a notifié à l'assuré plusieurs décisions concernant les frais médicaux dont il résulte que les frais médicaux restant à sa charge résultant des décomptes du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 29 avril 2010 ne peuvent lui être accordés, au motif que les justificatifs doivent être présentés dans un délai de 15 mois à compter de la date du décompte ou de la facture. 11. Le 3 novembre 2011, l'assuré a formé une opposition orale auprès du SPC à l'encontre de la décision précitée. Selon le procès-verbal d'opposition établi en date du 10 novembre 2011, l'assuré expose qu'il avait présenté, le 28 février 2011, des attestations de son assurance maladie pour les années 2006 à 2010, en même temps que son opposition à la décision de prestations complémentaires, afin d'en obtenir le remboursement. Or, c'est lors de la décision sur opposition du 19 septembre 2011 qu'il a su que ces documents n'étaient pas considérés comme valables par le SPC. Suite à cela, il a fait parvenir les décomptes d'assurance-maladie comme demandé dans le courrier des frais médicaux du 19 septembre 2011. Sur la base de l'information sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité, il a compris que le délai de 15 mois commence à courir au moment de la première décision notifiée, c'est-à-dire le 9 février 2011, pour présenter la totalité des frais médicaux pour la période rétroactive. L'assuré explique que suite à son opposition du 28 février 2011 lors de la première présentation de ses frais médicaux, il a dû attendre le traitement de son opposition pour savoir que les documents présentés n'étaient pas les bons ; il a ainsi perdu six mois dans le délai de 15 mois qui lui est accordé. Par ailleurs, lorsque l'Hospice général s'est fait rembourser ses aides pour les frais médicaux, il lui a été indiqué que le SPC lui rembourserait cet argent. Le manque que représente la non prise en charge de ses frais médicaux alors qu'il en avait le droit de par son état d'invalidé et de bénéficiaire de prestations complémentaires, représente la somme d'environ 7'000 fr. 12. Par décision du 16 avril 2012, le SPC a rejeté l'opposition de l'assuré. Selon 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 l'assurance-invalidité, les frais sont remboursés si le remboursement est demandé dans les 15 mois à compter de la facture, si les frais sont intervenus dans une période où le recourant remplissait les conditions fixées aux articles 4 à 6 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires ou aux articles 2 et 2a sur la loi sur les prestations cantonales. Les directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires vont dans le même sens, étant donné que les frais de maladie peuvent être remboursés si le bénéficiaire de prestations complémentaires les fait valoir auprès du SPC dans les 15 mois qui suivent l'établissement de la facture ou du décompte de l'assureur-maladie ou à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la facture ou du décompte. En l'occurrence, l'assuré a communiqué le 28 février 2011 des attestations de son assurance-maladie et a indiqué avoir pris connaissance de la brochure « informations sur le

remboursement des frais médicaux », laquelle mentionne les justificatifs de frais médicaux acceptés et ceux qui ne le sont pas. Le secteur des frais médicaux n'a donc pu se prononcer sur les frais médicaux que lorsque l'assuré lui a transmis des décomptes de l'assurance-maladie. De surcroît, contrairement à ce que l'opposant soutient, le fait qu'une opposition ait été formée n'avait pas d'incidence sur sa faculté à transmettre les décomptes au service précité. 13. Par acte du 14 mai 2012, l'assuré interjette recours. Il relève que le SPC, en appliquant une rétroactivité de 15 mois concernant les frais médicaux pour les nouveaux dossiers entrés tardivement, discrimine les personnes ayant obtenu une décision tardive de l'OAI par rapport à celles ayant obtenu une décision rapide. En effet, comment fournir des factures de frais médicaux de moins de 15 mois quand l'AI se prononce six ans après le début de l'invalidité. Le recourant considère que par équité, il doit lui aussi pouvoir bénéficier d'un délai de 15 mois pour fournir ses factures de frais médicaux à compter de la date de la décision définitive du SPC. Par ailleurs, les cotisations AVS concernant les années 2006 à 2011 qu'il a fournies avec justificatifs au SPC avec sa lettre du 10 juillet 2011, ont toutes été prises en compte dans leur décompte final. Il s'ensuit que l'intimé applique un rétroactif total pour les cotisations AVS, mais pas pour ce qui concerne ses frais médicaux. Le recourant fait valoir qu'il n'est pas cohérent de faire une différence de traitement en fonction des frais pour les nouveaux dossiers entrés tardivement au SPC. Par ailleurs, lorsqu'il a remboursé intégralement l'Hospice général qui l'a aidé pendant cette période d'attente de la décision AI, d'un montant de 79'358 fr. 75 (frais médicaux inclus), son assistante sociale lui avait indiqué que ses frais médicaux lui seraient remboursés par le SPC. Il conclut dès lors à ce que tous ses frais médicaux à compter du 1<sup>er</sup> avril 2006 soient pris en compte par le SPC, comme cela a été le cas pour ses cotisations AVS ainsi que ses loyers et charges. 14. Dans sa réponse du 12 juin 2012, le SPC conclut au rejet du recours. 15. Après communication de cette écriture au recourant, la cause a été gardée à juger. 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 dès le 1<sup>er</sup> 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 à l'assurance-vieillesse et survivants et à l'assurance-invalidité du 25 octobre 1968 (LPCC; RS J 7 15). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, s'appliquent aux prestations complémentaires fédérales, à moins que la LPC n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LPC). Il en va de même pour ce qui concerne les prestations complémentaires cantonales (cf. art. 1A let. b LPCC). Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les dispositions de la LPC du 19 mars 1965 (aLPC) s'appliquent à la période 2006-2007. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 sont applicables les dispositions de la nouvelle du 6 octobre 2006 modifiant la LPC et celle du 13 décembre 2007 modifiant la LPCC (RO 2007 6068). 3. 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. 1<sup>er</sup> LPGA; cf. également 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 - LPFC; J 7 10) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1 LPGA). Pour les prestations complémentaires cantonales, l'art. 43 LPCC prévoit la même voie de droit. En l'occurrence, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (cf. art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RSGE E 5 10). 4. Le litige porte sur la prise en compte, par l'intimé, des frais médicaux à charge du recourant avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> avril 2006. L'intimé considère que le délai de quinze mois prévu par la loi est déterminant. 5. a) Aux termes de l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> let. c LPC, les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse ont droit à des prestations complémentaires, dès lors qu'elles ont droit à une rente ou à une allocation pour impotent de l'assurance-invalidité (AI) ou perçoivent des indemnités journalières de l'AI sans interruption pendant six mois au moins. L'art. 3 al. 1<sup>er</sup> LPC prévoit que les prestations complémentaires se composent de la prestation complémentaire annuelle (let. a) et du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (let. b). Selon l'art. 3 al. 2 LPC, la prestation complémentaire annuelle est une prestation en espèces (art. 15 LPGA), et le remboursement des frais de maladie et d'invalidité est une prestation en nature (art. 14 LPGA). b) A teneur de l'art. 14 al. 1 LPC, les cantons remboursent aux bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle les frais suivants de l'année civile en cours, s'ils sont dûment établis : les frais de traitement dentaires (let. a), les frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires (let. b), les frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin (let. c), les frais liés à un régime alimentaire particulier (let. d), les frais de transport vers le centre de soins le plus proche (let. e), les frais de moyens auxiliaires (let. f), les frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal (let. g). 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 (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. Ceux-ci ne peuvent toutefois être inférieurs, pour les personnes seules vivant à domicile, à 25'000 fr. et pour les couples, à 50'000 fr. (art. 14 al. 3 let. a LPC). A Genève, les montants maximaux remboursés correspondent à ceux figurant à l'art. 14 al. 3 LPC (cf. art. 2 al. 1 let. c) LPFC). 6. a) De manière générale, les effets dans le temps du paiement de prestations arriérées sont régis par l'art. 24 al. 1 LPGA, selon lequel le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. En matière de prestations complémentaires, le droit à une prestation complémentaire annuelle prend naissance en principe le premier jour du mois au cours duquel la demande est déposée, pour autant que toutes les conditions légales soient remplies (art. 12 al. 1 LPC). Cela étant, la loi prévoit diverses situations dans lesquelles les prestations peuvent avoir un effet rétroactif. Ainsi, par exemple, lorsqu'une nouvelle demande est déposée dans les six mois après que l'intéressé a été admis dans un home ou un hôpital, le droit aux prestations prend naissance le premier jour du mois au cours duquel l'admission a eu lieu, pour autant que les autres conditions légales soient remplies (cf. art. 12 al. 2 LPC). Le législateur a aussi prévu à l'art. 12 al. 4 LPC la possibilité, par la voie de l'adoption d'une norme d'exécution par le Conseil fédéral, d'édicter des dispositions sur le paiement des arriérés de prestations et de s'écarter de la durée prévue par l'art. 24 al. 1

LPGA. Sous le titre « paiement d'arriérés », l'art. 22 al. 1 de l'Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité du 15 janvier 1971 (OPC-AVS/AI ; RS 831.301) prévoit que si la demande d'une prestation complémentaire annuelle est faite dans les six mois à compter de la notification d'une décision de rente de l'AVS ou de l'AI, le droit prend naissance le mois au cours duquel la formule de demande de rente a été déposée, mais au plus tôt dès le début du droit à la rente. Cette règle sur le paiement des arriérés de prestations s'applique également en cas de modification d'une rente en cours de l'AVS ou de l'AI par décision (art. 22 al. 2 OPC-AVS/AI ; cf. art. 18 al. 2 LPCC pour les prestations complémentaires cantonales). Enfin, le Conseil fédéral a fait usage de la compétence permettant de s'écarter de la durée prévue par l'art. 24 al. 1 LPGA en édictant l'art. 22 al. 3 OPC-AVS/AI (KIESER, ATSG Kommentar, 2ème éd., 2009, ad art. 24 LPGA, n°s 17 et 33), selon lequel le droit à des prestations complémentaires déjà octroyées mais n'ayant pu être versées au destinataire s'éteint si le paiement n'est pas requis dans le délai d'une année. Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de rappeler qu'en dehors de cette hypothèse, et à défaut d'une autre disposition d'exécution s'écarter de l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations complémentaires arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due (cf. ATF 9C\_58/2012 du 8 juin 2012). b) En ce qui concerne les prestations complémentaires fédérales, la section 4 de la LPC contient des dispositions sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité par les cantons (cf. art. 14 à 16 LPC). A teneur de l'art. 15 LPC, les frais de maladie et d'invalidité sont remboursés aux conditions suivantes : le remboursement est demandé dans les quinze mois à compter de la facturation (let. a) ; les frais sont intervenus à une époque pendant laquelle le requérant remplissait les conditions fixées aux art. 4 à 6 (let. b). 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 1<sup>er</sup> 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). 7. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a déposé sa demande de prestations complémentaires dans le délai de six mois à compter de la décision AI, de sorte qu'il a eu droit au paiement d'arriérés de prestations conformément à l'art. 22 al. 1 OPC- AVS/AI, applicable également aux prestations cantonales, dès le 1<sup>er</sup> avril 2006. Le recourant soutient qu'il a droit au remboursement de ses frais médicaux durant la même période. L'intimé considère que ce délai ne s'applique pas au remboursement des frais de maladie et se réfère au délai de quinze mois prévu tant par la LPC que le RFMPC, repris par le chiffre 1.7 des directives cantonales sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires à l'AVS (DFM). Afin de déterminer quel délai est déterminant pour le remboursement des frais médicaux d'un bénéficiaire de prestations, il convient de se référer en premier lieu à la systématique de la loi comme mentionné ci-dessus. La Cour de céans constate que le délai de quinze mois prévu par l'art. 15 LPC, repris à l'art. 4 RFMPC, ne concerne nullement le cas des prestations arriérées pour ce qui concerne le remboursement des frais de maladie, mais uniquement le délai dans lequel les personnes au bénéfice de prestations complémentaires doivent les faire valoir pour en obtenir le remboursement. Ce délai n'est pas applicable lors d'une première demande de prestations

complémentaires. Dans un tel cas, il convient de se référer avant tout à la LPC, à laquelle le droit cantonal renvoie, afin de déterminer le début du droit aux prestations. Or, en l'occurrence, comme vu ci-dessus, le recourant a été mis au bénéfice des prestations complémentaires, selon les calculs effectués par l'intimé, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> avril 2006, en application de l'art. 22 al. 1 OPC-AVS/AI. Par conséquent, la Cour de céans est d'avis que le recourant a droit au remboursement des frais médicaux durant la même période. En effet, il convient de rappeler que le droit à des prestations arriérées est réglé à l'art. 24 al. 1 LPGA qui ne fait pas de distinction entre les prestations en nature (art. 14 LPGA) et les prestations en espèces (art. 15 LPGA). Au surplus, la seule dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA figure à l'art. 22 al. 3 OPC-AVS/AI, hypothèse qui n'est pas réalisée en l'espèce. Par conséquent, le recourant a droit au remboursement de ses frais maladie, pour autant que les autres conditions soient remplies, dès le 1<sup>er</sup> avril 2006. 8. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, est admis. 9. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet et annule la décision sur opposition du 10 novembre 2011 ainsi que les décisions du 7 octobre 2011. 3. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul dans le sens des considérants et nouvelle décision. 4. Dit que la procédure est gratuite. 5. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE 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.