

Le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de PC

1. Le droit en général

a) Qui a droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité?

- Tous les **bénéficiaires d'une prestation complémentaire annuelle** peuvent prétendre au remboursement des frais de maladie et d'invalidité (art. 14 al. 1 LPC).
- Si une personne remplit les conditions générales donnant droit à une PC annuelle, mais sans en bénéficier en raison d'un **excédent des revenus** (revenus déterminants supérieurs aux dépenses reconnues), les frais de maladie et d'invalidité ne lui sont remboursés que dans la mesure où ils **dépassent** l'excédent des revenus (art. 14 al. 6 LPC).

<i>Exemple:</i> Excédent des revenus	2'000 francs
Frais de maladie	6'000 francs
Montant remboursé	4'000 francs

b) Principes généraux régissant le remboursement

- Ne sont remboursés que les frais **qui ne doivent pas être pris en charge par des tiers** (par exemple la caisse-maladie, l'assurance-accidents, l'AI) en vertu d'une obligation juridique.

Il incombe aux cantons de décider s'il est tenu compte ou non de l'octroi éventuel d'une **allocation pour impotent** versée au titre d'une personne vivant à domicile. Pour les cantons n'ayant pas encore réglé cette question, s'applique comme auparavant le principe, valable jusqu'à fin 2007, selon lequel il n'est pas tenu compte de l'allocation pour impotent (art. 3 aOMPC).

Lorsqu'une personne ayant d'importants frais de soins et d'assistance demande à se faire rembourser des frais dépassant 25'000 francs par année, l'allocation pour impotent est **prise en compte dans tous les cas**, c.-à-d. seuls les frais non couverts par l'allocation pour impotent sont pris en compte (art. 14 al. 4 LPC); unique cas où cela ne s'applique pas: si l'assurance-maladie, de son côté, a déjà pris en considération l'allocation pour impotent dans le calcul des frais de soins et d'assistance à rembourser.

- Ne sont remboursés, en règle générale, que les frais **survenus en Suisse**. Les cantons peuvent prévoir des exceptions, p. ex. lorsque la nécessité d'un traitement d'urgence est survenue à l'étranger ou lorsque ce traitement ne peut être dispensé qu'à l'étranger.
- Ne sont remboursés que les frais attestés par une **quittance** ou une **facture**.

c) Remboursement maximal par année (art. 14 al. 3 et 4 LPC)

- **Pour les personnes vivant à domicile**, les montants maximaux suivants peuvent être versés, par année civile, en plus de la PC annuelle (et indépendamment du montant de celle-ci), au titre du remboursement des frais de maladie et d'invalidité:

- Personnes seules ou veuves, conjoints de pensionnaires	25'000 frs
- Couples	50'000 frs
- Orphelins de père et de mère	10'000 frs

Les plafonds valables pour le remboursement des **frais de soins et d'assistance** non couverts par l'allocation pour impotent sont augmentés comme suit:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| - Personnes seules, bénéficiaires d'une allocation pour impotence grave | 90'000 frs |
| - Personnes seules, bénéficiaires d'une allocation pour impotence moyenne | 60'000 frs |
| - Couples, en cas d'impotence grave d'un conjoint | 115'000 frs |
| - Couples, en cas d'impotence grave des deux conjoints | 180'000 frs |
| - Couples, en cas d'impotence moyenne d'un conjoint | 85'000 frs |
| - Couples, en cas d'impotence moyenne des deux conjoints | 120'000 frs |
| - Couples, en cas d'impotence grave d'un conjoint et d'impotence moyenne de l'autre conjoint | 150'000 frs |
- Pour les **personnes vivant dans un home** (pensionnaires), un montant maximal de 6'000 francs par année civile peut être versé en plus de la PC annuelle.
 - Les cantons sont libres d'augmenter ces limites. Mais en l'état actuel des connaissances, aucun canton ne l'a fait.
 - Pour les **ressortissants étrangers** qui ne remplissent pas les conditions générales donnant droit à une PC, mais qui peuvent prétendre à une PC en lieu et place de la rente extraordinaire de l'AVS ou de l'AI à laquelle ils ont droit en vertu d'une convention de sécurité sociale, le plafond est moins élevé: le montant global de la prestation complémentaire annuelle, du remboursement des frais de maladie et de la rente AVS/AI partielle ne

dépassera pas le montant équivalent au **minimum de la rente ordinaire complète correspondante** (qui, par exemple, est de 13'260 francs par année pour les personnes seules).

d) Exercice du droit (art. 15 LPC)

- Le remboursement des frais de maladie et d'invalidité doit être demandé **dans les quinze mois** qui suivent l'établissement de la facture. En cas de décompte par une caisse-maladie, le délai de présentation commence à courir au moment où l'ayant droit a reçu le décompte en question.
- Si la demande visant une PC annuelle est présentée dans les six mois suivant la décision concernant une rente AVS ou AI et que la PC annuelle soit par la suite accordée à titre rétroactif, le délai de quinze mois pour le dépôt de la demande de remboursement des frais de maladie et d'invalidité commence à courir au moment où la décision concernant la PC a été prise.

e) Versement

Les frais sont en règle générale remboursés directement à la personne assurée. Les cantons peuvent en revanche prévoir de rembourser directement au fournisseur les frais facturés qui n'ont pas encore été acquittés (art. 14 al. 7 LPC).

2. Les frais remboursables en particulier

a) Principe

Selon la LPC, les cantons remboursent les frais liés aux prestations suivantes (art. 14 al. 1 LPC):

- Frais de traitement dentaire
- Frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile
- Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance dans des structures de jour
- Frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin
- Frais liés à un régime alimentaire particulier
- Frais de transport vers le centre de soins le plus proche
- Frais des moyens auxiliaires
- Frais payés au titre de la participation aux coûts de l'assurance obligatoire des soins

Les cantons peuvent prévoir le remboursement d'autres prestations allant au-delà de la liste des prestations ci-dessus.

À compter de 2008, il incombe aux cantons de préciser les conditions auxquelles les frais sont remboursés. Ils peuvent limiter le remboursement "aux dépenses nécessaires dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations" (art. 14 al. 2 LPC).

Il n'est pas possible d'énumérer ici toutes les différentes solutions cantonales. Jusqu'ici, certains cantons n'ont pas encore déterminé leur propre règlement (cantons de BE, LU, UR, OW, NW, FR, SO, AG, NE, GE, JU): selon la **disposition transitoire** de l'art. 34 LPC, les principes de l'ancienne **OMPC** (ordonnance relative au remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité en matière de prestations complémentaire) restent applicables à ces cantons. Ces principes sont les suivants:

b) Frais de traitement dentaire (art. 8 aOMPC)

- Les **frais de traitement dentaire** (frais de dentiste, travaux de technique dentaire, matériel et médicaments) ainsi que les **coûts pour dents artificielles** (couronnes, ponts, prothèses) sont remboursables dans le cadre des PC pour autant qu'il ne s'agit pas de prestations à prendre en charge à titre obligatoire par l'assurance-maladie, l'assurance-accidents ou l'assurance-invalidité.
- Les frais sont remboursés selon le tarif de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité.
- Les frais ne sont pris en compte que s'il s'agit d'un traitement **simple, économique et adéquat**. L'OFAS a édicté des directives en la matière. Avant d'entreprendre un traitement d'une certaine ampleur (c'est-à-dire lorsque son coût est supérieur à 3'000 francs), un devis détaillé est à soumettre pour approbation à l'organe PC.

c) Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance à domicile (art. 13, 13a, 13b aOMPC)

- Les **frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance** assumés par une **organisation Spitex** publique ou d'utilité publique reconnue selon les dispositions de l'assurance-maladie peuvent être remboursés dans le cadre des PC pour autant qu'ils ne doivent pas être pris en charge par l'assurance-maladie, l'assurance-accidents ou une autre assurance. 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.

- Si les **soins et l'assistance** sont dispensés par des **membres de la famille** et que lesdits membres de la famille subissent, en raison des soins et des tâches d'assistance, une perte de gain notable et dûment prouvée pendant une période prolongée, ces frais peuvent être remboursés au maximum jusqu'à concurrence de la perte de gain subie. Ils ne sont pas remboursés si les membres de la famille qui dispensent les soins sont pris en compte dans le calcul des PC.
- Si les **soins et l'assistance** sont dispensés par **du personnel soignant engagé sur la base d'un contrat de travail**, les frais peuvent également être remboursés, mais uniquement aux bénéficiaires d'une allocation pour impotence moyenne ou grave. Ces frais ne sont en outre remboursés que si un organe désigné par le canton a préalablement déterminé la part des soins et des tâches d'assistance (genre de soins, nombre d'heures par jour) qui ne peut, dans un cas concret, être assumée par une organisation Spitex reconnue, ainsi que le profil de la personne à engager (infirmière, aide-soignante, personnel sans qualification particulière): les frais peuvent être remboursés uniquement dans ces proportions et conditions.
- Si en raison de son invalidité, une personne a des difficultés à effectuer les **travaux ménagers** nécessaires, elle peut, dans le cadre des PC, faire valoir les frais facturés dûment prouvés pour **l'aide apportée par un tiers** jusqu'à concurrence de 4'800 francs par année civile (le taux maximal remboursé étant de 25 francs par heure effectuée). Lorsque dans un couple les deux conjoints sont handicapés, un maximum de 4'800 francs peut être remboursé par personne.

Peu importe que le tiers soit engagé par une organisation ou à titre privé ou qu'il s'agisse d'un membre de la famille. Toutefois, aucun remboursement ne peut avoir lieu si la personne qui apporte l'aide vit dans le même ménage.

d) **Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance dans des structures de jour (art. 14 aOMPC)**

- Les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance assumés par un **home de jour**, un **atelier d'occupation** ou une structure de jour analogue sont pris en compte si la personne handicapée y séjourne plus de cinq heures par jour et si la structure de jour relève d'un organisme public ou d'un organisme privé reconnu d'utilité publique (par exemple une institution au sens de la LIPPI).

- Les **frais** pris en compte sont **limités à 45 francs** (bruts) par journée passée par la personne handicapée dans la structure de jour. De ce montant, on déduira la part du revenu en nature correspondant aux repas que la personne handicapée prend dans la structure de jour.
- Aucun remboursement de frais de soins et d'aide ne peut intervenir pour le séjour dans une structure de jour si la personne handicapée touche une **rémunération en espèces** supérieure à 50 francs par mois.

e) Frais liés à un séjour de convalescence ou balnéaire (art. 11, 12 aOMPC)

- Les frais de traitement, de logement et de nourriture peuvent être remboursés si le **séjour de convalescence** est prescrit par le médecin et effectué dans un home ou dans un hôpital, déduction faite d'une participation aux coûts (pour les repas). Si le canton qui verse les PC a limité la taxe journalière maximale à prendre en compte en cas de séjour permanent dans un home ou dans un hôpital, ces limites sont applicables par analogie.
- Les frais de traitement, de logement et de nourriture peuvent être remboursés si la **cure balnéaire** est prescrite par le médecin et si, durant le séjour, la personne assurée est sous contrôle médical. Les dispositions concernant la participation aux coûts et la taxe journalière maximale valables pour les séjours de convalescence s'appliquent par analogie.

f) Frais pour produits diététiques (art. 9 aOMPC)

- Les frais supplémentaires, dûment établis, occasionnés par un régime alimentaire prescrit par un médecin et indispensable à la survie des personnes concernées sont considérés comme frais de maladie et d'invalidité. Il sera tenu compte, à cet égard, d'un montant forfaitaire annuel de 2'100 francs. Pour les personnes vivant dans un home ou dans un hôpital, les frais pour produits diététiques doivent être inclus dans la taxe journalière.

g) Frais de transport (art. 15 aOMPC)

- Les frais de transport dûment établis peuvent être remboursés comme frais de maladie et d'invalidité s'ils ont été occasionnés en Suisse et résultent d'une **urgence** ou d'un **transfert** indispensable.

- Sont également considérés comme frais de maladie et d'invalidité les **frais de transport jusqu'au lieu de traitement médical le plus proche**. Les structures de jour (au sens de la lettre d) de la présente liste) sont considérés comme des lieux de traitement médical. En principe peuvent être pris en compte les frais d'utilisation d'un moyen de transport public (2^e classe). Si aucun moyen de transport public ne peut être utilisé, les frais d'utilisation d'une voiture privée (max. 60 centimes par km; 25 centimes par km pour les voitures financées par l'AI) ou du taxi (dépenses effectives) peuvent être remboursés.

h) **Frais occasionnés par des moyens auxiliaires** (art. 16 aOMPC, annexe de l'aOMPC)

- Si l'**AVS** a fourni une **contribution** de 75% **aux coûts** d'un moyen auxiliaire, le solde de 25% peut être remboursé dans le cadre des PC.
- Au demeurant, les moyens auxiliaires ne peuvent être financés dans le cadre des PC que s'ils figurent sur la **liste à l'annexe de l'aOMPC** (par exemple machines à écrire en Braille, tourneurs de pages; appareils de traitement ou de soins tels qu'appareils respiratoires, élévateurs pour malades, lits électriques). La plupart de ces moyens auxiliaires sont remis en prêt.

i) **Frais payés au titre de la participation aux coûts de l'assurance obligatoire des soins** (art. 6, 7 aOMPC)

- La participation aux coûts (franchise, 10 pour cent des coûts qui dépassent la franchise) prévue par l'art. 64 LAMal est prise en compte par les PC pour les coûts de prestations remboursées par **l'assurance obligatoire des soins**.
- Par bénéficiaire de PC, la participation aux coûts susceptible d'être remboursée ne saurait dépasser **1'000 francs** par année civile; peu importe la composition du montant ou le montant de la franchise choisie.
- Si une prestation (par exemple un médicament) n'est pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, elle ne sera pas non plus remboursée par les PC (excepté les frais mentionnés aux points b à h).

État de la législation: 1.7.2008