

Directives  
relatives au remboursement  
des frais de maladie et des  
frais résultant de l'invalidité en  
matière de prestations complé-  
mentaires  
(DMPC)

## Table des matières

Table des matières .....	2
Préface .....	5
Abréviations .....	6
1 Généralités.....	8
2 Compétence, paiement et décision .....	9
2.1 Compétence du canton du Valais .....	9
2.1.1 Changement du canton de domicile.....	9
2.2 Paiement .....	9
2.2.1 Versement pour couples dont les conjoints ne vivent pas séparés.....	10
2.2.2 Versement pour conjoints vivant séparés.....	11
2.2.3 Versement en mains de tiers et compensation avec des créances de tiers.....	11
2.2.4 Compensation des créances en restitution .....	11
2.2.5 Règle pour arrondir les montants des versements .....	12
2.3 Décision.....	12
2.3.1 Décision concernant les couples dont les conjoints ne vivent pas séparés .....	12
2.3.2 Décision concernant les conjoints vivant séparés .....	13
3 Droit et fixation .....	14
3.1 Conditions générales .....	14
3.1.1 Frais incombant à l'ayant droit .....	14
3.1.2 Frais survenus en Suisse.....	15
3.1.3 Délai de présentation .....	15
3.1.4 Autres dispositions.....	16
3.2 Montant maximal du remboursement.....	16
3.2.1 Changement au sein d'une communauté de personnes .....	18
3.2.2 Entrée dans un home ou sortie d'un home dans le courant de l'année civile .....	19
3.2.3 Aucune limitation selon la durée en mois du droit .....	19
3.3 Frais pendant la période déterminante.....	19
3.4 Droit en cas de suppression de la PC annuelle ou de transfert du domicile .....	19
3.5 Prise en compte de l'allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI et de l'AA.....	20
3.6 Prise en compte de la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI .....	21
3.7 Droit à la PC annuelle .....	22
4 Prescriptions particulières pour les divers genres de frais .....	23
4.1 Participation aux coûts.....	23
4.2 Frais de médecin .....	24
4.3 Frais pour traitement dentaire .....	24
4.4 Frais de pharmacie .....	27
4.5 Frais pour produits diététiques.....	27
4.6 Matériel de soins (bandages, produits); opérations de chirurgie esthétique .....	27
4.7 Séjour passager dans un hôpital, dans un home, de cure balnéaire ou de convalescence	28

4.7.1	Séjour passager dans un hôpital ou dans un home .....	28
4.7.2	Hôpital, lit d'attente, home, lit de court séjour.....	28
4.7.3	Frais en cas de séjour dans un hôpital, dans un home, en cas de passage dans un lit d'attente ou dans un lit de court séjour .....	29
4.7.4	Frais se rapportant à des cures .....	30
4.7.5	Frais se rapportant à des cures balnéaires .....	30
4.8	Frais de transport.....	30
4.8.1	Transports occasionnés par une urgence ou un transfert .....	30
4.8.2	Transports jusqu'au lieu de traitement médical le plus proche .....	31
4.9	Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance .....	32
4.9.1	Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance à domicile .....	32
4.9.2	Frais pour personnel soignant engagé directement .....	34
4.9.3	Frais de soins et d'assistance dispensés par des membres de la famille.....	35
4.9.4	Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des personnes rentières AVS ou AI séjournant dans des structures de jour .....	36
4.9.5	Frais pour traitement ambulatoire dans un hôpital ou dans un home médicalisé .....	37
4.9.6	Soins médicaux des pieds (podologie).....	37
5	Remise ou financement de moyens auxiliaires, d'appareils auxiliaires de soins et d'appareils de traitement.....	38
5.1	Dispositions générales.....	38
5.2	Prestations d'assurance.....	38
5.3	Lors d'un excédent des revenus .....	38
5.4	Remise à titre de prêt.....	38
5.5	Autres détails concernant le droit.....	39
5.5.1	Qualité des moyens auxiliaires .....	39
5.5.2	Attestation.....	39
5.5.3	Frais de location .....	40
5.5.4	Entraînement à l'utilisation.....	40
5.5.5	Frais d'exploitation et d'entretien .....	40
5.5.6	Séjour dans un home.....	41
5.6	Dispositions spéciales concernant certains moyens auxiliaires.....	41
5.6.1	Lunettes ou verres de contact après opération de la cataracte .....	41
5.6.2	Lits électriques (lits médicalisés).....	42
5.6.3	Appareils de traitement ou de soins .....	42
6	Moyens auxiliaires pour le maintien à domicile.....	43
6.1	Dispositions générales.....	43
6.2	Dispositions spéciales concernant certains moyens auxiliaires.....	43
6.2.1	Téléalarme.....	43
7	Entrée en vigueur et droit transitoire.....	44
Annexe I	.....	45
	Montants destinés au remboursement des frais de maladie et d'invalidité.....	45

Tableau 1.....	45
Tableau 2.....	46
Montant maximal pour les moyens auxiliaires favorisant le maintien à domicile .....	47
Tableau 3.....	47
Annexe II .....	48
Montants de référence pour la détermination des frais de maladie et d'invalidité remboursables.....	48
Tableau 1.....	48
Annexe III .....	49
Augmentation des montants maximaux destinés au FM.....	49
Liste de contrôle pour les conditions de base pour une augmentation :.....	50
Exemples relatifs au relèvement des montants maximaux pour les FM.....	50
Annexe IV .....	53
A1 Annexe 1 à l'article 19 alinéa 1 RMPC .....	53
A2 Annexe 2 aux articles 19 et 22 RMPC.....	55

## **Préface**

Edictées en application de l'art. 24 RMPC, les présentes directives relatives au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (DMPC) ont pour but d'assurer une application uniforme des dispositions légales et réglementaires y relatives, ainsi que de celles édictées par voie d'ordonnance.

Les Directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (DPC) règlent de manière exhaustive un grand nombre de points, de sorte qu'elles s'appliquent dès lors aussi - textuellement ou dans leur esprit - aux FM, dans la mesure où les présentes directives n'en disposent pas autrement.

En raison de la diversité de ses formes, la vie peut parfois engendrer des situations fort complexes. De ce fait, on ne saurait s'attendre à ce que les DMPC détiennent une solution appropriée pour chaque cas de figure possible. Il est donc indispensable que les personnes chargées de l'application de ces directives proposent, pour des situations qu'elles ne règlent pas entièrement, des solutions qui sont le plus conformes au sens et à l'esprit de la loi et aux autres dispositions existantes.

La mention figurant sous le numéro marginal (par ex. „1/20“) renvoie à la date de modification (mois/année) de la disposition correspondant à ce numéro marginal. En l'absence de mention, tous les numéros marginaux demeurent valables sans modification dès l'entrée en vigueur de la présente directive.

## Abréviations

AA	Assurance-accidents
AC	Assurance-chômage
AFam	Allocations familiales
AI	Assurance-invalidité
al.	Alinéa
AM	Assurance militaire
AMal	Assurance-maladie
APG	Régime des allocations pour perte de gain
Art.	Article
ATF	Arrêts du Tribunal fédéral, recueil officiel
ATFA	Arrêts du Tribunal fédéral des assurances, recueil officiel
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
c.-à-d.	c'est-à-dire
Caisse	Caisse de compensation du canton du Valais
Canton	Canton du Valais
CCS	Code civil suisse
ch.	chiffre
Chap.	Chapitre
CIBIL	Circulaire sur la procédure pour la fixation des rentes dans l'AVS/AI
CIJ	Circulaire concernant les indemnités journalières de l'assurance-invalidité
CO	Code des obligations
Consid.	Considérant
DMPC	Directives relatives au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires
DPC	Directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
DR	Directives concernant les rentes
etc.	et caetera
FM	Frais de maladie et frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LACI	Loi fédérale sur l'assurance-chômage
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
LALPC	Loi d'application de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI
LAM	Loi fédérale sur l'assurance militaire
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAVS	Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants

let.	Lettre
LIPPI	Loi fédérale sur les institutions destinées à promouvoir l'intégration des personnes invalides
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité
LPGA	Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance professionnelle
n°	numéro marginal
O	Ordonnance
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OMAV	Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse
OPAS	Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie
OPC	Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité
OPGA	Ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales
ORP	Office régional de placement
p.	page
p. ex	par exemple
PC	Prestations complémentaires
PP	Prévoyance professionnelle
RAI	Règlement sur l'assurance-invalidité
RAVS	Règlement d'exécution de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
RCC	Revue mensuelle éditée par l'Office fédéral des assurances sociales, qui traite des questions touchant les domaines de l'AVS, de l'AI et du régime des APG
RMPC	Règlement relatif au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires
s., ss	suivant, suivants
SMR	Service médical régional (assurance invalidité)
SUVA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
TFA	Tribunal fédéral des assurances
v.	voir
VSI	Pratique VSI, revue à l'intention des caisses de compensation, éditée par l'OFAS

## 1 Généralités

- 1000** Les dispositions de la LPGA, de l'OPGA, de la LPC, de l'OPC, de la LALPC, du RPC et du RMPC doivent également être prises en considération dans la mesure où elles ont force obligatoire en matière de remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité.
- 1001** Font foi les dispositions contenues dans les Directives concernant les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI édictées par l'Office fédéral des assurances sociales. Il s'agit en particulier des numéros marginaux de la partie „5 Frais de maladie et d'invalidité“, qui ont toutefois été repris intégralement dans les présentes directives relatives au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaires (DMPC).
- 1002** En vertu de l'art. 3 LALPC, c'est la Caisse de compensation du canton du Valais qui est compétente dans ce canton pour l'application des dispositions fédérales en matière de prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI. Il en résulte que la Caisse est également chargée de l'application et de l'exécution des dispositions relatives au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de PC.
- 1003** En collaboration avec les organes cantonaux et communaux ainsi qu'avec les services compétents en la matière, la Caisse informe les ayants droit potentiels de manière appropriée.
- 1004** Lorsque la nécessité est avérée, le canton du Valais, représenté à cet effet par le Département en charge des affaires sociales, peut conclure des accords avec des institutions, des fédérations et autres groupements. En matière de remboursement des frais de moyens auxiliaires, le canton, toujours représenté par le Département précité, négocie des contrats de prestations avec des fournisseurs (art. 21 RMPC).



## **2 Compétence, paiement et décision**

### **2.1 Compétence du canton du Valais**

- 2100** Les dispositions applicables à la fixation et au versement de la PC annuelle sont aussi celles qui définissent la compétence pour la fixation et le remboursement des frais de maladie et d'invalidité. A ce sujet, voir aussi les chap. 1.2 – 1.5 DPC.
- 2101** Est compétent pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité le canton dans lequel le bénéficiaire de PC était domicilié à l'époque du traitement ou de l'achat. En cas de séjour dans un home d'un autre canton, le canton compétent est celui qui l'était pour la fixation et le versement de la PC annuelle à l'époque du traitement ou de l'achat.

#### **2.1.1 Changement du canton de domicile**

- 2110** Le canton à qui incombe le remboursement des frais de maladie et d'invalidité est celui qui était compétent pour la fixation et le versement de la PC annuelle à l'époque du traitement ou de l'achat.
- 2111** Les frais remboursés dans l'ancien canton de domicile doivent, en cas de transfert de domicile dans un autre canton dans le courant de l'année civile, être imputés sur le montant fixé pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité du nouveau canton de domicile. La somme totale des frais remboursés par les deux cantons durant cette année civile ne doit pas dépasser le montant maximal prévu par l'art. 14 LPC (voir annexe I, table 1).
- 2112** Il en va de même lorsque l'ancien canton de domicile doit rembourser ultérieurement des frais de maladie et d'invalidité. Dans ce cas, ceux-ci doivent être annoncés au nouveau canton de domicile et imputés sur le montant de ce dernier à concurrence des frais qui auront été ristournés par l'ancien canton de domicile.

### **2.2 Paiement**

- 2200** En principe, ne sont remboursables que les frais attestés par une facture ou une quittance, que la facture soit ou non payée. Les frais de maladie et d'invalidité remboursables sont remboursés en règle générale au bénéficiaire de PC.
- 2201** Les frais de maladie et d'invalidité remboursables qui ne sont pas encore payés par le requérant et qui ne sont pas encore remboursés par la Caisse peuvent être directement remboursés au fournisseur (art. 14, al. 7, LPC, art. 23 RMPC). Le paiement direct au fournisseur doit toutefois être utilisé avec retenue.
- 2202** Lorsque des conventions ou des contrats conclus par le Canton avec des groupements professionnels ou des fournisseurs prévoient le remboursement direct des frais à ces prestataires, ces accords doivent être observés.
- 2203** En cas de décès de l'assuré, le remboursement tombe dans la succession. Lorsque les frais ont été avancés par une autorité d'assistance ou lorsqu'aucun ayant cause ne s'annonce, de sorte que la succession n'est liquidée ni officiellement, ni par voie de faillite, le remboursement est effectué directement au prestataire ou à l'office ayant effectué l'avance.

**2204** Lorsque le montant des frais de maladie et d'invalidité est connu à l'avance et lorsque leur remboursement n'interviendra qu'ultérieurement, un versement mensuel y relatif peut être effectué à titre d'avance. Ce montant doit être clairement désigné dans un courrier explicatif comme étant une avance. Cette avance ne doit pas être intégrée dans le calcul de la PC annuelle. Il convient de s'assurer que le montant des frais résultant de cette avance n'est pas imputé au-delà du montant autorisé pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité (voir Annexe I, table 1). En outre, il faut veiller à ce que le montant annuel maximal ne soit pas dépassé, que les frais remboursés soient comptabilisés à titre de frais de maladie et d'invalidité et que l'avance ne donne lieu à aucune restitution de prestations.

**2205** En cas de versement de l'avance pour des frais de maladie et d'invalidité (par ex. prise en compte d'un montant pour des soins à domicile) au sens du n° 2204, il sied de prendre les dispositions nécessaires afin que ces frais soient définitivement décomptés et comptabilisés au plus tard après la fin de l'année civile. L'office compétent doit, pour cette même échéance, s'être déterminé sur ces frais dans une décision finale en matière de frais de maladie et d'invalidité contenant un décompte détaillé de l'avance versée.

**2206** Il y a lieu de prendre en compte et d'exécuter les prononcés civils rendus p. ex. par les autorités de protection de l'enfant et de l'adulte ainsi que par les tribunaux civils.

### **2.2.1 Versement pour couples dont les conjoints ne vivent pas séparés**

**2210** Lorsque l'un des conjoints seulement a droit à une rente de l'AVS ou de l'AI, tous les frais de maladie et d'invalidité remboursables des membres de sa famille pris en considération dans son calcul de prestations complémentaires lui sont versés.

**2211** Lorsque les deux conjoints ont droit à une rente de l'AVS ou de l'AI, les frais de maladie et d'invalidité remboursables sont versés séparément à chacun d'eux. Les frais concernant chacun des conjoints doivent être additionnés séparément et versés à chacun d'eux.

**2212** Par une requête écrite commune, les époux peuvent en tout temps exiger un versement de la totalité des frais de maladie et d'invalidité en mains de l'un d'eux seulement. Chaque conjoint peut en tout temps exiger à nouveau un versement séparé à l'avenir. Des dispositions de droit civil contraires demeurent réservées.

**2213** Si chacun des conjoints a droit à une rente de l'AVS ou de l'AI, les frais de maladie et d'invalidité des enfants pris en considération dans le calcul des prestations complémentaires sont versés au conjoint qui a demandé le remboursement de ces frais et s'est acquitté de la facture y relative.

**2214** Les enfants majeurs peuvent solliciter le versement en mains propres de leurs frais de maladie et d'invalidité, pour autant que leurs parents ne les ont pas déjà remboursés au fournisseur. Si les parents ont déjà payé les frais soumis à remboursement, le versement doit être fait à celui d'entre eux qui s'est acquitté de la facture.

## **2.2.2 Versement pour conjoints vivant séparés**

- 2220** Pour des conjoints vivant séparés (v. n<sup>os</sup> 3141.01 et 3141.02 DPC), chacun d'eux reçoit le montant correspondant à ses frais de maladie et d'invalidité. Des dispositions de droit civil contraires demeurent réservées.
- 2221** Lorsque les conjoints sont séparés ou divorcés, les frais de maladie et d'invalidité de leurs enfants communs pris en considération dans le calcul des prestations complémentaires doivent être versés en principe à la personne ou à l'organe d'encaissement qui perçoit le versement de la rente pour enfant.
- 2222** Les enfants majeurs peuvent solliciter le versement en mains propres de leurs frais de maladie et d'invalidité, pour autant que leurs parents ne les ont pas déjà remboursés au fournisseur. Si les parents ont déjà payé les frais soumis à remboursement, le versement doit être fait à celui d'entre eux qui s'est acquitté de la facture.

## **2.2.3 Versement en mains de tiers et compensation avec des créances de tiers**

- 2230** L'article 1 OPGA est applicable par analogie au versement en mains de tiers de toutes les prestations au sens de la RMPC. Les réglementations y afférentes figurent aux n<sup>os</sup> 10'030-10'050 DR.
- 2231** Les avances consenties par une autorité d'assistance privée ou publique peuvent lui être directement remboursées par compensation (art. 22, al. 4, OPC).
- 2232** Sont considérées comme avances pouvant être directement remboursées à l'autorité d'assistance, les avances de remboursement des frais de maladie et d'invalidité accordées par ces autorités d'assistance dans le cadre de la réglementation des frais médicaux en matière PC.

## **2.2.4 Compensation des créances en restitution** (art. 27 OPC)

- 2240** Les PC annuelles ainsi que les FM indûment versés sont compensés avec des remboursements de frais de maladie et d'invalidité échus. Si l'assuré qui fait l'objet d'une décision de restitution n'a pas encore remboursé les prestations soumises à restitution ou si la décision de restitution est rendue en même temps que la décision relative au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, le montant des FM à rembourser doit être compensé avec la créance en restitution et ne doit pas être versé à l'assuré.
- 2241** Lors de la compensation des frais de maladie et d'invalidité soumis à remboursement avec des PC à restituer, il n'est pas nécessaire de vérifier si l'assuré dispose du minimum vital au sens du droit des poursuites. Dans la mesure où les frais de maladie et d'invalidité relèvent de prestations en nature (art. 14 LPGA) et non de prestations en espèces (art. 15 LPGA), leur remboursement s'assimile au paiement rétroactif ordinaire de prestations et n'a de ce fait pas d'incidence sur le minimum vital de l'assuré (Droit des assurances sociales - Jurisprudence 2002 EL n° 9, p. 22, consid. 6).

## 2.2.5 Règle pour arrondir les montants des versements

**2250** Le montant du remboursement des FM doit être arrondi en cas de besoin. En premier lieu, s'il est nécessaire, il faut saisir chaque position remboursable avec le montant arrondi.

**2251** Les arrondis doivent être saisis comme suit:

fr. 0.01 à fr. 0.00	fr. 0.06 à fr. 0.05
fr. 0.02 à fr. 0.00	fr. 0.07 à fr. 0.05
fr. 0.03 à fr. 0.05	fr. 0.08 à fr. 0.10
fr. 0.04 à fr. 0.05	fr. 0.09 à fr. 0.10
fr. 0.05 à fr. 0.05	fr. 0.10 à fr. 0.10

**2252** Ensuite, sur la base des montants saisis, les sommes sont triées en fonction de l'année concernée et par personne concernée. Les sommes sont ensuite remboursées en francs et centimes (p. ex. 117.55).

## 2.3 Décision

**2300** Le remboursement des frais de maladie et d'invalidité peut faire l'objet d'une décision séparée ou être intégré dans la décision de PC annuelle. Si les frais de maladie et d'invalidité sont inclus dans la décision de PC annuelle, ils doivent être énoncés séparément et ne doivent pas figurer parmi les dépenses de la PC annuelle (n° 5400.01 DPC).

**2301** En règle générale une décision doit toujours être rendue. Si le remboursement des frais de maladie et d'invalidité ne fait pas l'objet d'une décision formelle, il y a lieu d'informer la personne concernée de l'existence de son droit d'exiger une décision sujette à opposition.

**2302** La décision doit être adressée au bénéficiaire ou au tiers qui a présenté la demande. Si lesdits intéressés ne coïncident pas avec l'ayant droit aux PC ou avec la personne déclenchant le droit y relatif, la décision doit également être adressée à ces derniers et il faut définir, si la personne qui a déposé la demande, remplit les conditions pour recevoir la décision (p. ex. procuration).

**2303** Si le remboursement des frais de maladie et d'invalidité n'est pas effectué en mains de la personne qui peut faire valoir la demande ou qui déclenche le droit (p. ex. enfant qui vit chez le parent vivant séparé), on adressera une copie de la décision correspondante à la personne ou à l'autorité à laquelle la PC est (ou devrait être) versée.

**2304** Il y a lieu de prendre en compte et d'exécuter les prononcés civils. Il s'agit p. ex. des prononcés rendus par les autorités de protection de l'enfant et de l'adulte ainsi que par les tribunaux civils.

### 2.3.1 Décision concernant les couples dont les conjoints ne vivent pas séparés

**2310** Lorsque l'un des conjoints seulement a droit à une rente de l'AVS ou de l'AI, la Caisse rend une décision le concernant sur tous les frais de maladie et d'invalidité remboursables des membres de sa famille pris en considération dans le calcul des prestations complémentaires.

- 2311** Lorsque les deux conjoints ont droit à une rente de l'AVS ou de l'AI, chacun d'eux reçoit une décision concernant ses propres frais de maladie et d'invalidité.
- 2312** Par une requête écrite commune, les époux peuvent en tout temps exiger qu'une décision sur tous les frais de maladie et d'invalidité ne soit rendue qu'à l'égard de l'un d'eux. Chaque conjoint peut en tout temps exiger à nouveau de recevoir une décision séparée à l'avenir.
- 2313** Si chacun des conjoints a droit à une rente de l'AVS ou de l'AI, les frais de maladie et d'invalidité des enfants pris en considération dans le calcul des prestations complémentaires font l'objet d'une décision à l'égard du conjoint qui a demandé le remboursement de ces frais.

### **2.3.2 Décision concernant les conjoints vivant séparés**

- 2320** Pour des conjoints vivant séparés (v. nos 3141.01 et 3141.02 DPC), chacun d'eux reçoit une décision sur ses propres frais de maladie et d'invalidité remboursables.
- 2321** Lorsque les conjoints sont séparés ou divorcés, la décision sur les frais de maladie et d'invalidité de leurs enfants communs doit être rendue en principe à l'égard de la même personne que celle dont les enfants sont pris en compte dans le calcul de la PC.

### 3 Droit et fixation

#### 3.1 Conditions générales (art. 1 RMPC)

- 3100** En cas de maladie et d'invalidité, les frais, dûment établis, de dentiste, d'aide, de soins et de tâches d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires, de produits liés à un régime alimentaire particulier, de cures balnéaires et de convalescence ordonnées par un médecin, de transport jusqu'au lieu de traitement médical le plus proche, de moyens auxiliaires ainsi que ceux payés au titre de la participation aux coûts selon l'art. 64 LAMal, sont remboursés dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations et du traitement, et pour autant que les conditions énoncées dans la présente directive soient remplies.
- 3101** La Caisse peut faire examiner le caractère économique et adéquat des prestations et du traitement.
- 3102** Les prestations allouées dans le cadre des assurances sociales obligatoires sont considérées comme économiques et adéquates (art. 7, al. 3, LALPC).
- 3103** En principe ne sont remboursables que les frais attestés par une facture ou une quittance, que la facture soit payée ou non.
- 3104** Le versement des frais de maladie et d'invalidité, est un remboursement des frais.
- 3105** Lors du calcul du montant à rembourser, il est tenu compte du montant effectif qui a été facturé pour la prestation fournie. Tous frais éventuels afférents à la facture considérée tels que frais de rappel, intérêts de retard, etc. ne sont ni pris en compte ni remboursés. En vertu de son obligation de réduire le dommage, la personne concernée est tenue d'éviter de tels frais ou de les prendre à sa charge.
- 3106** Un droit au remboursement des frais au sens de l'art. 14 LPC n'existe que dans la mesure où ces frais ne sont pas déjà pris en charge par d'autres assurances ou institutions. L'octroi d'une allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire n'est pas assimilé à une prise en charge par d'autres assurances (art. 5, al. 1, RMPC).

##### 3.1.1 Frais incombant à l'ayant droit

- 3110** Les frais de maladie et d'invalidité doivent avoir été générés par l'ayant droit aux PC lui-même ou par les membres de sa famille pris en compte dans le calcul de la PC annuelle. Les frais de maladie et d'invalidité de membres de la famille qui ne sont pas retenus dans le calcul de la PC annuelle sont ignorés.
- 3111** Exemple:  
*Le calcul de la PC est plus avantageux si l'on ne tient pas compte d'un enfant. Dans un tel cas, les frais de maladie et d'invalidité d'un enfant qui n'est pas pris en considération ne sont pas remboursés. Toutefois, si, dans cette situation, le montant total, c.-à-d. le calcul de la PC tenant compte de l'enfant, additionné de ses frais de maladie et d'invalidité, est plus favorable pour le bénéficiaire de PC, le remboursement peut être effectué. Le caractère exceptionnel de ces situations implique que l'on procède à un nouvel examen du cas et qu'on l'adapte eu égard aux PC et aux frais de maladie et d'invalidité.*

- 3112** Les frais pris en charge ou qui doivent être supportés par un tiers en vertu d'une obligation juridique – p. ex. prestation de la caisse maladie (RCC 1986 p. 247), de l'AA ou d'autres assurances, contrat d'entretien viager, obligation d'entretien – ne peuvent pas être remboursés, à moins qu'il soit établi que le tiers débiteur (tel que p. ex. le débiteur d'un contrat d'entretien viager) n'est pas en mesure de faire face à son obligation ou que l'on ne saurait exiger de lui qu'il la remplisse.
- 3113** Les frais de maladie et d'invalidité payés à titre d'avance par des autorités d'assistance ou des institutions d'utilité publique ou payés par des parents et des connaissances sans qu'ils y soient tenus juridiquement doivent être remboursés, pour autant que les conditions relatives au remboursement de ces frais soient remplies.
- 3114** Les membres d'une communauté religieuse (v. n<sup>os</sup> 5210.03 et 3531.01 DPC) ne peuvent obtenir le remboursement de frais de maladie et d'invalidité.

### **3.1.2 Frais survenus en Suisse**

(art. 7 RMPC)

- 3120** Les frais de maladie, d'invalidité et de moyens auxiliaires doivent en principe être survenus en Suisse.
- 3121** Les frais survenus à l'étranger ne peuvent être pris en compte que s'ils se sont avérés nécessaires pendant un séjour hors de Suisse ou si les mesures médicales appropriées pouvaient être fournies à l'étranger seulement. Il appartient au requérant d'apporter la preuve que les deux conditions ci-dessus sont remplies.
- 3122** Si les factures établies à l'étranger ne l'ont pas été dans une des langues cantonales officielles (allemand ou français), une traduction légalisée de ces factures doit être remise à la Caisse avec l'original de ces dernières. Les frais afférents à la traduction sont à la charge du requérant et ne peuvent pas être remboursés.
- 3123** Pour des cures balnéaires et des séjours de convalescence effectués à l'étranger, en revanche, aucun remboursement des frais ne peut intervenir.
- 3124** Lorsque l'achat d'un moyen auxiliaire qui n'est pas remis en prêt est effectué à l'étranger, c'est le prix d'achat en Suisse qui sera pris en compte s'il s'avère manifestement inférieur.

### **3.1.3 Délai de présentation**

(art. 15, let. a, LPC)

- 3130** Les frais de maladie et d'invalidité ne peuvent être remboursés que si le requérant les fait valoir auprès de la Caisse dans les 15 mois qui suivent l'établissement de la facture ou à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la facture (RCC 1974 p. 54).
- 3131** Si le décompte des frais est établi par la caisse-maladie (art. 8 RMPC), le délai de présentation commence à courir à partir du moment où le bénéficiaire de PC reçoit le décompte en question.
- 3132** Ce délai de présentation vaut également pour des personnes qui n'ont pas droit à une PC annuelle, mais qui peuvent prétendre au remboursement des frais de maladie et d'invalidité pour la part qui dépasse l'excédent de revenus (v. n<sup>o</sup> 3206).

**3133** Dans les cas d'un paiement rétroactif de PC annuelle prévus au n° 4310.01 DPC, le délai de 15 mois commence à courir à partir du moment où l'assuré a reçu la décision de PC (n° 5250.04 DPC).

La personne concernée dispose ainsi d'un laps de temps de 15 mois à compter de la réception de la décision de paiement rétroactif de PC pour présenter la demande de remboursement des frais de maladie et d'invalidité survenus depuis le moment de la naissance du droit à la PC annuelle - en vertu de la décision énoncée ci-dessus - jusqu'à la date où elle fait valoir ces frais.

**3134** Exemple:

*Le 1.5.2016 Demande de rente AI*

*Le 1.10.2017 Décision de rente AI avec début du droit à la rente AI dès le 1.11.2016*

*Le 1.2.2018 Demande de PC*

*Le 1.4.2018 Décision de PC avec début du droit à la PC annuelle dès les 1.11.2016 en vertu de l'art. 22, al. 1, OPC (n° 4310.01 DPC)*

*Le 1.8.2018 Présentation de la demande de remboursement des frais de maladie et d'invalidité (factures des années 2016, 2017 et 2018)*

*Les conditions selon les art. 4 – 6 LPC (n° 3140) sont remplies à partir du 1.11.2016. La présentation des factures est intervenue dans le 15 mois qui ont suivi la réception de la décision de PC (n° 3133). Dans ces conditions, toutes les factures de frais de maladie et d'invalidité établies pour des traitements et des achats à partir du 1.11.2016 sont prises en compte pour le remboursement.*

**3135** Les frais de maladie et d'invalidité d'une personne décédée bénéficiaire d'une PC annuelle ne sont remboursés que si les ayants cause font la demande de remboursement de ces frais dans les 12 mois qui suivent le décès de l'ayant droit (art. 6 RMPC) et dans le délai prévu au n° 3130.

### **3.1.4 Autres dispositions**

**3140** Les frais de maladie et d'invalidité ne peuvent être remboursés que (art. 15, let. b, LPC) si le traitement ou l'achat a eu lieu à un moment où:

- le bénéficiaire de PC avait droit à une rente de l'AVS ou de l'AI, à une allocation pour impotent de l'AI après l'accomplissement de sa 18<sup>ème</sup> année, ou à une indemnité journalière de l'AI (au sens des n<sup>os</sup> 2210.01 et 2210.02 DPC) ou en présence d'une situation telle que prévue aux n<sup>os</sup> 2230.01 ou 2230.02 DPC (aucun droit à la rente faute de satisfaire à la durée de cotisations minimale);
- les conditions personnelles au sens des chapitres 2.3 et 2.4 DPC étaient remplies.

### **3.2 Montant maximal du remboursement**

**3200** Le montant du remboursement des frais de maladie et d'invalidité est limité. En sus de la PC annuelle, il peut atteindre au maximum les montants prévus par l'art. 14, al. 3, let. a et b, LPC (v. Annexe I, table 1).

**3201** Pour les personnes à domicile au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA de degré moyen ou grave, les montants selon le n° 3200 sont augmentés conformément à l'art. 14, al. 4, LPC, et à l'art. 19b OPC-AVS/AI (v. Annexe I, table 2).

**3202** L'augmentation selon le n° 3201 intervient également lors de l'octroi d'une allocation pour impotent de l'AVS, si une allocation pour impotent de l'AI de degré moyen ou grave a été versée précédemment (art. 14, al. 5, LPC).



**3203** Une augmentation selon le n° 3201 intervient si, d'une part, les frais dûment établis de soins d'assistance sont plus élevés que la somme de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI et que, d'autre part, les montants prévus à l'art. 14, al. 3, let. a, ch. 1 et 2, LPC, avant déduction de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, ne suffisent pas à rembourser tous les frais de maladie et d'invalidité (pour exemples, v. Annexe III et VSI 2003, p. 404 ss) L'augmentation n'est prévue que pour le remboursement des frais de soins et d'assistance selon les art. 14 à 16 RMPC.

**3204** Les ressortissants étrangers qui ne sont pas soumis au Règlement (CE) n° 883/2004, mais qui pourraient toutefois prétendre, en vertu d'une convention de sécurité sociale, à l'octroi d'une rente extraordinaire de l'AVS/AI (v. n° 2420.02 DPC), ont toutefois droit à une PC même s'ils ne satisfont pas à l'exigence du délai de carence de l'art. 5, al. 1, LPC, à condition qu'ils aient résidé en Suisse de façon ininterrompue durant:

- 5 années entières dans le cas d'une rente de survivants ou d'une rente de vieillesse venant se substituer à une telle rente (ou à une rente AI),
- 5 années entières dans le cas d'une rente AI.

Dans ces cas, les frais annuels de maladie et d'invalidité qui ont été remboursés, additionnés à la PC annuelle et à la rente annuelle de l'AVS ou de l'AI, ne doivent pas dépasser le montant minimum de la rente ordinaire annuelle complète correspondante.

Le remboursement se calcule d'après la formule suivante:

Montant min. de la rente annuelle complète – PC annuelle – rente annuelle = frais de maladie et d'invalidité remboursables

**3205** Exemple:

<i>Frais de maladie et d'invalidité:</i>	<i>fr. 2000.-</i>
<i>PC annuelle:</i>	<i>fr. 6000.-</i>
<i>Rente annuelle AI:</i>	<i>fr. 7500.-</i>
<i>Montant min. de la rente annuelle complète :</i>	<i>fr. 14220.- (= état année 2019)</i>

*fr. 14220.- – fr. 6000.- - fr. 7500.- = fr. 720.-*

*Tant que la condition du délai de carence n'est pas remplie (art. 5, al. 1, LPC), le demandeur n'est remboursé, pour cette année civile, qu'à concurrence de fr. 720.- pour les frais de maladie et d'invalidité. Le solde des frais (fr. 1280.-) dont il a demandé la prise en charge ne peut lui être remboursé dans le cadre de la PC et des frais de maladie et d'invalidité.*

**3206** Si aucune PC annuelle ni aucune subvention aux primes d'assurance-maladie dans le cadre de la PC ne peuvent être versées en raison d'un excédent des revenus (revenus déterminants plus élevés que les dépenses reconnues), le remboursement des frais de maladie s'opère sur la base d'une comparaison entre l'excédent des revenus – déduction faite du montant forfaitaire pour l'assurance-maladie obligatoire (art. 10, al. 3, let. d, LPC) – d'une part, et les frais de maladie d'autre part.

Etant donné que, dans le canton du Valais, le montant forfaitaire pour l'assurance-maladie obligatoire n'est pas intégré dans le calcul de la PC annuelle, ce montant doit être pris en compte dans le décompte des frais de maladie et d'invalidité dès lors qu'aucune PC annuelle n'est versée et qu'aucune subvention aux primes d'assurance-maladie dans le cadre de la PC ne peut être accordée. L'imputation du montant forfaitaire permet ainsi de garantir le montant minimum de la PC annuelle (art. 26 OPC).

**3206.01** Le remboursement se calcule selon la formule décrite à l'art. 14, al. 6, LPC, auquel s'ajoute l'ajustement effectué dans le canton du Valais, soit:

Montant des frais de maladie et d'invalidité dûment attestés  
- Excédent des revenus  
+ Montant forfaitaire pour l'assurance-maladie obligatoire  
= Montant des frais de maladie et d'invalidité remboursables

Le montant maximum du remboursement des frais de maladie et d'invalidité (v. n<sup>os</sup> 3200 ss.) ne peut ainsi pas être dépassé.

**3206.02** Exemple:

<i>Frais de maladie et d'invalidité:</i>	<i>fr.</i>	<i>10000.-</i>
<i>Excédent des revenus:</i>	<i>- fr.</i>	<i>6000.-</i>
<i>Montant forfaitaire pour l'AMal obligatoire:</i>	<i>+ fr.</i>	<i>4000.-</i>
<i>Frais de maladie et d'invalidité remboursables:</i>	<i>= fr.</i>	<i>8000.-</i>

**3207** Si aucune PC ne peut être versée en raison d'un excédent des revenus (revenus déterminants plus élevés que les dépenses reconnues), mais qu'il existe un droit à la subvention aux primes d'assurance-maladie dans le cadre de la PC, le remboursement des frais de maladie s'opère comme celui en faveur des bénéficiaires de PC.

**3208** Dans le montant évoqué au n° 3200 sont inclus les frais remboursables de moyens auxiliaires tels que mentionnés au titre „5 Remise ou financement de moyens auxiliaires, d'appareils auxiliaires de soins et d'appareils de traitement“.

**3209** Pour favoriser le maintien à domicile, les frais d'aide au ménage et de soins à domicile ainsi que ceux de moyens et d'appareils auxiliaires simples et adéquats énumérés dans l'Annexe 2 RMPC, peuvent être remboursés. Le remboursement total des frais ne doit pas dépasser, par année civile, le montant correspondant à 35 pour cent du montant destiné à la couverture des besoins vitaux d'une personne seule selon l'article 10, alinéa 1, lettre a, LPC (art. 22 RMPC). Ce montant maximal doit être arrondi au franc immédiatement supérieur.

### **3.2.1 Changement au sein d'une communauté de personnes**

**3210** Lorsqu'un changement survient au sein d'une communauté de personnes dans le cours de l'année (décès d'un conjoint, etc.), le nouveau montant maximum déterminant est fixé en fonction de la nouvelle situation donnée.

Exemple:

*Couple vivant à domicile, et dont l'un des conjoints décède le 15 avril:*

*– montant maximum de janvier à avril: fr. 50000.-*

*– montant maximum dès le mois de mai: fr. 25000.-*

**3211** Des frais de maladie et d'invalidité remboursés sous le régime de l'ancien calcul PC n'ont aucune incidence sur le nouveau montant maximum. Des frais de traitement encourus dans la période précédant le changement intervenu sont imputés au montant maximum précédemment déterminant.

**3212** Lorsque le bénéficiaire, exclu du calcul de la PC, fonde un droit propre à une PC (femme divorcée, bénéficiaire d'une rente AI, etc.), le montant maximum susceptible de lui être remboursé est fixé sur la base de la nouvelle situation. Les frais de maladie et d'invalidité remboursés dans le cadre de l'ancienne PC n'ont pas d'incidence sur le nouveau montant maximum.

### 3.2.2 Entrée dans un home ou sortie d'un home dans le courant de l'année civile

**3220** Lors d'une entrée dans un home ou d'une sortie d'un home en cours d'année civile, le n° 3210 est applicable par analogie.

**3221** Exemples:

*Personne seule entrant dans un home le 1<sup>er</sup> avril*

– *montant maximum de janvier à mars:* fr. 25000.-

– *montant maximum d'avril à décembre:* fr. 6000.-

*Personne seule entrant dans un home le 20 janvier*

– *montant maximum pour janvier:* fr. 25000.-

– *montant maximum de février à décembre:* fr. 6000.-

*Personne seule quittant un home le 10 décembre*

– *montant maximum de janvier à novembre:* fr. 6000.-

– *montant maximum pour décembre:* fr. 25000.-

*Couple vivant à son domicile, et dont l'un des conjoints entre dans un home médicalisé le 1<sup>er</sup> avril*

– *montant maximum de janvier à mars:* fr. 50000.-

– *montant maximum d'avril à décembre:*

• *pour le conjoint à domicile:* fr. 25000.-

• *pour le conjoint dans le home:* fr. 6000.-

### 3.2.3 Aucune limitation selon la durée en mois du droit

**3230** Si, en raison du début du droit à une rente, de l'expiration du délai de carence pour les étrangers, du changement de domicile à l'étranger ou de la suppression de la PC annuelle, le droit à une PC n'est accordé que pour une partie de l'année seulement, c'est néanmoins le montant maximum au sens du n° 3200 qui peut être remboursé.

## 3.3 Frais pendant la période déterminante

(art. 3 RMPC)

**3300** Les frais de maladie, d'invalidité et de moyens auxiliaires, dûment attestés, sont remboursés pour l'année civile au cours de laquelle le traitement ou l'achat a eu lieu. Cette réglementation s'applique par analogie lorsqu'il s'agit de frais se rapportant à un séjour passager dans un home.

**3301** En général, lors d'un achat la date de la facture est considérée comme déterminante.

## 3.4 Droit en cas de suppression de la PC annuelle ou de transfert du domicile

(art. 3 RMPC)

**3400** Lorsqu'une PC annuelle en cours est supprimée (excédent de revenus, départ à l'étranger, suppression du droit à une rente, etc.), des frais de maladie et d'invalidité peuvent être remboursés ultérieurement pour autant que le traitement ou l'achat ait eu lieu à un moment où le droit à une PC annuelle existait encore.

**3401** Si, en cas de transfert de domicile de l'ayant droit dans un autre canton, les critères de l'ancien et du nouveau canton divergent sur la question du moment déterminant des

coûts, l'année civile déterminante est celle au cours de laquelle le traitement ou l'achat a eu lieu.

### **3.5 Prise en compte de l'allocation pour impotent de l'AVS, de l'AI et de l'AA**

(art. 5 RMPC)

- 3500** L'allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA de degré moyen ou grave est – pour les personnes à domicile – déduite des frais dûment attestés de soins et d'assistance, mais pas des frais d'aide au ménage, dans la mesure où
- les frais dûment attestés sont supérieurs au montant de l'allocation pour impotent, et
  - le montant prévu à l'art. 14, al. 3, let. a, ch. 1 et 2 LPC (v. Annexe I, table 1) ne suffit pas, avant déduction de l'allocation pour impotent, à rembourser la totalité des frais de maladie et d'invalidité.
- 3501** Dans ces cas, le montant de l'allocation pour impotent ne peut être déduit que pour autant que le montant global remboursable ne descende pas en-dessous de fr. 25000.-, resp. fr. 50000.
- 3502** Il est toutefois possible de descendre en-dessous de ces montants si les frais de soins et d'assistance sont pris en charge, en tout ou en partie, par une autre assurance.
- Exemple:
- Frais de soins et d'assistance = fr. 30000.-; l'assurance-maladie rembourse à concurrence de fr. 10000.-. Les frais dûment établis de soins et d'assistance sont supérieurs au montant de l'allocation pour impotent et le montant de fr. 25000.- ne suffit pas à couvrir ces frais. Un relèvement, avec minimum garanti, peut donc entrer en ligne de compte. Compte tenu de la participation de la caisse-maladie aux frais, le bénéficiaire de la PC doit assumer des frais de soins et d'assistance non couverts à hauteur de fr. 20000.-. C'est ce montant seul qui est remboursé.*
- 3503** Si l'assurance-maladie a tenu compte de l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA lors du remboursement des frais de soins et d'assistance à domicile, aucune déduction de l'allocation pour impotent des frais dûment attestés n'est opérée à concurrence du montant pris en compte par l'assurance-maladie.
- 3504** L'augmentation du montant selon le n° 3201 n'est mise à disposition qu'en vue du remboursement des frais de soins et d'assistance au sens des art. 14 à 16 RMPC. Une déduction de l'allocation pour impotent ne peut intervenir que dans le cadre de ces frais. Elle ne saurait intervenir pour des frais afférents à des invalides séjournant dans des structures de jour selon l'art. 17 RMPC.
- 3505** Pour les exemples, v. l'Annexe III et VSI 2003, p. 404 ss.
- 3507** Les n<sup>os</sup> 3500 jusqu'à 3505 s'appliquent également dans le cas d'une allocation pour impotent de l'AVS qui a immédiatement succédé à une allocation pour impotent de l'AI de degré moyen ou grave.

### **3.6 Prise en compte de la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI** (art. 5a RMPC)

- 3600** La contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI est portée en déduction des frais de soins et d'assistance dûment établis lorsque:
- la personne soignée vit à domicile et est au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA de degré moyen ou grave;
  - les frais dûment établis sont supérieurs aux montants additionnés de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance;
  - le montant prévu à l'art. 14, al. 3, let. a, ch. 1 et 2, LPC (v. Annexe I, table 1) ne suffit pas, avant déduction de l'allocation pour impotent, à rembourser la totalité des frais de maladie et d'invalidité.
- 3601** Dans ces cas, la contribution d'assistance ne peut être déduite que pour autant que le montant ne descende pas en-dessous de fr. 25000.-, resp. fr. 50000.-.
- 3602** Il est toutefois possible de descendre en-dessous de ces montants si les frais de soins et d'assistance sont pris en charge, en tout ou en partie, par une autre assurance.
- Exemple:
- Frais de soins et d'assistance = fr. 30000.-; l'assurance-maladie rembourse à concurrence de fr. 10000.-. Les frais dûment attestés de soins et d'assistance sont supérieurs au montant additionné de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance; le montant de fr. 25000.- ne suffit pas à couvrir ces frais. Un relèvement, avec minimum garanti, peut donc entrer en ligne de compte. Le bénéficiaire de la contribution d'assistance doit cependant assumer uniquement des frais de soins et d'assistance non couverts à hauteur de fr. 20000.-. C'est ce montant seul qui sera remboursé.*
- 3603** L'augmentation du montant selon le n° 3201 n'est mise à disposition qu'en vue du remboursement des frais de soins et d'assistance au sens des art. 14 à 16 RMPC. Une déduction de la contribution d'assistance ne peut intervenir que dans le cadre de ces frais. Elle ne saurait intervenir pour des frais afférents à des invalides séjournant dans des structures de jour selon l'art. 17 RMPC.
- 3604** Pour les exemples, v. l'Annexe III et VSI 2003, p. 404 ss. Ceux-ci ont été proposés dans le cadre de l'allocation pour impotent, mais sont aussi valables par analogie en matière de contribution d'assistance.
- 3605** Les n<sup>os</sup> 3600 à 3604 s'appliquent également dans le cas d'une allocation pour impotent de l'AVS qui a succédé à une allocation pour impotent de l'AI de degré moyen ou grave.
- 3606** Si une personne assurée ne fait pas valoir son droit à la contribution d'assistance ou si elle renonce d'une autre manière à la percevoir, seuls les frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile qui n'auraient pas pu être indemnisés par la contribution d'assistance sont pris en compte pour le calcul du remboursement (art. 5a, al. 2, RMPC).
- 3607** Dès lors que, en application du n° 3606, les frais à prendre en considération en relation avec la contribution d'assistance ont été déduits des frais d'aide à domicile ainsi que des frais dûment établis de soins et d'assistance, il n'est pas nécessaire de prendre en compte une contribution d'assistance hypothétique.
- 3608** Lorsque, au sens du n° 3606, une personne a renoncé à percevoir une contribution d'assistance, il y a lieu de déterminer les frais déductibles en collaboration avec l'office AI. Les frais qu'une contribution d'assistance aurait pu couvrir doivent être enregistrés

de manière détaillée afin de décrire l'activité exercée et de définir le montant des coûts y relatifs.

**3609** Le remboursement de certains frais d'aide et d'assistance à domicile (aide au ménage, aide familiale, etc.) est exclu lorsque ceux-ci sont déjà couverts par la contribution d'assistance. Il y a lieu de consulter les dossiers de l'office AI pour opérer le tri de ces frais.

**3610** Lorsque, au sens du n° 3606, une personne a renoncé à percevoir une contribution d'entretien, il y a lieu de déterminer en collaboration avec l'office AI quels frais d'aide et d'assistance à domicile doivent être déduits. Les frais qu'une contribution d'assistance aurait pu couvrir doivent être enregistrés de manière détaillée afin de décrire l'activité exercée et de définir le montant des coûts y relatifs.

### **3.7 Droit à la PC annuelle**

**3700** Si l'on constate, lors de la demande de remboursement des frais de maladie et d'invalidité, qu'il existe un droit à une PC annuelle, celle-ci doit être versée à partir du mois au cours duquel l'assuré a fait valoir les frais de maladie et d'invalidité. Dès qu'elle a connaissance de ces faits, la caisse est tenue d'entreprendre sans délai les démarches nécessaires pour assurer le versement de la PC annuelle.

## 4 Prescriptions particulières pour les divers genres de frais

### 4.1 Participation aux coûts

- 4100** Concernant les coûts des prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire des soins en vertu de l'art. 24 LAMal (art. 8 RMPC), est remboursée la participation des coûts, prévue par l'art. 64 LAMal et par l'art. 38a OPAS.
- 4101** La participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal comprend un montant fixe par année (franchise) et 10 pour cent des coûts qui dépassent la franchise (quote-part).
- 4102** Selon l'art. 38a OPAS, la quote-part s'élève à 20 pour cent des coûts dépassant la franchise pour les médicaments dont le prix de fabrique est au moins 10 % supérieur à la moyenne des prix de fabrique du tiers le plus avantageux de tous les médicaments composés des mêmes substances actives et figurant sur la liste des spécialités. Cette quote-part majorée doit être considérée comme une quote-part selon art. 64 LAMal.
- 4103** La franchise prévue à l'art. 64, al. 2, let. a, LAMal s'élève à fr. 300.- par année civile pour les adultes et les jeunes adultes. Pour les enfants, aucune franchise n'est exigée à l'art. 64, al. 4, LAMal.  
En vertu de l'art. 64, al. 2, let. b, LAMal, le montant maximal annuel de la quote-part s'élève à fr. 700.- pour les adultes et les jeunes adultes, et à fr. 350.- pour les enfants.
- 4104** Même en cas de conclusion d'une assurance-maladie avec une franchise plus élevée au sens de l'art. 93 OAMal, la participation aux coûts remboursée pour les adultes et les jeunes adultes ne s'élève qu'à fr. 1000.- par année au plus. Pour les enfants, seule la quote-part jusqu'à fr. 350.- par année peut être remboursée. Si une franchise à option a été choisie pour les enfants, celle-ci ne peut être remboursée.
- 4105** Une participation aux coûts de fr. 1000.- au maximum par année civile peut être allouée à chaque adulte et jeune adulte bénéficiaire de PC; cette participation est de fr. 350.- au maximum par année civile pour chaque enfant. Dans ce dernier cas, il convient de porter une attention particulière à l'art. 64, al. 4, LAMal (art. 9 RMPC).  
Peu importe la composition du montant. Si une personne a par exemple opté pour une franchise de fr. 300.- et doit payer une quote-part de fr. 325.-, le montant remboursé sera de fr. 625.-. Si une autre personne a opté pour une franchise de fr. 500 et doit payer une quote-part de fr. 700.-, le montant remboursé sera de fr. 1000.-.
- 4106** Si, en cas d'hospitalisation, des bénéficiaires PC doivent contribuer aux frais de séjour selon l'art. 64, al. 5, LAMal, seule la part des frais qui dépasse la totalité du montant prévu pour la nourriture selon les normes AVS en vigueur (v. Annexe II, table 1) peut être prise en compte. Etant donné que le montant total prévu pour la nourriture est supérieur à la contribution calculée d'après la LAMal, aucun remboursement n'entre en ligne de compte.
- 4107** Si des prestations sont prises en charge par des assurances complémentaires (p. ex. 50 pour cent du coût de médicaments non pris en charge par l'assurance obligatoire), les frais restants ne peuvent en principe pas être remboursés par les PC.  
Ne sont pas concernés par cette réglementation les frais restants issus d'un traitement dentaire (v. chap. 4.3, n<sup>os</sup> 4300 ss.), de prestations SPITEX (v. chap. 4.9, n<sup>os</sup> 4910 ss.), de cures de bains (v. chap. 4.7.5, n<sup>o</sup> 4750 ss.), de séjours de convalescence (v. chap. 4.7.4, n<sup>os</sup> 4740 ss.), de transports (v. chap. 4.8, n<sup>os</sup> 4810 ss.) et de moyens auxiliaires (v. chap. 5, n<sup>os</sup> 5100 ss.), dans la mesure où les conditions de remboursement desdits frais sont remplies.

**4108** Les prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins – aux conditions et dans l'étendue prévues par les art. 32 à 34 LAMal – sont mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal.

**4109** Les fournisseurs de prestations autorisés à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins sont mentionnés aux art. 35 à 40 LAMal, ainsi qu'aux art. 38 à 58 OAMal.

## **4.2 Frais de médecin**

**4200** Les frais de médecin sont pris en considération si, dans le cadre de l'assurance obligatoire de soins, l'assureur-maladie prend en charge le 90 pour cent de ces frais ou impute le montant correspondant à la franchise (v. n° 4100). Demeurent réservés les cas visés par les n<sup>os</sup> 3121 ss.

## **4.3 Frais pour traitement dentaire** (art. 10 RMPC)

**4300** Ne sont pris en considération que les frais de dentistes porteurs d'un diplôme fédéral ainsi que des dentistes qui détiennent une autorisation cantonale pour l'exercice de leur profession. Demeurent réservés les cas visés par les n<sup>os</sup> 3121 ss.

**4301** Les frais facturés par des dentistes porteurs d'un diplôme étranger ne sont déductibles que si ces derniers sont autorisés à exercer leur profession en qualité d'indépendant par le canton intéressé. Demeurent réservés les cas visés par les n<sup>os</sup> 3121 ss.

**4302** En principe, les frais de traitement dentaire (frais de dentiste, travaux de technique dentaire, matériel, médicaments) ne peuvent être pris en compte dans le cadre des PC que s'il s'agit d'un traitement médicalement nécessaire et que celui-ci est simple, économique et adéquat. Les frais de couronnes, de ponts ou de prothèses dentaires ne peuvent être pris en compte que si les traitements correspondants ont été effectués par un médecin-dentiste ou par un technicien-dentiste (dans ce dernier cas, uniquement prothèses partielles ou totales, sans ponts, ni couronnes) habilité à exercer en qualité d'indépendant.

**4303** La Caisse désigne des dentistes-conseils chargés de l'examen des factures et des honoraires établis par les dentistes traitants ainsi que de celui des devis qui lui ont été soumis.

**4304** La Caisse élabore, en collaboration avec ses dentistes-conseils, une directive concernant la prise en charge des frais de traitement dentaire dans le cadre des PC. Cette directive est mise à disposition des dentistes traitants et des personnes intéressées de manière appropriée, par exemple par téléchargement sur le site internet de la Caisse.

**4305** Les tarifs de l'assurance-accident, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité sont déterminants pour le remboursement des honoraires des prestations dentaires et pour celui des travaux de technique dentaire.

**4306** Tous les frais de traitement dentaire doivent obligatoirement faire l'objet d'un devis qui sera soumis à la Caisse pour approbation. Les traitements dentaires dont le coût est inférieur à fr. 500.-, les traitements prophylactiques au sens de la directive (n° 4304) ainsi que les traitements d'urgence ne sont pas soumis à cette réglementation. Si des frais de laboratoire sont prévus, un devis détaillé de ces frais établi par le laboratoire de technique dentaire devra également être présenté.



- 4307** Les devis à présenter du dentiste et du laboratoire de technique dentaire doivent être conformes aux positions tarifaires du tarif AA/AM/AI. Ils mentionneront le numéro de la dent, la position du tarif, la quantité, le genre de traitement (précision de la position du tarif), le nombre de points et la valeur du point. Pour l'établissement du devis, il y a lieu d'utiliser le „Formulaire concernant les travaux dentaires“ prévu à cet effet par la Caisse.
- 4308** La situation telle qu'elle se présente avant le début du traitement (descriptif de la denture, état des dents) doit clairement ressortir de la documentation, ainsi que le traitement préconisé. En effet, le dentiste-conseil doit être en mesure d'apprécier dans le détail le traitement préconisé au regard des documents fournis. Les radiographies utiles à l'appréciation du devis lui seront jointes en annexe. A la demande du dentiste-conseil, les modèles d'étude en cas de remplacement par prothèse ainsi que l'examen du parodontal, si existants, sont à joindre.
- 4309** A réception du devis du traitement dentaire, la Caisse soumet celui-ci, si nécessaire, au dentiste-conseil pour prise de position. Le dentiste-conseil examine les documents et fait part de sa décision à l'organe PC.
- 4310** Afin d'étayer son opinion, le dentiste-conseil peut le cas échéant inviter le patient à se soumettre à un contrôle. Ce contrôle, fixé dans un délai convenable, a pour but d'examiner et de déterminer si:
1. le devis est conforme aux besoins thérapeutiques du patient;
  2. le traitement préconisé correspond aux dispositions des directives.
- 4311** Le dentiste-conseil peut recommander au dentiste traitant de modifier le traitement ou d'établir un devis conforme aux exigences posées par les directives.
- 4312** A la demande du dentiste-conseil, le dentiste traitant doit, en tout temps et gratuitement, mettre à disposition les documents relatifs au devis ou au traitement ordonné.
- 4313** Si un traitement dentaire a été entrepris (frais de laboratoire inclus) sans approbation préalable du devis, un remboursement peut néanmoins intervenir si la personne assurée démontre à posteriori, par la production de toutes pièces utiles détaillant l'état dentaire avant le traitement (photos, radiographies, etc.), que ce traitement était simple, économique et adéquat.
- 4314** Une fois la détermination du dentiste-conseil connue, la Caisse informe l'assuré ainsi que le dentiste traitant par écrit du montant maximum qui sera remboursé dans le cadre du traitement à effectuer.
- 4315** Une approbation du devis par la Caisse ne saurait être assimilée à une reconnaissance de paiement. La personne assurée est toutefois en droit d'escompter qu'aucune objection de fond ne sera émise dans le cadre d'un traitement opéré dans les limites du devis approuvé. Nonobstant, un remboursement total des frais n'est possible que si le montant destiné au remboursement des frais de maladie et d'invalidité (v. Annexe I, table 1) le permet, qu'il n'y a aucun excédent de revenus et que le droit aux PC existe. La détermination rendue au sujet du devis mentionnera expressément que son approbation ne saurait être assimilée à une reconnaissance de paiement.
- 4316** Si le médecin-conseil de la Caisse estime que le traitement et son exécution ne sont ni simples, ni économiques, ni adéquats, en sorte que la Caisse ne peut approuver entièrement ou partiellement le devis, celle-ci en informe par écrit l'assuré. Cette communication doit permettre à la personne assurée de comprendre les motifs du refus. Dans les limites de la Circulaire sur l'obligation de garder le secret et sur la communication

des données dans le domaine de l'AVS/AI/APG/PC/AFA, le dentiste traitant ou une tierce personne peuvent également recevoir cette information.

- 4317** Les frais inhérents à l'établissement du devis doivent être imputés du montant destiné au remboursement des frais de maladie et d'invalidité.
- 4318** Les factures à présenter du dentiste et du laboratoire de technique dentaire doivent être conformes aux positions tarifaires du tarif AA/AM/AI. Elles mentionneront le numéro de la dent, la position du tarif, la quantité, le genre de traitement (précision de la position du tarif), le nombre de points et la valeur du point. Si le traitement s'est écarté du devis approuvé, les modifications du plan de traitement doivent ressortir très clairement de la facture.
- 4319** La Caisse soumet si nécessaire les factures d'un traitement dentaire au dentiste-conseil pour prise de position. Le dentiste-conseil examine les documents et fait part de sa détermination à l'organe PC. Si le traitement effectué correspond en tous points au devis approuvé, il n'est pas nécessaire d'en présenter la facture au dentiste-conseil.
- 4320** Les factures pro forma dont ni le traitement désigné ni le tarif ne correspondent au traitement dentaire effectué en réalité ne sont pas acceptées.
- 4321** Si le traitement facturé n'a fait l'objet d'aucun devis préalable présenté à la Caisse, celle-ci peut procéder, dans le cadre de l'examen en vue d'un remboursement, comme elle l'aurait fait pour l'analyse d'un devis.
- 4322** Si le médecin-conseil de la Caisse estime que le traitement et son exécution ne sont ni simples ni économiques ni adéquats, en sorte que la Caisse ne peut rembourser entièrement ou partiellement la facture, la Caisse en informe l'assuré par une décision motivée avec exposé détaillé et clair à l'appui. Cette communication doit permettre à la personne assurée de comprendre les motifs du refus de remboursement. Dans les limites de la Circulaire sur l'obligation de garder le secret et sur la communication des données dans le domaine de l'AVS/AI/APG/PC/AFA, le dentiste traitant ou une tierce personne désignée à cet effet reçoivent également une copie de cette décision.
- 4323** Demeurent réservés les accords résultant de conventions que le canton du Valais conclut avec certains groupements ou fédérations professionnels.
- 4324** La Caisse rappelle régulièrement aux bénéficiaires de PC qu'ils devraient signaler cet état de fait à leur dentiste et qu'ils doivent présenter un devis avant d'entreprendre un traitement dentaire important.
- 4325** La Caisse n'est pas compétente pour d'éventuelles réclamations des assurés en relation avec l'exécution du traitement effectué par le dentiste traitant. De telles réclamations doivent être portées directement devant l'office de médiation compétent par l'assuré. Ni la Caisse ni ses dentistes-conseils n'entrent en matière sur de telles plaintes.
- 4326** Les frais engagés pour remédier à des erreurs médicales ou à des cas similaires ne peuvent pas être remboursés dans le cadre des frais de maladie et d'invalidité. Il en va de même pour les frais consécutifs qui en résultent.

#### **4.4 Frais de pharmacie**

- 4400** Si l'assureur-maladie prend en charge le 90 pour cent – 80 pour cent pour certains médicaments – des frais de pharmacie dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins ou en impute le montant correspondant à la franchise, alors les frais restants pour ces médicaments peuvent être pris en compte pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité (v. n<sup>os</sup> 4100 – 4101).

#### **4.5 Frais pour produits diététiques**

(art. 11 RMPC)

- 4500** Les frais supplémentaires, dûment établis, occasionnés par un régime alimentaire prescrit par un médecin et indispensable à la survie de la personne assurée sont considérés comme frais de maladie si ladite personne ne vit ni dans un home ni dans un hôpital. Il faut que la vie du patient soit mise en danger si ce régime alimentaire n'est pas suivi et que ce régime entraîne des frais supplémentaires que la consommation d'aliments sains et usuels n'engendrerait pas. Dans un arrêt ayant trait à cette problématique (P 47/05), le Tribunal fédéral des assurances a estimé par exemple qu'un patient atteint d'un diabète mellitus pouvait s'alimenter avec des produits destinés aux diabétiques sans que cela doive engendrer des frais supplémentaires.
- 4501** La demande de remboursement des frais supplémentaires occasionnés par un régime alimentaire indispensable à la survie de la personne intéressée doit être examinée à l'aide du formulaire, rempli par le médecin traitant, „ATTESTATION RELATIVE AUX FRAIS OCCASIONNES PAR UN REGIME ALIMENTAIRE“. Le remboursement doit correspondre aux frais supplémentaires dûment établis.
- 4502** Le droit au remboursement des frais supplémentaires occasionnés par un régime alimentaire indispensable à la survie de la personne intéressée doit être examiné périodiquement après la première décision. Pour ce faire, il y a lieu d'envoyer à l'assuré ou à son représentant le formulaire „ATTESTATION RELATIVE AUX FRAIS OCCASIONNES PAR UN REGIME ALIMENTAIRE“, qui doit être rempli par le médecin traitant de l'assuré.
- 4503** Un montant annuel maximum de fr. 2100 est remboursé.
- 4504** Pour les personnes vivant dans un home ou dans un hôpital, les frais pour produits diététiques doivent être inclus dans la taxe journalière par ces établissements (v. n<sup>os</sup> 3320.01 ss DPC) et sont pris en compte par le calcul de la taxe journalière lors du calcul de la prestation complémentaire annuelle. Un remboursement spécifique des frais pour produits diététiques aux personnes habitant dans un home ou dans un hôpital n'est pas prévu par les prestations complémentaires.

#### **4.6 Matériel de soins (bandages, produits); opérations de chirurgie esthétique**

- 4600** Les frais d'opération de chirurgie esthétique ne peuvent pas être pris en considération.
- 4601** Les frais dûment établis du matériel utilisé pour les soins (bandages, produits) peuvent être remboursés si l'assureur-maladie prend en charge, dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins, le 90 pour cent des frais y relatifs, ou en impute le montant correspondant à la franchise (v. n<sup>os</sup> 4100 – 4101).

Des prestations facturées séparément par les homes en sus de la taxe journalière, et non prises en compte par l'assurance-maladie, ne peuvent être prises en charge par les PC.

#### **4.7 Séjour passager dans un hôpital, dans un home, de cure balnéaire ou de convalescence** (art. 12 à art. 13 RMPC)

##### **4.7.1 Séjour passager dans un hôpital ou dans un home**

**4710** Lorsqu'au moment de l'entrée dans un home ou dans un hôpital, il est établi que le bénéficiaire de PC rentrera à domicile, on ne calcule pas la PC annuelle selon les dispositions applicables aux personnes vivant dans un home ou dans un hôpital (n° 3152.01 DPC). Aussi longtemps qu'il n'y a pas lieu d'opérer un calcul PC applicable aux personnes vivant dans un home ou dans un hôpital, il faut considérer le séjour comme passager.

**4711** Lorsqu'au moment de l'entrée dans un home ou dans un hôpital, on ne sait pas si le bénéficiaire de PC pourra retourner à domicile, on procède à un calcul PC selon les dispositions applicables aux personnes vivant dans un home ou dans un hôpital à compter du mois qui suit le premier mois civil entier que l'intéressé a passé dans le home ou dans l'hôpital. Si l'intéressé retourne à domicile, le calcul à effectuer pour le mois du retour à domicile obéit encore aux dispositions applicables aux personnes vivant dans un home (n° 3152.02 DPC). Le laps de temps pendant lequel on ne procède par au calcul PC selon les dispositions applicable aux personnes vivant dans un home est considéré comme un séjour passager.

##### **4.7.2 Hôpital, lit d'attente, home, lit de court séjour**

**4720** Sont considérées comme hôpital les institutions qui remplissent les conditions prévues à l'art. 39 LAMal.

**4721** Les hôpitaux mettent à disposition des lits d'attente destinés aux patients qui sont dans l'attente d'un transfert dans un home pour personnes âgées ou dans un home médicalisé. Après 30 jours, la caisse-maladie réclame régulièrement une justification médicale et peut suspendre sa participation financière si le médecin traitant constate qu'il n'y a plus de justification médicale au maintien en lit d'attente. Le canton désigne les lits d'attente reconnus comme tels. Les lits d'attente qui ne sont pas reconnus par le canton ne peuvent pas être pris en considération pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

**4722** Est considérée comme home toute institution reconnue comme telle par un canton ou disposant d'une autorisation cantonale d'exploiter (art. 25a, al. 1, OPC). Si, dans le cadre d'une allocation pour impotent, l'office AI considère un assuré comme personne séjournant dans un home au sens de l'art. 42ter, al. 2, LAI, il importe également de le considérer comme telle dans le cadre du droit aux prestations complémentaires (art. 25, al. 2, OPC). Par conséquent, dans cette situation, une telle institution où séjourne cette personne doit être considérée comme un home.

**4723** Les lits de court séjour sont des places d'accueil temporaires intégrées dans des homes (EMS et institutions pour personnes en situation de handicap). Elles constituent un dispositif d'appui au maintien à domicile et visent le retour de la personne âgée à son domicile. Le canton délivre l'autorisation d'exploiter pour les lits de court séjour. Les lits de court séjour qui n'ont pas fait l'objet d'une autorisation d'exploiter ne peuvent

pas être pris en considération pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

**4724** Les lits d'attente dans les homes sont destinés aux patients qui sont dans l'attente d'un lit médicalisé de longue durée dans un home pour personnes âgées ou dans un home médicalisé. Durant cette période d'attente, les homes peuvent mettre à disposition du patient, un lit de court séjour reconnu. Le canton désigne les lits d'attente reconnus en délivrant l'autorisation d'exploitation pour les lits dits de court séjour. Par conséquent, les lits sans autorisation d'exploitation cantonale pour utilisation comme lits de court séjour ne peuvent pas être considérés comme des lits d'attente pour le remboursement par le biais des RFM.

#### **4.7.3 Frais en cas de séjour dans un hôpital, dans un home, en cas de passage dans un lit d'attente ou dans un lit de court séjour** (art. 12 et 12a RMPC)

**4730** En cas de séjour dans un hôpital, seuls peuvent être pris en compte les coûts pour lesquels l'assureur-maladie intervient à raison de 90 pour cent dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins ou qui sont imputés à la franchise pour le montant correspondant (v. n<sup>os</sup> 4100 ss).

**4731** Selon les arrêtés du Conseil d'Etat du canton du Valais du 9.2.2011 et du 20.12.2017, la taxe journalière pour un séjour en lit d'attente dans un hôpital ou dans un home s'élève à maximum fr. 160.- par jour. C'est ce montant maximum, au sens de l'art. 10, al. 2, LPC, dont il faut tenir compte pour le calcul de la PC annuelle ainsi que pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Les conditions spécifiques pour la reconnaissance des lits d'attentes sont déterminantes pour la part des frais susceptibles d'être remboursés dans le cadre des frais de lits d'attentes.

**4732** Les frais pour un placement temporaire dans des lits de court séjour ou de lit d'attente reconnus par le canton sont remboursés sous déduction d'un montant approprié pour l'entretien.

**4733** Si le canton a limité les frais à rembourser en raison d'un séjour durable dans un home ou dans hôpital (art. 10, al. 2, let. a, LPC), ces limites sont applicables par analogie.

**4734** Si la personne assurée doit participer aux coûts des soins en vertu de l'art. 19 de la loi sur les soins de longue durée, cette participation est prise en compte et remboursée en sus de la taxe journalière pour le séjour.

**4735** La personne assurée doit supporter elle-même un montant approprié pour l'entretien, à savoir la totalité du montant prévu à l'Annexe II, table 1 (petit-déjeuner + repas de midi + repas du soir = quote-part journalière). Ce montant est porté en déduction de la taxe journalière effectivement facturée pour le calcul du remboursement. Si cette taxe journalière excède le montant maximum fixé par le canton (art. 10, al. 2, let. a, LPC), le montant pour l'entretien est soustrait du montant maximum. La part qui dépasse le montant maximum ne peut pas non plus être remboursée.

**4736** Exemple:

<i>Taxe journalière effectivement facturée:</i>	<i>fr. 140.00</i>
<i>Montant maximum fixé par le canton:</i>	<i>fr. 115.00</i>
<i>Montant pour l'entretien:</i>	<i>fr. 21.50</i>

*fr. 115.00 – fr. 21.50 = fr. 93.50*

*Le remboursement en faveur du requérant ne s'élève qu'à fr. 93.50 par jour. Il va de soi que les participations qui pourraient être versées par d'autres assureurs sont également portées en déduction de ce montant (n° 3112).*

#### **4.7.4 Frais se rapportant à des cures**

(art. 13 RMPC)

- 4740** Des frais de traitement, de logement et de nourriture ne peuvent être pris en considération que si la cure ou le séjour de convalescence a été ordonné par un médecin et que le séjour se soit effectué dans un home ou dans un hôpital.
- 4741** Les frais occasionnés par des séjours de convalescence effectués en vue de décharger les proches peuvent également être pris en compte lorsque le séjour en question s'est effectué dans un home ou dans un hôpital.
- 4742** Le montant maximum des coûts occasionnés par un séjour dans un home ou dans un hôpital selon l'art. 5, al. 3, LALPC s'applique par analogie aux séjours de convalescence.
- 4743** La personne assurée doit supporter elle-même un montant approprié pour l'entretien, à savoir la totalité du montant prévu à l'annexe II, table 1 (petit déjeuner + repas de midi + repas du soir = quote-part journalière).

#### **4.7.5 Frais se rapportant à des cures balnéaires**

(art. 13 RMPC)

- 4750** Des frais de traitement, de logement et de nourriture ne peuvent être pris en considération que si la cure a été ordonnée par le médecin et si, durant le séjour, la personne assurée était sous contrôle médical (RCC 1987, p. 270).
- 4751** Le montant maximum des coûts occasionnés par un séjour dans un home ou dans un hôpital selon l'art. 5, al. 3, LALPC s'applique par analogie aux séjours pour les cures balnéaires.
- 4752** La personne assurée doit supporter elle-même un montant approprié pour l'entretien, à savoir la totalité du montant prévu à l'annexe II, table 1 (petit déjeuner + repas de midi + repas du soir = quote-part journalière).

### **4.8 Frais de transport**

(art. 18 RMPC)

#### **4.8.1 Transports occasionnés par une urgence ou un transfert**

(art. 18, al. 1, RMPC)

- 4810** Les frais de transport dûment établis peuvent être remboursés comme frais de maladie et d'invalidité s'ils sont intervenus en Suisse et ont été occasionnés par une urgence ou un transfert indispensable.
- 4811** Les frais de rapatriement depuis l'étranger ne peuvent être remboursés car ils ne sont pas intervenus en Suisse et ne constituent pas un transport d'urgence au sens du RMPC.

**4812** En vertu de l'art. 26 OPAS, l'assurance obligatoire des soins prend en charge 50 pour cent – mais à concurrence de fr. 500 par année – des frais occasionnés par un transport médicalement indiqué. C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de remettre à l'assurance-maladie un décompte détaillé des prestations afin qu'elle puisse procéder à l'examen relatif au remboursement des autres frais de maladie et d'invalidité en même temps qu'à celui de la facture des frais de transport.

**4813** Exemple:

<i>Facture pour le transport:</i>	<i>fr. 1'040.-</i>
<i>Facture pour le sauvetage:</i>	<i>fr. 760.-</i>
<i>./. participation de la caisse-maladie:</i>	<i>fr. 500.-</i>
<i>Total</i>	<i>fr. 1'300.-</i>

*Dans ce cas, un montant de fr. 540.- (fr. 1040.- ./. fr. 500.-) seulement peut être pris en compte dans le cadre du remboursement des frais de maladie et d'invalidité. Les frais de sauvetage ne sont pas imputés sur les frais de maladie et d'invalidité.*

#### **4.8.2 Transports jusqu'au lieu de traitement médical le plus proche**

**4820** Sont également considérés comme frais de maladie et d'invalidité les frais de transport jusqu'au lieu de traitement médical le plus proche (v. VSI 1997, p. 267 ss). Les structures de jour au sens de l'art. 17 RMPC sont considérées comme étant des lieux de traitement médical.

**4821** En principe peuvent seulement être pris en compte les frais d'utilisation d'un moyen de transport public (2<sup>ème</sup> classe) pour se rendre au lieu de traitement médical le plus proche. Les frais sont estimés d'après l'itinéraire le plus court et la variante la plus économique.

Exemple:

*Si l'achat d'un abonnement demi-tarif et de billets au demi-tarif sont plus économiques que celui de billets au tarif plein, seuls l'abonnement demi-tarif et les billets au demi-tarif sont remboursés.*

**4822** Sont exclusivement remboursés les frais occasionnés par des trajets dont la dépense est justifiée et dûment établie. En cas de trajets spécifiques effectués de manière répétée et régulière, la Caisse peut imposer des obligations à l'assuré. Elle peut par exemple remettre un formulaire qui devra être rempli par l'assuré et contresigné par le médecin traitant.

**4823** Les frais de transport jusqu'au lieu de traitement médical le plus proche sont remboursés. Il n'est pas nécessaire que ce traitement médical ainsi suivi soit pris en compte d'une quelconque manière par les PC ou qu'il soit couvert par l'assurance obligatoire des soins. Ainsi, par exemple, les frais de transport pour se rendre chez le dentiste peuvent être remboursés alors même que les frais de traitement dentaire ne sont pas remboursés par les PC et qu'ils ne sont pas pris en charge par l'assurance-maladie.

**4824** Si, en raison d'un handicap, la personne intéressée ne peut utiliser aucun moyen de transport public, les frais d'utilisation d'un autre moyen de transport dont on peut raisonnablement exiger d'elle qu'elle le prenne pourront être pris en charge.

**4825** Pour un véhicule privé, les frais remboursables au sens du n° 4824 se déterminent selon les déductions professionnelles de l'impôt fédéral direct. L'indemnité kilométrique pour ce type de véhicule s'élève actuellement à 70 centimes.

- 4826** Dans ce cadre, on peut rembourser au maximum les frais selon les taux suivants:
- Voitures privées remise ou amortissement par l'AI: 25 centimes par km
  - Taxi / Entreprise de transport pour personnes handicapées: Fr. 5.- de prise en charge par transport + Fr. 2.50 par km
- 4827** Aucun remboursement n'est versé à raison des frais de transport occasionnés par des accompagnants ou à titre de dédommagement pour ces derniers.
- 4828** En cas de transport collectif, seuls les frais concernant la personne concernée doivent être remboursés. En d'autres termes, les frais de transport doivent être partagés entre les personnes utilisant le même moyen de transport dans la mesure où il n'est pas possible de définir un prix unitaire par personne. Demeurent réservés les cas prévus au n° 4821.

Exemple:

*Si plusieurs personnes conviennent de louer un bus avec chauffeur pour un prix forfaitaire, le montant du forfait de location doit être réparti en fonction du nombre de personnes de ce groupe. Si un prix unitaire par personne a été convenu avec l'entreprise de transport, c'est ce montant qui doit être pris en considération.*

## **4.9 Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance**

### **4.9.1 Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance à domicile**

(art. 14 RMPC)

- 4910** Font partie des soins au sens de l'art.14 RMPC, les soins ainsi que les soins de base qui doivent être donnés en raison de l'âge, d'une maladie, d'un accident ou d'une invalidité. Il faut entendre par soins de base l'aide nécessaire pour se lever, s'habiller, se baigner, prendre les repas, et pour d'autres activités physiques indispensables.
- 4910.01** Selon les circonstances locales, c'est le service paramédical de la commune, un service de soins à domicile ou une organisation d'aide à domicile, qui assume les soins ainsi que l'assistance et l'aide utile correspondante à domicile. Les frais facturés par les institutions reconnues par le canton peuvent être remboursés.
- 4910.02** Certaines organisations facturent les prestations fournies selon un tarif échelonné en fonction des éléments de revenu ou/et de fortune de leurs bénéficiaires. Si une telle organisation facture un tarif supérieur au tarif le plus bas à une personne bénéficiaire de PC, seuls les frais qui correspondent au tarif le plus bas peuvent être remboursés.
- 4910.03** S'agissant des frais de soins et de soins de base facturés par une institution reconnue par le canton, le tarif applicable est le tarif fixé par convention entre le canton, les assureurs et les fournisseurs de prestations. Si un montant supérieur est facturé, les frais supplémentaires ne peuvent être pris en charge par les PC.
- 4910.04** Si une institution n'est pas reconnue par le canton qui tient à jour une liste des institutions reconnues, aucun frais de soins ou de soins de base ne peut être remboursé.
- 4910.05** Les frais facturés par les institutions reconnues par le canton en matière d'aide à domicile (aide au ménage) peuvent être remboursés (ATF du 14.2.2006 en la cause F. p. 8/05).



- 4911** Les frais d'organismes publics ou d'utilité publique sont, en principe, pris en charge. Les frais d'organismes privés peuvent être remboursés dans la mesure où ils correspondent aux frais d'organismes publics ou d'utilité publique dans le lieu en question.
- 4912** S'agissant de la prise en compte de l'allocation pour impotent, cf. chap. 3.4, n<sup>os</sup> 3500 ss.
- 4913** Si des doutes existent quant à la nécessité ou à l'ampleur des soins, de l'aide et de l'assistance à domicile, la Caisse doit mettre en œuvre les investigations qui lui semblent nécessaires. Le cas échéant, elle réduit les frais à prendre en charge.
- 4913.01** En principe, la nécessité des soins, de l'aide et de l'assistance à domicile doit être attestée par un certificat médical. Cette pièce justificative doit être réclamée avant le premier remboursement de ces frais si elle n'était pas déjà jointe à la demande de remboursement. Par la suite, ce certificat doit être renouvelé selon l'appréciation de la situation opérée par la Caisse.
- 4914** Pour les personnes vivant à domicile au bénéfice d'une allocation pour impotent, les frais, dûment établis, inhérents à l'aide nécessaire ainsi qu'aux tâches d'assistance apportées dans la tenue du ménage sont remboursés jusqu'à concurrence de fr. 4800.- par année civile au plus.
- 4914.01** Lorsque l'aide est apportée par une personne qui vit dans le même ménage, dans la même entreprise agricole ou lorsque cette personne est comprise dans le calcul de la PC annuelle, aucun remboursement ne peut avoir lieu.
- 4914.02** Si l'aide provient d'une personne engagée par une institution reconnue par le canton, aucun remboursement selon ch. 4914 ne pourra être fait.
- 4914.03** Fr. 25.- au maximum peuvent être remboursés par heure effectuée.
- 4914.04** Si, en raison de son invalidité, une personne au bénéfice de PC a des difficultés à effectuer les travaux ménagers nécessaires (faire la cuisine, nettoyage, lessive, etc.), elle peut faire valoir les dépenses dûment prouvées, inhérentes à l'aide apportée par un tiers, jusqu'à concurrence de fr. 4800.- par année civile. Au besoin, la Caisse peut exiger du requérant qu'il lui remette un certificat médical détaillé attestant de la nécessité d'une telle aide. La personne au bénéfice de PC doit dans tous les cas présenter des décomptes de salaire qui font clairement état du nombre d'heures de travail effectuées, des dates auxquelles le travail a été accompli et de la nature des tâches exécutées.
- 4914.05** Lorsque dans un couple les deux conjoints sont bénéficiaires d'une allocation pour impotent, un montant maximum de fr. 9600.- peut être remboursé au couple. Dans ce cas, il est toutefois important de s'assurer que le travail effectué n'est pas facturé à double (par ex. nettoyage des fenêtres).
- 4915** Les frais pour l'aide et l'assistance nécessaire à domicile peuvent être remboursés en sus des coûts prévus aux n<sup>os</sup> 4910, 4920 et 4930. Le montant maximum prévu pour le remboursement total des frais de maladie et d'invalidité (v. n<sup>os</sup> 3200 et 3201) ne saurait toutefois être dépassé.
- 4916** Ne sont pas inclus dans le remboursement des frais d'aide et d'assistance à domicile (aide au ménage, aide familiale, etc.) les coûts qui sont déjà couverts par la contribution d'assistance. La consultation du dossier de l'office AI est nécessaire pour répertorier les coûts ci-dessus qui doivent être exclus. Pour ce qui a trait à la contribution d'assistance il y a lieu de se référer au n° 3610.

**4917** En raison du risque élevé de confusion dû au libellé désignant chacune des différentes prestations fournies, la Caisse doit, préalablement au remboursement des frais, s'assurer qu'il s'agit effectivement de frais remboursables d'aide, de soins et d'assistance (v. n<sup>os</sup> 4910 et 4916.03) et quels sont les montants maximums déterminants pour chaque catégorie de coûts. Une attention toute particulière doit être portée aux termes „aide familiale“ et „assistance aux familles“.

#### **4.9.2 Frais pour personnel soignant engagé directement** (art. 15 RMPC)

**4920** Pour les bénéficiaires d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave vivant à domicile, les frais pour personnel soignant engagé directement peuvent être remboursés dans la mesure où les frais de soins et d'assistance ne peuvent être assumés par une institution reconnue par le canton au sens de l'art. 51 OAMal.

**4921** Un organe désigné par le canton détermine, dans le cas concret, la part (p. ex. genre et durée en heure/jour) de soins et d'assistance qui ne peut être assumée par une institution reconnue par le canton. Il est également appelé à définir le profil de la personne à engager (p. ex. infirmière, aide familiale, personnel ne disposant d'aucune formation spécifique) ainsi que les coûts annuels à prendre en considération pour l'engagement d'une telle personne (salaire net + charges sociales de l'employeur + charges sociales de l'employé).

**4922** Si les prescriptions émises par l'organe au sens du n° 4921 ne sont pas respectées ou s'il n'a pas été fait appel à ce dernier, les frais ne sont pas remboursés.

**4923** Un remboursement des frais au sens du n° 4920 ne peut intervenir que si la personne soignante est engagée par l'assuré ou par son représentant légal sur la base d'un contrat de travail, qu'elle n'est pas mariée ou ne vit pas avec lui sous le régime du partenariat enregistré, qu'elle ne fait pas ménage commun ou n'est pas apparentée en ligne directe avec lui.

**4924** Les cotisations pour les assurances sociales obligatoires (AVS, AI, APG, AC, CAF, AA et PP) à charge de l'employeur ainsi que celles à charge de l'employé sont également assimilées à des frais qui, s'agissant du personnel soignant engagé directement, peuvent être intégrés dans le montant remboursable.

**4925** Dans les cas stables ou de maladies chroniques évolutives bien connues, il est exceptionnellement possible d'avancer les frais de soins et d'assistance à domicile qu'il y aura manifestement lieu de rembourser. Cette avance est versée chaque mois conjointement avec la PC annuelle (v. n<sup>os</sup> 2204s.). Ces cas feront l'objet d'une identification spécifique.

**4926** Pour fixer le montant de l'avance mensuelle, il faut procéder à un calcul fictif des frais prévisibles de soins et d'assistance à domicile. Lors de ce calcul, on déterminera si le montant maximum prévu par l'art. 14, al. 4 et 5, LPC ainsi que par l'art. 19b OPC peut être relevé dans ce cas d'espèce. Si tel est le cas, les déductions pour l'allocation pour impotent et, le cas échéant, pour la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI doivent être pris en compte dans le calcul fictif. Dans tous les cas, il faut éviter d'allouer une avance trop élevée dont il faudrait réclamer la restitution après le calcul définitif.

**4927** Pour la prise en compte de l'allocation pour impotent, cf. chap. 3.5, n<sup>os</sup> 3500 ss.

**4928** Pour la prise en compte de la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI, cf. chap. 3.6, n<sup>os</sup> 3600 ss.

**4929** Pour des exemples, cf. annexe III et VSI 2003, p. 404 ss.

### **4.9.3 Frais de soins et d'assistance dispensés par des membres de la famille**

(art. 16 RMPC)

**4930** Les frais pour des soins et des tâches d'assistance dispensés par des membres de la famille, aux bénéficiaires d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave vivant à domicile (= personnes assurées), ne peuvent être remboursés que si les conditions ci-après (n<sup>os</sup> 4930.01 – 4930.06) sont remplies cumulativement.

**4930.01** La personne soignante n'est pas prise en compte dans le calcul de la PC de la personne assurée.

**4930.02** La personne soignante subit, en raison des soins et des tâches d'assistance prodigués à la personne assurée, une perte de gain avérée et notable pendant une période prolongée. Cette perte de gain doit être attestée par le requérant.

**4930.03** Une perte de gain au sens de l'art. 16, al. 2, RMPC ne peut résulter que d'une diminution de l'activité lucrative, laquelle provoque de ce fait une réduction du revenu du travail. Par activité lucrative on entend tout travail produisant un revenu et exercé à titre dépendant ou indépendant en Suisse ou à l'étranger. La perte de gain doit résulter directement des soins prodigués et survenir au moment précis où les soins ont commencé.

**4930.04** La renonciation à des indemnités journalières ou à d'autres prestations de l'assurance-maladie, de l'assurance-accidents, de l'assurance-invalidité, de l'assurance-chômage ou d'autres assurances privées, de même que leur réduction ou leur suppression, ne sont pas considérées comme une perte de gain. Il en va de même pour les allocations pour perte de gain ou en cas de maternité.

**4930.05** La personne soignante a été engagée par la personne assurée ou par son représentant légal sur la base d'un contrat de travail.

**4930.06** La personne soignante est mariée avec la personne assurée, vit avec elle sous le régime du partenariat enregistré ou mène de fait une vie de couple avec elle ou est apparentée en ligne directe avec elle.

**4931** Le besoin de soins de la personne assurée doit être attesté par un certificat médical circonstancié. Ce certificat décrira clairement les soins à prodiguer et justifiera la nécessité des soins (descriptif détaillé des pertes de fonctions).

**4932** La Caisse peut s'adresser à l'organe compétent désigné par le canton qui fait alors le constat des soins et de l'assistance nécessaires à mettre en place pour le cas donné et susceptibles d'être remboursés. L'organe compétent a la possibilité d'émettre des directives concernant les soins et l'assistance à l'attention de la personne soignante. Si les directives ne sont pas respectées, les frais ne sont pas remboursés.

**4933** Les frais peuvent être remboursés au maximum jusqu'à concurrence de la perte de gain effective et attestée subie par la personne soignante.

**4934** Les cotisations pour les assurances sociales obligatoires (AVS, AI, APG, AC, CAF, AA et PP) à charge de l'employeur ainsi que celles à charge de l'employé sont également assimilées à des frais qui, s'agissant du personnel soignant engagé directement, peuvent intervenir au remboursement.

- 4935** Dans les cas stables ou de maladies chroniques évolutives bien connues, il est exceptionnellement possible d'avancer les frais de soins et d'assistance à domicile qu'il y aura manifestement lieu de rembourser. Cette avance est versée chaque mois avec la PC annuelle (v. n<sup>os</sup> 2204s.). Ces cas feront l'objet d'une identification spécifique.
- 4936** Pour fixer le montant de l'avance mensuelle, il faut procéder à un calcul fictif des frais prévisibles de soins et d'assistance à domicile par des membres de la famille. Lors de ce calcul, on déterminera si le montant maximum prévu par l'art. 14, al. 4 et 5, LPC ainsi que par l'art. 19b OPC-AVS/AI peut être relevé dans ce cas d'espèce. Si tel est le cas, les déductions pour l'allocation pour impotent et, le cas échéant, pour la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI doivent être pris en compte dans le calcul fictif. Dans tous les cas, il faut éviter d'allouer une avance trop élevée dont il faudrait réclamer la restitution après le calcul définitif.
- 4937** Pour la prise en compte de l'allocation pour impotent, cf. chap. 3.5, n<sup>os</sup> 3500 ss.
- 4938** Pour la prise en compte de la contribution d'assistance de l'AVS ou de l'AI, cf. chap. 3.6, n<sup>os</sup> 3600 ss.
- 4939** Pour des exemples, cf. Annexe III et VSI 2003, p. 404 ss.

#### **4.9.4 Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des personnes rentières AVS ou AI séjournant dans des structures de jour (art. 17 RMPC)**

- 4940** Les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des personnes rentières AVS ou AI séjournant dans un home de jour, un atelier d'occupation ou une structure de jour analogue sont remboursés:
- a) si la personne rentière y séjourne une demi-journée, soit de deux à cinq heures par jour;
  - b) si la personne rentière y séjourne une journée complète, soit plus de cinq heures par jour; et
  - c) si la structure de jour relève d'une institution reconnue par le canton.
- 4941** Les frais pour tables de jour et centres de loisirs ne peuvent être pris en charge.
- 4942** Des forfaits mensuels ne peuvent pas être remboursés.
- 4943** Des frais reconnus facturés selon le n<sup>o</sup> 4940, on déduira la part de revenu en nature correspondant aux repas (v. Annexe II, table 1) que la personne concernée reçoit dans la structure de jour.
- 4944** Si la personne concernée est au bénéfice d'une allocation pour impotent, cette dernière ne doit pas être déduite des frais établis selon le n<sup>o</sup> 4940.
- 4945** Pour les personnes rentières AVS, les frais pris en compte sont limités à 40 francs au plus par journée complète passée dans la structure de jour et à 30 francs au plus pour la demi-journée. Pour les personnes rentières AI, les frais pris en compte sont limités à 45 francs au plus par journée complète passée dans la structure de jour et à 15 francs au plus pour la demi-journée.
- 4946** Lorsqu'une personne qui fréquente une structure de jour vit dans un home et que le calcul de la PC s'effectue selon l'art. 10, al. 2, LPC (calcul home), on ne peut rembourser aucun frais de soins et d'assistance en relation avec le séjour dans une structure de jour.

#### **4.9.5 Frais pour traitement ambulatoire dans un hôpital ou dans un home médicalisé**

- 4950** On est en présence d'un traitement ambulatoire dans un hôpital ou dans un home médicalisé lorsque le traitement a lieu dans un tel établissement sans que le patient n'y séjourne, c'est à dire y passe au moins une nuit. Pour le remboursement des frais encourus afférents, on applique par analogie le n° 4730 (RCC 1988, p. 94).

#### **4.9.6 Soins médicaux des pieds (podologie)** (art. 17a RMPC)

- 4960** Les frais dûment établis pour les soins médicaux des pieds (podologie) sont remboursés dans la mesure où ils sont dispensés par un podologue.
- 4961** Le podologue doit disposer d'une autorisation de pratiquer selon l'ordonnance sur l'exercice des professions de la santé et leur surveillance, et être inscrit au registre cantonal de la profession. Demeurent réservés les cas prévus aux n<sup>os</sup> 3121 ss.
- 4962** Les frais pris en compte sont limités à fr. 85.- par traitement.

## **5 Remise ou financement de moyens auxiliaires, d'appareils auxiliaires de soins et d'appareils de traitement**

(art. 19 RMPC)

### **5.1 Dispositions générales**

**5100** Les moyens auxiliaires, appareils auxiliaires de soins et appareils de traitement (désignés ci-après par moyens auxiliaires) qui peuvent être remis en prêt ou payés figurent sur les listes des Annexes 1 et 2 du RMPC.

**5101** En outre, les moyens auxiliaires qui figurent dans l'annexe de l'OMAV peuvent être cofinancés si l'AVS a offert une contribution aux coûts. La rémunération par les PC s'élève à un tiers de la participation aux frais de l'AVS. Le remboursement, additionné à la contribution de l'AVS, ne peut toutefois dépasser le montant total effectif du moyen auxiliaire.

Exemple:

*Une perruque a coûté fr. 2000.-. L'AVS a payé fr. 1000.-. Les FM paient un tiers de fr. 1000.- = fr. 333.35.*

**5102** Si l'AVS ne peut contribuer aux coûts, un droit au remboursement ne peut pas non plus intervenir dans le cadre des frais de maladie et d'invalidité.

**5103** Peuvent également être remboursés les moyens auxiliaires mis en place lors d'une opération chirurgicale (p. ex. pacemaker, prothèses d'articulation, valvules artificielles du cœur, etc.). (art. 19, al. 3, RMPC)

### **5.2 Prestations d'assurance**

**5200** Les frais ne peuvent être pris en charge que si aucun droit envers l'AI, l'assurance-maladie ou une autre assurance n'existe. Il faut avant tout vérifier, dans le cas des bénéficiaires de rentes AI, si le moyen auxiliaire ne peut pas être remis ou financé par l'AI.

Si un droit existe envers l'AVS sur la base de l'article 4 OMAV (garantie des droits acquis), aucun remboursement ne saurait également intervenir.

### **5.3 Lors d'un excédent des revenus**

**5300** En présence d'un excédent des revenus (revenus déterminants supérieurs aux dépenses reconnues) lors du calcul des prestations complémentaires annuelles, le remboursement s'opère selon le principe décrit au n° 3206. Pour les moyens auxiliaires remis en prêt, le remboursement ne peut intervenir qu'à la fin de l'année civile concernée. Par conséquent, les frais de location pour l'année en cours ne seront décomptés et remboursés qu'au début de l'année civile suivante si le droit au remboursement n'est pas clairement établi.

### **5.4 Remise à titre de prêt**

**5400** Les moyens auxiliaires qui figurent sur la liste (art. A1-1 et A1-2, RMPC) et sont pourvus d'un \*\* ne peuvent être remis qu'à titre de prêt.

- 5401** Si le moyen ou appareil auxiliaire remis à titre de prêt n'a pas été retiré chez un fournisseur contractuel, les frais de location ne peuvent pas être remboursés. (art. 21, al. 2, RMPC)
- 5402** Le déroulement de la procédure relative à la remise en prêt des appareils auxiliaires prévue par le RMPC est réglé par la Caisse en application de l'art. 5, al. 3, RPC. La Caisse détermine la procédure à suivre d'entente avec le fournisseur contractuel („fournisseur de moyens auxiliaires“) et met à disposition, le cas échéant, les formulaires à cet effet. Le bénéficiaire de PC qui n'aurait pas connaissance du fournisseur contractuel disposant du matériel répondant à ses besoins doit prendre contact avec la Caisse avant de se faire remettre le moyen auxiliaire en prêt. La Caisse lui indiquera le nom du fournisseur compétent.
- 5403** Si le moyen ou l'appareil auxiliaire à remettre à titre de prêt est disponible auprès d'un fournisseur contractuel, l'assuré ne peut prétendre à l'obtention d'un appareil neuf. (art. 21, al. 3, RMPC)
- 5404** Si le moyen auxiliaire à remettre à titre de prêt n'est pas disponible auprès d'un fournisseur contractuel ou si sa livraison ne peut avoir lieu dans un délai raisonnable, le bénéficiaire de PC peut l'acquérir auprès d'un autre fournisseur. Les frais d'achats de ce moyen auxiliaire ne sont toutefois remboursés que dans la mesure où le bénéficiaire de PC a informé la Caisse de cet état de fait avant l'achat et que celle-ci a donné son accord à la prise en charge de celui-ci. Une location auprès d'un prestataire tiers ne peut pas être remboursée.
- 5405** La Caisse tient une liste de tous les moyens et appareils auxiliaires remis à titre de prêt. Si les conditions requises pour la remise d'un moyen auxiliaire ne sont plus remplies ou si la personne assurée vient à décéder, la Caisse doit faire en sorte de récupérer le moyen auxiliaire.

## **5.5 Autres détails concernant le droit**

### **5.5.1 Qualité des moyens auxiliaires**

(art. 19, al. 5, RMPC)

- 5510** Les frais ne peuvent être pris en compte que dans la mesure où l'achat par l'assuré d'un moyen auxiliaire qui ne peut être remis en prêt porte sur un modèle simple et adéquat. S'il s'agit d'un modèle plus cher, les frais supplémentaires ne sont pas pris en considération.
- 5511** Les frais de location sont remboursés pour autant qu'il s'agisse d'un modèle simple et adéquat.

### **5.5.2 Attestation**

(art. 20, al. 1, RMPC)

- 5520** Lorsqu'il semble douteux que le moyen auxiliaire ou l'appareil auxiliaire soit nécessaire ou qu'il s'agisse d'un modèle simple et adéquat, il convient d'exiger de l'assuré qu'il produise une attestation d'un médecin. Au besoin, le cas pourra être soumis à des institutions spécialisées dans l'aide aux invalides ou à la vieillesse ou encore à l'office AI compétent.

#### • Renonciation à une attestation pour le remboursement des frais

**5521** S'il est permis de penser que les coûts engagés pour l'obtention d'une attestation dépasseront le montant des frais effectifs du moyen auxiliaire qui pourraient encore être pris en charge, il sera renoncé à l'attestation si les indications fournies par l'assuré sont dignes de foi.

#### • Frais d'attestation, d'expertises, d'examens et d'adaptation

**5522** Ces frais sont – pour autant qu'ils ne doivent pas être assumés par une assurance-maladie ou une autre assurance – remboursables au sens de l'art. 14, al. 1, LPC, et cela indépendamment de la question de savoir si, vu l'attestation ou l'expertise, l'appareil sera remis en prêt ou si les frais pour le moyen auxiliaire peuvent être retenus ou non. Les frais d'attestation et d'expertises doivent en tout premier être débités sur le montant destiné au remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

### 5.5.3 Frais de location

**5530** Le cas échéant, sont aussi pris en compte, dans le cadre du montant destiné au remboursement des frais de maladie et d'invalidité, les frais de location pour des moyens auxiliaires qui ne peuvent pas être remis en prêt (v. listes dans l'Annexe du RMPC). Les frais de location doivent être additionnés au fur et à mesure, mais leur remboursement ne peut excéder le montant du prix d'achat au commencement de la location.

### 5.5.4 Entraînement à l'utilisation

(art.19, al. 6, RMPC)

**5540** Si l'utilisation du moyen auxiliaire exige de l'assuré un entraînement spécial, les frais qui en résultent seront également pris en compte. De simples instructions techniques ou des indications relatives à l'emploi d'un moyen auxiliaire font partie des obligations du fournisseur et ne donnent pas lieu à un remboursement supplémentaire.

**5541** Les dispositions de l'assurance-invalidité s'appliquent par analogie au remboursement des dépenses résultant d'un entraînement particulier à l'emploi d'un moyen auxiliaire.

### 5.5.5 Frais d'exploitation et d'entretien

**5550** Les frais dûment établis relatifs à l'exploitation et à l'entretien d'un moyen auxiliaire sont aussi pris en compte dans le cadre du montant destiné au remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

#### • Réparations

**5551** Les frais de réparations dûment établis relatifs à des moyens auxiliaires ou à des appareils auxiliaires auxquels les PC confèrent un droit sont pris en compte dans le cadre du montant destiné au remboursement des frais de maladie et d'invalidité dans la mesure où

- ils sont nécessaires en dépit d'une utilisation ou d'un entretien soigneux de l'objet;
- aucun tiers n'est tenu de les payer ou de les remplacer (p. ex. l'assurance invalidité ou le vendeur qui a donné une garantie);
- ils ne sont pas causés par une faute grave de l'assuré.

**5552** Sont également remboursés les frais pour une réadaptation qui devient éventuellement nécessaire en cours d'utilisation ainsi que pour un renouvellement partiel des moyens auxiliaires.



**5553** Les dispositions de l'assurance-invalidité s'appliquent par analogie au remboursement des frais de réparation, d'adaptation et de renouvellement d'un moyen auxiliaire.

### **5.5.6 Séjour dans un home**

(art. 19, al. 4, RMPC)

**5560** Les appareils auxiliaires de soins et les appareils de traitement ne peuvent pas être remis aux personnes séjournant dans un home.

## **5.6 Dispositions spéciales concernant certains moyens auxiliaires**

### **5.6.1 Lunettes ou verres de contact après opération de la cataracte**

(art. A1-1, al. 3, RMPC)

**5610** Après une opération de la cataracte, une participation aux frais pour des lunettes ou des verres de contact peut être allouée jusqu'à concurrence de fr. 500.-. Cette participation se limite en règle générale à une seule paire de lunettes dont l'usage ou l'adaptation sont rendus nécessaires à la suite de l'opération et n'est versée qu'une seule fois dans la vie d'un assuré.

**5611** Au besoin, il est possible de prendre en considération des lunettes avec des verres progressifs ou avec des verres correcteurs pour la myopie ou l'hypermétropie. Le montant maximum alloué dans ces cas reste cependant fixé à fr. 500.-.

**5612** Lorsque l'œil droit et l'œil gauche nécessitent chacun une opération de la cataracte mais que ces deux opérations ne peuvent avoir lieu en même temps, le montant maximum de fr. 500.- à verser pour l'achat de lunettes ou de verres de contact doit être alloué directement après la première opération. Des frais d'adaptation des lunettes à la suite de la seconde opération ne peuvent être remboursés que si le montant maximum n'a pas été entièrement utilisé à l'issue de la première opération.

Exemple:

*Lunettes après opération de l'œil gauche:*

1. facture de l'opticien: fr. 450.-

*Adaptation des lunettes après opération de l'œil droit:*

2. facture de l'opticien: fr. 150.-

*Comme le remboursement de la 1<sup>ère</sup> facture n'atteignait pas le montant maximum, il est encore possible d'allouer fr. 50.- sur le montant de la 2<sup>ème</sup> facture. Le montant résiduel de fr. 100.- n'est pas remboursé.*

**5613** Lorsque la vue du patient ne s'est pas encore stabilisée après l'opération de la cataracte et que cette situation nécessite un nouveau changement de ses lunettes, les frais y relatifs ne peuvent être remboursés que si le montant maximum de fr. 500.- n'a pas été encore entièrement utilisé.

Exemple:

*Lunettes après opération de l'œil gauche:*

1. facture de l'opticien: fr. 310.-

*Adaptation des lunettes après opération de l'œil droit:*

2. facture de l'opticien: fr. 150.-

*Frais pour un nouveau verre et montage:*

3. facture de l'opticien: fr. 150.-

*Comme les remboursements de la 1<sup>ère</sup> et de la 2<sup>ème</sup> factures n'atteignaient pas le montant maximum, il est encore possible d'allouer fr. 40.- sur le montant de la 3<sup>ème</sup> facture. Le montant résiduel de fr. 110.- n'est pas remboursé.*

- 5614** La participation aux frais n'est allouée que si la personne assurée remet à la Caisse la facture détaillée de l'opticien, une copie de l'ordonnance prescrivant les lunettes ou les verres de contact et une attestation de l'ophtalmologue traitant relative à l'opération de la cataracte subie. Cette attestation doit clairement indiquer la date de l'intervention chirurgicale et l'œil qui a été opéré.

### **5.6.2 Lits électriques (lits médicalisés)**

(art. A1-2, al. 1, let. e, RMPC)

- 5620** Des lits électriques sont mis à disposition des assurés dans le cadre des PC si leur nécessité aux soins à domicile est attestée par un médecin. Les assurés séjournant dans un home ne peuvent, en revanche, recevoir de tels accessoires.
- 5621** Les lits électriques sont remis en prêt aux bénéficiaires de PC par les centres de location avec lesquels le canton a conclu des conventions tarifaires. Les frais de location sont débités sur le montant destiné au remboursement des frais de maladie et d'invalidité du bénéficiaire.
- 5622** Les frais de transport pour le lit électrique (au domicile de l'assuré et au retour au centre de location) peuvent également être facturés à la Caisse sur le montant destiné au remboursement des frais de maladie et d'invalidité.
- 5623** Si la location d'un lit électrique nécessite également la mise à disposition d'un nouveau matelas et si ce dernier est remis en prêt par le fournisseur contractuel avec le lit, le montant de la location du matelas est également remboursé au bénéficiaire de PC. Dans ce cas, le terme „lit électrique“, au sens de l'art. A1-2, al. 1, let. e, RMPC inclut aussi le matelas eu égard aux dispositions sur le remboursement.
- 5624** Si un assuré cesse d'avoir droit à une PC, il doit supporter lui-même les frais de location. Le n° 5300 demeure réservé.
- 5625** La Caisse informe le centre de location de la suppression du droit à une PC. Cependant, si les excédents de revenu d'une personne assurée sont inférieurs aux coûts d'un lit électrique, ces derniers (location, transport) continueront à être mis entièrement à la charge des PC.

### **5.6.3 Appareils de traitement ou de soins**

(art. A1-2 RMPC)

- 5630** Les appareils de traitement et de soins au sens de l'art. A1-2 RMPC ne sont remis en prêt que pour les soins à domicile. (art. 19, al. 4, RMPC)

## **6 Moyens auxiliaires pour le maintien à domicile**

(art. 22 RMPC)

### **6.1 Dispositions générales**

- 6100** Les frais de moyens auxiliaires dont le but essentiel est de favoriser le maintien à domicile sont remboursés. Seuls les moyens auxiliaires simples et adéquats dont le but essentiel est de favoriser le maintien à domicile, énumérés dans l'Annexe 2 du RMPC, sont pris en compte.
- 6101** La justification des frais de moyens auxiliaires destinés à favoriser le maintien à domicile doit être apportée à la Caisse par la présentation de la facture accompagnée d'un certificat médical.
- 6102** Les moyens auxiliaires figurant dans la liste des moyens auxiliaires favorisant le maintien à domicile, art. A2-1, al. 2, RMPC, sous le titre „adaptations d'appartements“, ne sont remboursés que dans la mesure où une des personnes prise en compte dans le calcul des prestations complémentaires annuelles:
- a) est propriétaire de l'appartement modifié; ou
  - b) dispose d'un usufruit sur cet appartement, inscrit au registre foncier; ou
  - c) dispose d'un droit d'habitation en sa faveur pour cet appartement, inscrit au registre foncier.
- 6103** Le montant maximum admis pour le remboursement des frais selon le n° 6100 se calcule d'après le n° 3209. (v. Annexe I, table 3)
- 6104** Les n<sup>os</sup> 5200 à 5560 sont applicables par analogie.

### **6.2 Dispositions spéciales concernant certains moyens auxiliaires**

#### **6.2.1 Téléalarme**

(art. A2-1, al. 3, let. f, RMPC)

- 6210** Les frais de location ou le prix d'achat d'un téléalarme peuvent être remboursés. Qu'il s'agisse d'une location ou d'un achat, seuls les frais liés à l'acquisition de l'appareil (bracelet émetteur et station de base) sont pris en compte.
- 6211** Les autres frais générés par le téléalarme (p. ex. frais d'installation, interventions en cas d'alarme) ne sont pas remboursés.

## 7 Entrée en vigueur et droit transitoire

- 7100** Les présentes directives entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2019.
- 7101** Toutes les décisions et garanties de prise en charge des frais rendues entre le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 30 juin 2019 sont maintenues, même si les présentes directives devaient régler de manière différente la requête y relative. Toutes les décisions qui déploient leurs effets après le 1<sup>er</sup> juillet 2019 doivent être révisées. Ce faisant, il faut veiller à ne pas créer d'insécurité juridique et à ne pas violer le principe général de la bonne foi.
- 7102** Toutes les demandes relatives à un remboursement des frais de maladie et d'invalidité reçues jusqu'à l'introduction et à l'entrée en vigueur de cette directive et pour lesquelles il n'a pas encore été statué jusqu'au 30 juin 2019, doivent être traitées selon la pratique appliquée jusqu'à cette date si celle-ci est plus favorable pour le requérant. Pour ces cas, les dispositions pertinentes du RMPC pour les années correspondantes ainsi que les tarifs y relatifs sont applicables.

Ainsi adopté le 29 mai 2019 par le Département de la santé, des affaires sociales et de la culture.



La cheffe du Département  
Esther Waeber-Kalbermatten

## Annexe I

### Montants destinés au remboursement des frais de maladie et d'invalidité

Tableau 1

Etat 1.1.2019

	Personnes vivant à domicile (Art. 14, al. 3, let a, LPC)	Pensionnaires (Art. 14, al. 3, let. b, LPC )
- Personnes seules	25'000	6'000
- Personnes veuves	25'000	6'000
- Conjointes de personnes vivant dans un home	25'000	6'000
- Couples (les deux conjoints à domicile ou les deux conjoints dans un home)	50'000	6'000 par conjoint
- Orphelins de père et de mère	10'000	6'000
- Enfants vivant séparés (art. 4, al. 1, let. b, OPC ou art. 7, al. 1, let. c, OPC)	10'000	6'000
- Autres enfants, chacun	- *	6'000
	*(compris dans le montant du parent ou du couple)	

Pour les personnes vivant à domicile et bénéficiant d'une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA de degré moyen ou grave, les montants prévus au tableau 1 peuvent être augmentés pour le remboursement des frais de soins et d'assistance (v. art. 14, al. 4, LPC, et art. 19b, OPC). Une augmentation est également possible en cas de versement d'une allocation pour impotent de l'AVS ayant succédé à une allocation pour impotent de l'AI versée en raison d'une impotence de degré moyen ou grave (art. 14, al. 5, LPC).

Tableau 2

Etat 1.1.2019

	<b>Augmentation</b>	<b>Montant max.</b> (personnes à domicile)
Personnes seules et veuves		
<i>si impotence grave</i>	+ 65 000	90 000
<i>si impotence moyenne</i>	+ 35 000	60 000
Conjoints de personnes dans un home		
<i>si impotence grave</i>	+ 65 000	90 000
<i>si impotence moyenne</i>	+ 35 000	60 000
Couples (les deux à domicile)		
<i>les deux conjoints grave</i>	+ 130 000	180 000
<i>les deux conjoints moyenne</i>	+ 70 000	120 000
<i>un conjoint impotence grave, l'autre moyenne</i>	+ 100 000	150 000
<i>seul un conjoint grave</i>	+ 65 000	115 000
<i>seul un conjoint moyenne</i>	+ 35 000	85 000
Orphelins de père et mère	pas d'augmentation	10 000
Enfant vivant séparé	pas d'augmentation	10 000
autres enfants	pas d'augmentation	– *
		*(compris dans le montant du parent concerné ou du couple)

**Montant maximal pour les moyens auxiliaires favorisant le maintien à domicile**  
(art. 20 al. 1 RPC)

**Tableau 3**

Etat 1.1.2019

	Personnes vivant à domicile
- Personnes seules	6'808
- Personnes veuves	6'808
- Conjoint de personnes vivant dans un home	6'808
- Couples (les deux conjoints à domicile ou les deux conjoints dans un home)	6'808 par conjoint
- Orphelins de père et de mère	6'808
- Enfants vivant séparés (art. 4, al. 1, let. b, OPC ou art. 7, al. 1, let. c, OPC)	6'808
- Autres enfants, chacun	- *
	*(compris dans le montant du parent ou du couple)

## Annexe II

### Montants de référence pour la détermination des frais de maladie et d'invalidité remboursables

Tableau 1

Etat 1.1.2019

Le revenu en nature est évalué selon les taux prévus dans l'AVS (art. 11 RAVS), à savoir:

Revenu en nature	par jour	par mois	par année
Nourriture et logement	33	990	11880
petit déjeuner	3.50	105	1260
repas de midi	10	300	3600
repas du soir	8	240	2880
logement	11.50	345	4140



## Annexe III

### **Augmentation des montants maximaux destinés au FM**

(art. 14 al. 4 et 5 LPC ainsi que l'art. 19b OPC)

Lorsque les frais de soins et d'assistance sont plus élevés que :

- l'allocation pour impotent de l'AI
- l'allocation pour impotent de l'AA
- l'allocation pour impotent de l'AI + de l'AA
- l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA + de la contribution d'assistance de l'AI ou de l'AVS

et que le montant maximal des frais de maladie et d'invalidité selon l'art. 14, al. 3 LPC

- fr. 25'000.- pour une personne seule
- fr. 50'000.- pour un couple

avant déduction de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance, ne suffit pas à rembourser la totalité des frais, le montant maximal pour les personnes vivant à domicile avec une allocation pour impotent de l'AI ou l'AA est dé plafonné. L'augmentation subsiste pour les personnes bénéficiant d'une allocation pour impotent de l'AVS qui percevaient auparavant une allocation pour impotent de l'AI.

Voir les montants maximaux sur l'annexe I, tableau 2.

Les règles susmentionnées ne s'appliquent pas pour les frais d'aide et d'assistance à domicile (aide au ménage, aide de la famille, etc.). Ces frais ne sont pas pris en compte pour l'augmentation des montants maximaux. Ici sont toujours valables les montants maximaux selon l'art. 14 al. 3 LPC.

En cas d'augmentation du montant maximal, l'allocation pour impotent et/ou la contribution d'assistance est portée en déduction des frais dûment établis, pour les frais de soins et d'assistance. Pour éviter que la règle du relèvement ne vienne préteriter les assurés, le remboursement ne peut descendre au-dessous du montant maximal selon l'art. 14, al. 3 LPC. Les exemples suivants sont destinés à clarifier cette règle.

Une déduction de l'allocation pour impotent ne peut intervenir que sur les frais prévus aux art. 14 à 16 du RMPC et ne saurait être opérée sur les frais survenus dans les structures de jour selon l'art. 17 du RMPC. En effet, la tâche principale des structures de jour a trait à l'accompagnement et à l'occupation des personnes invalides qui y séjournent. La portée des prestations liées aux soins est marginale.

## Liste de contrôle pour les conditions de base pour une augmentation :

1. La personne soignée vit à la maison et est au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AI ou de l'AA moyenne ou grave ? Droit acquis pour l'allocation pour impotent de l'AVS moyenne ou grave ?
2. Les frais de soins et d'assistance sont-ils plus élevés que l'allocation pour impotent annuelle + la contribution d'assistance ?
3. La totalité des frais médicaux annuels sont-ils plus élevés que les montants maximaux selon l'art. 14, al. 3 LPC ?
4. Si tous les points de 1 à 3 sont remplis, les montants maximaux sont augmentés à fr. 60'000.- / fr. 90'000.-. Ce montant maximal est disponible pour la totalité des frais médicaux et non pas seulement pour les frais de soins et d'assistance !

## Exemples relatifs au relèvement des montants maximaux pour les FM

(art. 14, al. 4 et 5 LPC ainsi que l'art. 19b OPC)

### Commentaire sur les exemples :

*Il s'agit d'une personne seule, au bénéfice d'une allocation pour impotent de l'AI arrondie de fr. 22'000.00 par année (montant effectif pour 2014 : fr. 22'464 pour une allocation pour impotent grave).*

*Pour les exemples, avec une contribution d'assistance de l'AI, fr. 15'000.- par année est prise en compte.*

### Exemple 1 (sans contribution d'assistance)

Les frais sont :

Aide à la maison	4'800
Dentiste	10'200
<u>Soins et assistance</u>	<u>23'000</u>
Total	38'000

*Les frais de soins et d'assistance sont plus élevés que l'allocation pour impotent (fr. 22'000.00) et le montant de fr. 25'000.00 (avant déduction de l'allocation pour impotent) ne suffit pas à couvrir la totalité des frais. Ainsi le montant de fr. 25'000.00 est augmenté à fr. 90'000.00. Après déduction de l'allocation pour impotent seuls fr. 16'000.00 pourraient être remboursés (= fr. 23'000.00 – fr. 22'000.00 + fr. 4'800.00 + fr. 10'200.00). Mais grâce à la garantie minimale octroyée (Le montant maximal selon l'Art. 14, al. 3 LPC ne peut pas être diminué), fr. 25'000.00 pourront être remboursés au total.*

### **Exemple 1a (avec contribution d'assistance)**

Les frais sont :

Aide à la maison	4'800
Dentiste	10'200
<u>Soins et assistance</u>	<u>23'000</u>
Total	38'000

Les frais de soins et d'assistance (fr. 23'000.00) sont moins élevés que l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance (fr. 22'000.00 + fr. 15'000.00 = fr. 37'000.00). Ainsi cette situation n'est pas conforme aux conditions de base pour l'augmentation des montants maximaux selon l'art. 14 al. 4 LPC. Les frais de soins et d'assistance sont couverts par l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance de l'AVS ou l'Al. Un maximum de fr. 25'000.00 pourra être remboursé pour la totalité des frais de maladie et d'invalidité.

### **Exemple 2 (avec contribution d'assistance)**

Les frais sont :

Aide à la maison	4'800
Dentiste	10'200
<u>Soins et assistance</u>	<u>40'000</u>
Total	55'000

Les frais de soins et d'assistance (fr. 40'000.00) sont plus élevés que l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance (fr. 22'000.00 + fr. 15'000.00 = fr. 37'000.00); le montant de fr. 25'000.00 (avant déduction de l'allocation pour impotent et de la contribution d'assistance) ne suffit pas à couvrir la totalité des frais. Ainsi la limite de fr. 25'000.00 est augmentée à fr. 90'000.00. Après déduction de l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance seuls fr. 18'000.00 pourraient être remboursés (= fr. 40'000 – fr. 37'000.00 + fr. 4'800.00 + fr. 10'200.00). Mais grâce à la garantie minimale octroyée (Le montant maximal selon l'Art. 14, al. 3 LPC ne peut pas être diminué), fr. 25'000.00 pourront être remboursés au total.

### **Exemple 3 (sans contribution d'assistance)**

Les frais sont :

<u>Soins et assistance</u>	<u>23'000</u>
Total	23'000

Les frais de soins et d'assistance sont plus élevés que l'allocation pour impotent (fr. 22'000.00), cependant le montant de fr. 25'000.00 (avant déduction de l'allocation pour impotent) couvre la totalité des frais. Dès lors, il n'y a pas d'augmentation de la limite de fr. 25'000.00. L'allocation pour impotent n'est pas déduite. Le montant de fr. 23'000.00 est remboursé.

Prise en compte de nouveaux frais dentaires d'un montant de fr. 10'200.00

Soins et assistance	23'000
<u>Dentiste</u>	<u>10'200</u>
Total	33'200

Les frais de soins et d'assistance sont plus élevés que l'allocation pour impotent (fr. 22'000.00); le montant de fr. 25'000.00 (avant déduction de l'allocation pour impotent) ne suffit pas à couvrir la totalité des frais. Ainsi la limite de fr. 25'000.00 est augmentée à fr. 90'000.00. Après déduction de l'allocation pour impotent seuls fr. 11'200.00 pourraient être remboursés (= fr. 23'000 – fr. 22'000.00 + fr. 10'200.00). Mais grâce à la garantie minimale octroyée (Le montant maximal selon l'Art. 14, al. 3 LPC ne peut pas être diminué), fr. 25'000.00 pourront être remboursés au total. Comme le montant de fr. 23'000.00 a déjà été versé, nous pouvons encore verser fr. 2'000.00. D'autres remboursements des frais de maladie et d'invalidité sont encore possible.

### **Exemple 3a (avec contribution d'assistance)**

Les frais sont :

Soins et assistance	<u>23'000</u>
Total	23'000

Les frais de soins et d'assistance (fr. 23'000.00) sont moins élevés que la somme de l'allocation pour impotent + la contribution d'assistance (fr. 22'000.00 + fr. 15'000.00 = fr. 37'000.00). Le montant de fr. 25'000.00 (avant déduction de l'allocation pour impotent + la contribution d'assistance) couvre la totalité des frais. Dès lors, il n'y a pas d'augmentation de la limite de fr. 25'000.00. Le montant de fr. 23'000.00 est remboursé.

Prise en compte de nouveaux frais dentaires d'un montant de fr. 10'200.00

Soins et assistance	23'000
Dentiste	<u>10'200</u>
Total	33'200

Les frais de soins et d'assistance (fr. 23'000.00) sont moins élevés que la somme de l'allocation pour impotent + la contribution d'assistance (fr. 22'000.00 + fr. 15'000.00 = fr. 37'000.00). Ainsi cette situation n'est pas conforme aux conditions de base pour l'augmentation des montants maximaux selon l'art. 14 al. 4 LPC. Les frais de soins et d'assistance sont couverts par l'allocation pour impotent et la contribution d'assistance de l'AVS ou l'AI. Un maximum de fr. 25'000.00 pourra être remboursé pour la totalité des frais de maladie et d'invalidité. Comme le montant de fr. 23'000.00 a déjà été versé, nous pouvons encore payer fr. 2'000.00. Si plus tard, des frais de maladie et d'invalidité sont présentés, ils ne pourront pas être remboursés. Toutefois, si les frais de soins et d'assistance changent, il faudra refaire le décompte.

## Annexe IV

### A1 Annexe 1 à l'article 19 alinéa 1 RMPC

#### A1.1 Liste des moyens auxiliaires et des appareils de traitement et de soins

##### Art. A1-1 Moyens auxiliaires

###### 1 **Orthèses:**

- a) orthèses du tronc: en cas d'insuffisance fonctionnelle de la colonne vertébrale se traduisant par d'importantes douleurs dorsales et par des altérations de la colonne vertébrale révélées par l'examen clinique et radiologique, si cette insuffisance ne peut être palliée par des mesures médicales, ou ne peut l'être qu'insuffisamment.

###### 2 **Chaussures:**

- a) retouches orthopédiques coûteuses/éléments orthopédiques incorporés aux chaussures de confection.

###### 3 **Lunettes ou verres de contact:**

- a) lunettes ou verres de contact après opération de la cataracte: pour les lunettes ou les verres de contact utilisés directement après l'opération de la cataracte un montant maximum de 500 francs est remboursé. Ce montant maximum est appliqué par personne et par paire d'yeux et n'est remboursé qu'une seule fois dans la vie d'un assuré.

###### 4 **Moyens auxiliaires pour les aveugles et graves handicapés de la vue:**

- a) cannes pour aveugles;
- b)\*\* chiens-guides pour aveugles, lorsqu'il est établi que l'assuré saura s'occuper d'un chien-guide et que, grâce à celui-ci, il sera capable de se déplacer seul hors de son domicile. Dans le cadre de l'article 19 RMPC, les frais de location sont remboursés selon la convention tarifaire des écoles pour chiens-guides avec l'assurance-invalidité;
- c)\*\* machines à écrire en braille;
- d) appareils d'écoute pour supports sonores permettant aux aveugles et aux personnes gravement handicapées de la vue d'écouter des textes enregistrés sur supports sonores. La contribution maximale s'élève à 200 francs.

\*\* Appareils à remettre à titre de prêt

###### 5 **Moyens auxiliaires permettant d'établir des contacts avec l'entourage:**

- a)\*\* appareils de communication électriques et électroniques pour les assurés gravement handicapés de la parole et de l'écriture qui dépendent d'un tel appareil pour entretenir des contacts quotidiens avec leur entourage et qui disposent des facultés intellectuelles et motrices nécessaires à son utilisation;
- b) appareils d'écoute pour supports sonores lorsque la personne paralysée qui ne peut pas lire de livres de façon indépendante a réellement besoin d'un tel appareil pour écouter des textes enregistrés sur des supports sonores. Le montant maximum s'élève à 200 francs;
- c)\*\* Tourneurs de page lorsque l'assuré remplissant les conditions fixées pour un appareil d'écoute pour supports sonores a besoin du tourneur de page en lieu et place d'un appareil d'écoute;

d)\*\* Dispositifs automatiques de commande du téléphone lorsque l'assuré très gravement paralysé, qui n'est ni hospitalisé, ni placé dans une institution spécialisée pour malades chroniques, ne peut établir des contacts avec son entourage qu'au moyen d'un tel dispositif.

\*\* Appareils à remettre à titre de prêt

## **Art. A1-2 Appareils de traitement ou de soins**

### **<sup>1</sup> Appareils de traitement ou de soins:**

a)\*\* appareils respiratoires destinés à pallier une insuffisance respiratoire;

b) inhalateurs;

c)\*\* installations sanitaires complémentaires automatiques lorsque l'assuré ne peut faire sa toilette qu'au moyen de cet appareil;

d)\*\* élévateurs pour malades s'il est attesté par un médecin qu'un tel moyen est indispensable pour les soins à domicile;

e)\*\* Lits électriques s'il est attesté par un médecin qu'un lit électrique est indispensable pour les soins à domicile;

f) Chaises percées;

g) Potences.

\*\* Appareils à remettre à titre de prêt

## **A2 Annexe 2 aux articles 19 et 22 RMPC**

### **Art. A2-1 Liste des moyens auxiliaires favorisant le maintien à domicile**

#### **<sup>1</sup> Adaptations de salle de bain, douches et WC:**

- a) barre d'appuis;
- b) main courante;
- c) lift pour baignoire;
- d) planche de bain;
- e) rehausse WC + accessoires;
- f) siège de douche.

#### **<sup>2</sup> Adaptations d'appartement:**

- a) lift d'escalier: seuls sont pris en compte les frais pour le matériel et le montage d'un lift d'escalier, dans la mesure où la personne suite, à son handicap, n'est pas en mesure d'utiliser l'escalier. Ces frais pour l'adaptation d'un appartement peuvent être remboursés seulement s'il n'y a pas un monte-escaliers électrique disponible et si aucun frais n'a été payé pour un monte-escaliers électrique dans le cadre des prestations complémentaires, dans les 5 dernières années;
- b) main courante: seuls sont pris en compte les frais pour le matériel et pour le montage de la main courante;
- c) douche: seuls sont pris en compte les frais pour le matériel et le montage d'une douche, dans la mesure où la baignoire existante est remplacée et qu'elle ne peut plus être utilisée par la personne suite à son handicap.

#### **<sup>3</sup> Autres moyens auxiliaires:**

- a) coussin anti-escarres;
- b) matelas pour prévenir les escarres;
- c) déambulateur fixe et à roulettes;
- d) planche de transfert en matière plastique;
- e) protections contre l'incontinence (alèses, culottes, protections, etc.);
- f) téléalarm (location ou achat);
- g) soulève drap;
- h) voyant lumineux pour malentendants;
- i) coussin ergonomique;
- j) monte-escalier électrique: les frais pour ce moyen auxiliaire peuvent être remboursés seulement s'il n'y a pas un lift d'escalier déjà installé et si aucun frais n'a été payé pour un lift d'escaliers dans le cadre des prestations complémentaires.