Entrée en vigueur dès le 01.11.2025 (Actuelle)

Document généré le : 25.11.2025

RÈGLEMENT 831.21.1

d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité et sur le remboursement des frais de maladie et d'invalidité en matière de prestations complémentaires (RLVPC-RFM)

du 1 mai 2019

LE CONSEIL D'ÉTAT DU CANTON DE VAUD

vu la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS/AI (LPC) [A] ;

vu l'ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (OPC-AVS/AI) [B] ;

vu la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LVPC) [C] ;

vu la loi du 24 janvier 2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (LAPRAMS) [D] et son règlement d'application [E] ;

vu la loi du 5 décembre 1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public (LPFES) [F] et ses règlements d'application ;

vu la loi du 10 février 2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (LAIH) [G] et son règlement d'application [H] ;

vu le préavis du Département de la santé et de l'action sociale

arrête

[A] *Loi fédérale du 06.10.2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (RS 831.30)*
[B] *Ordonnance du 15.01.1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.301)*
[C] *Loi du 13.11.2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (BLV 831.21)*
[D] *Loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11)*
[E] *Règlement du 28.06.2006 d'application de la loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11.1)*
[F] *Loi du 05.12.1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins (BLV 810.01)*
[G] *Loi du 10.02.2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour les personnes handicapées (BLV 417.51)*
[H] *Règlement du 13.03.1992 d'application de la loi du 26 novembre 1990 sur le financement des institutions et organismes pour personnes handicapées adultes (BLV 417.51.1)*

Titre I GENERALITES

Art. 1 But du règlement

1 Le présent règlement a pour but de régler l'octroi des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (ci-après les PC AVS/AI), soit la prestation complémentaire annuelle et le remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

Art. 2 Autorités compétentes

1 Le présent règlement est appliqué par la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (ci-après la Caisse).

2 Le département en charge de l'action sociale (ci-après le Département), par sa Direction en charge des assurances sociales :

a. veille à la bonne application du présent règlement. Il vérifie notamment le caractère économique des prestations délivrées et l'affectation conforme des aides ;

b. peut effectuer des contrôles auprès des fournisseurs délivrant des prestations au titre du présent règlement ;

c. édicte les directives d'exécution nécessaires.

Art. 3 Contrôle et surveillance des homes

1 Conformément à l'article 4 LVPC[C], dans les délais fixés par le Département, les homes fournissent, sur des formules adéquates, toutes les informations utiles à l'élaboration de leur budget et à la justification des taxes journalières. Ils fournissent notamment les comptes d'exploitation, de pertes et profits et de bilan, ainsi que les données statistiques relatives à l'exploitation.

[2] Sur demande du Département, les homes fournissent tous renseignements et pièces permettant de vérifier l'affectation conforme des PC AVS/AI allouées aux titres des taxes journalières et des dépenses personnelles.

[3] Pour le surplus, le Département édicte les directives applicables en matière de contrôle et de surveillance des homes.

[C] Loi du 13.11.2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (BLV 831.21)

Art. 4 Définition du home

[1] Est considéré comme home, toute institution telle que définie par l'article 2 LVPC[C].

[C] Loi du 13.11.2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (BLV 831.21)

Titre II PRESTATION COMPLEMENTAIRE ANNUELLE

Chapitre I Demande

Art. 5 Présentation de la demande

[1] Pour exercer son droit à une prestation complémentaire annuelle, le requérant doit remplir une formule officielle de demande, la signer et lui joindre les justificatifs nécessaires.

[2] La Caisse peut, au besoin, exiger du requérant la présentation de ses dernières déclarations fiscales ou de ses dernières décisions de taxation.

Art. 6 Personnes habilitées à présenter une demande

[1] Le requérant signe la formule de demande. En cas d'incapacité, son représentant légal, son conjoint, son partenaire enregistré, ses parents, ses enfants, ses frères et soeurs, ainsi que les tiers et les autorités pouvant demander le paiement de la prestation complémentaire annuelle, sont habilités à signer la demande.

[2] La personne ou l'autorité qui signe la demande doit collaborer à son instruction en fournissant toutes les informations utiles. A défaut, la Caisse est habilitée à prendre une décision de non-entrée en matière.

Art. 7 Instruction de la demande

[1] Les agences d'assurances sociales (ci-après les agences) doivent aide et conseils aux personnes qui remplissent une formule de demande.

[2] Les agences examinent les pièces justificatives et vérifient l'exactitude des renseignements fournis en s'assurant qu'aucune omission n'a été faite dans la description des éléments nécessaires au calcul de la prestation complémentaire annuelle.

[3] Les requérants séjournant dans un home peuvent obtenir de la direction du home les mêmes prestations que celles indiquées aux alinéas 1 et 2.

Art. 8 Commissions d'enquêtes AVS

[1] La commission d'enquête AVS concernée, conformément aux articles 17 et suivants du règlement du 28 janvier 2004 sur les agences d'assurances sociales[l], vérifie et atteste l'exactitude des renseignements donnés.

[2] Le préavis de la commission d'enquête AVS n'est pas demandé si le requérant réside dans un home.

---

[l] Règlement du 28.10.2004 sur les agences d'assurances sociales (BLV 831.15.1)

Art. 9 Obligation de collaborer et de renseigner

[1] Le bénéficiaire, son représentant légal ou, le cas échéant, le tiers ou l'autorité à qui la prestation complémentaire annuelle est versée, doit communiquer sans retard à la Caisse tout changement dans la situation personnelle et toute modification sensible de la situation matérielle déterminante pour le calcul des PC AVS/AI (état de famille, état civil, domicile, montant du revenu et de la fortune, etc.).

[2] La Caisse ou l'agence peut demander aux autorités cantonales, notamment fiscales, de la renseigner sur la situation personnelle et financière du requérant.

Art. 9a Communication entre l'OVAM et la Caisse [2]

[1] Dans le cadre de la communication des primes d'assurance-maladie faite par l'Office vaudois de l'assurance-maladie (ci-après l'OVAM) à la Caisse, les données communiquées en fin d'année sont prises en considération dès le 1er janvier suivant, soit dès leur entrée en vigueur.

[2] Les modalités et les processus d'échange de données concernant les primes d'assurance-maladie des bénéficiaires PC entre l'OVAM et la Caisse pourront être précisés par voie de directive.

Chapitre II Procédure

Art. 10 Fixation de la prestation complémentaire annuelle

[1] La Caisse prend pour chaque ayant droit une décision fixant la prestation complémentaire annuelle, payable par mensualités.

Art. 11 Communication de la décision [1]

[1] La décision est communiquée :

a. au requérant, à son représentant légal ou aux personnes ayant signé la demande conformément à l'article 6, alinéa 1;

b. aux personnes ou institutions auxquelles la prestation complémentaire annuelle est payée ;

c. à l'agence concernée ;

---

[2] Modifié par le règlement du 16.12.2020 entré en vigueur le 01.01.2021
[1] Modifié par le règlement du 11.09.2019 entré en vigueur le 01.01.2020

d. ...

Art. 12 Versement de la prestation complémentaire annuelle [2]

[1] Le versement de la prestation complémentaire annuelle est en principe effectué sur le compte bancaire ou postal du bénéficiaire.

[2] Lorsque la Caisse est aussi compétente pour le versement de la rente AVS ou AI ou de l'allocation pour impotent, elle réunit ces rentes et la prestation complémentaire annuelle en un seul versement.

[3] Pour des personnes séjournant en home ou en hôpital, moyennant cession par le bénéficiaire, le montant de la prestation complémentaire annuelle peut être versé directement au fournisseur des prestations. Ce versement se fait selon l'ordre établi par l'article 21c OPC AVS-AI[B].

[4] L'allocation de Noël est versée au bénéficiaire lui-même ou à son représentant légal. Le versement à une tierce personne ou à d'autres institutions, à la demande et pour le compte du bénéficiaire, n'est pas autorisé ; sont réservées les décisions prises par la Caisse en raison de circonstances particulières.

[5] Le versement du montant pour dépenses personnelles (ci-après MDP) se fait conformément à la circulaire édictée par le Département en la matière.

[B] Ordonnance du 15.01.1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.301)

Art. 13 Relation avec l'assurance-maladie [2]

[1] Conformément à l'article 18 de la loi du 25 juin 1996 d'application vaudoise de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après LVLAMal)[J], les primes de l'assurance obligatoire des soins dues par les bénéficiaires de PC AVS/AI sont subsidiées par le budget ressortissant à la LVLAMal, jusqu'à concurrence de la prime cantonale de référence.

[2] Le versement du montant reconnu à l'assurance-maladie se fait par l'OVAM conformément à l'article 21a LPC[A].

[A] Loi fédérale du 06.10.2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (RS 831.30)
[J] Loi du 25.06.1996 d'application vaudoise de la loi fédérale du 18.03.1994 sur l'assurance-maladie (BLV 832.01)

Chapitre III Modalités de calcul

Art. 14 Montant de fortune pris en compte

[1] Conformément à l'article 3, alinéa 1, lettre e LVPC[C], le montant de fortune pris en compte pour les bénéficiaires d'une rente de vieillesse vivant dans un home est fixé à un cinquième.

[C] Loi du 13.11.2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (BLV 831.21)

---

[2] Modifié par le règlement du 16.12.2020 entré en vigueur le 01.01.2021

Art. 15 Estimation de la valeur vénale des immeubles

[1] Conformément à l'article 17, alinéas 4 et 5 OPC – AVS/AI[B], la valeur vénale des immeubles qui ne servent pas d'habitation principale au requérant ou à une personne comprise dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle, ou qui ont fait l'objet d'un dessaisissement à titre onéreux ou gratuit, est estimée par le Département.

[2] En présence d'immeubles agricoles, l'estimation des biens-fonds s'opère sur la base de la valeur vénale ou de la valeur de rendement, dans la mesure où celle-ci est applicable en vertu des dispositions du droit foncier rural et du droit successoral paysan ; dans les deux situations, le Département requiert l'avis d'une institution compétente.

[3] Les immeubles situés dans un autre canton sont pris en considération conformément à la réglementation de ce canton.

[B] Ordonnance du 15.01.1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.301)

Chapitre IV Taxe journalière en home

Art. 16 Fixation de la taxe journalière

[1] Conformément aux articles 2 et 3, alinéa 1, lettre d LVPC[C], la taxe journalière en home prise en considération est fixée en application des législations relatives à l'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale, aux mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées ainsi qu'à la protection des mineurs.

[2] Les taxes journalières fixées conformément à l'alinéa précédent sont communiquées à la Caisse par le Département.

[C] Loi du 13.11.2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (BLV 831.21)

Art. 17 Décompte complémentaire

[1] Pour tenir compte de situations particulières (entrée ou sortie d'un établissement en cours de mois, changement de statut du bénéficiaire des PC AVS/AI, etc.), la Caisse peut établir un décompte complémentaire pour le mois en cause.

Titre III REMBOURSEMENT DES FRAIS DE MALADIE ET D'INVALIDITE

Chapitre I Dispositions générales

Section I Principes

Art. 18 Champ d'application [2]

[1] Conformément à l'article 3, alinéa 1, lettre f LVPC[C], le présent règlement fixe les limites du remboursement des frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, aux bénéficiaires de PC AVS/AI.

[2] Le bénéficiaire d'une prestation complémentaire annuelle a droit à la prise en charge, au sens du présent règlement, des frais de maladie et d'invalidité.

[3] Les personnes qui, en raison de revenus excédentaires, n'ont pas droit à une prestation complémentaire annuelle, ont droit au remboursement des frais de maladie et d'invalidité qui dépassent la part des revenus excédentaires.

[C] Loi du 13.11.2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (BLV 831.21)

Art. 19 Catalogue des prestations [2]

[1] Les frais de maladie et d'invalidité suivants sont remboursés par la Caisse dans les limites d'une fourniture économique et adéquate des prestations, et pour autant que les conditions posées par le présent règlement soient réalisées :

a. frais de moyens auxiliaires;

b. frais d'aide, de soins et d'assistance à domicile ou dans d'autres structures ambulatoires;

c. frais liés aux cures balnéaires et aux séjours de convalescence prescrits par un médecin;

d. frais liés à un régime alimentaire particulier;

e. frais de transport vers le centre de soins le plus proche;

f. frais de moyens dentaires;

g. frais payés au titre de la participation aux coûts selon l'article 64 LAMal[K] (quote-part et franchise).

h. les frais de séjours courts ou temporaires dans un home ou dans un hôpital, pour une durée maximale de 3 mois.

[2] Le Département peut faire examiner le caractère économique et adéquat des prestations.

[3] Le Département précise les modalités d'application par voie de directive (ci-après la directive départementale).

---

[2] Modifié par le règlement du 16.12.2020 entré en vigueur le 01.01.2021

[K] *Loi fédérale du 18.03.1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)*

Art. 20 Subsidiarité

1 La participation de l'Etat au remboursement des frais de maladie et d'invalidité au sens du présent règlement est subsidiaire aux prestations des assurances sociales et des régimes sociaux ainsi qu'à toutes les autres ressources du bénéficiaire, y compris les assurances privées.

2 Il appartient au bénéficiaire de s'adresser en priorité aux autres assurances et régimes sociaux; à défaut, le remboursement des frais au sens du présent règlement peut être refusé.

Art. 21 Personnes dont les frais sont remboursés

1 Les frais de maladie et d'invalidité doivent incomber au bénéficiaire de la prestation complémentaire annuelle lui-même ou à des membres de la famille compris dans le calcul de cette prestation.

2 Les frais pris en charge ou qui doivent être supportés par un tiers en vertu d'une obligation juridique ne sont pas remboursés, à moins qu'il ne soit établi que le tiers débiteur n'est pas en mesure de faire face à son obligation ou que l'on ne saurait exiger de lui qu'il la remplisse. L'obligation juridique résulte notamment de prestations de l'assurance-maladie, de l'assurance-accident ou d'autres assurances, d'un contrat d'entretien viager ou d'une obligation d'entretien.

3 Les frais de maladie ou d'invalidité payés à titre d'avance par des régimes sociaux ou des institutions d'utilité publique, par des parents ou des connaissances sans obligation juridique, sont remboursés.

Art. 22 Montants maximaux

1 Les montants totaux maximaux des frais de maladie et d'invalidité remboursés correspondent à ceux fixés à l'article 14, alinéas 3 à 5 LPC[L].

2 Des remboursements maximaux par catégorie de prestations sont en outre précisés dans la directive départementale, notamment en l'absence de conventions avec les fournisseurs.

[L] *Loi fédérale du 19.03.1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.30)*

Art. 23 Période déterminante pour le remboursement

1 Les frais de maladie et d'invalidité, dûment établis, sont pris en compte pour l'année civile au cours de laquelle la facture a été établie.

2 En principe, la date de la facture ou du décompte de l'assureur-maladie est considérée comme déterminante.

3 Lorsqu'une prestation complémentaire annuelle en cours est supprimée, les frais de maladie et d'invalidité peuvent être ultérieurement remboursés pour autant que le traitement ou l'achat ait eu lieu à un moment où le droit à la prestation complémentaire annuelle existait encore.

Art. 24 Délai de dépôt de la demande de remboursement

[1] Les frais de maladie et d'invalidité au sens du présent règlement sont remboursés aux conditions de l'article 15 LPC[L]. En particulier, le remboursement doit être demandé dans les quinze mois à compter de la facturation.

[2] Le remboursement est en principe effectué sur le compte bancaire ou postal du bénéficiaire, sous réserve de l'article 27.

[L] Loi fédérale du 19.03.1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.30)

Art. 25 Rapport avec les prestations d'autres assurances

[1] L'octroi d'une allocation pour impotent (ci-après API) de l'assurance-vieillesse et survivants, de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire n'est pas assimilé à une prise en charge par d'autres assurances.

[2] Le montant remboursable peut être augmenté, conformément à l'article 14, alinéa 4 LPC[L] ou à l'article 19b OPC-AVS/AI[B]. Cette augmentation est subsidiaire au versement de l'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-accidents ou de la contribution d'assistance de l'assurance-invalidité.

[3] Dans la mesure où l'assurance-maladie a pris en compte l'allocation pour impotent de l'assurance-invalidité ou de l'assurance-accidents, ou la contribution d'assistance de l'assurance-invalidité, pour fixer le montant des frais de soins et d'aide à domicile qu'elle est tenue de rembourser, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance ne sont pas portées en déduction des frais considérés.

[4] Dans les cas visés à l'article 14, alinéa 5 LPC, les alinéas 2 et 3 sont applicables par analogie.

[B] Ordonnance du 15.01.1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.301)
[L] Loi fédérale du 19.03.1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.30)

Art. 26 Remboursement après le décès du bénéficiaire

[1] Lorsque le bénéficiaire des PC AVS/AI est décédé, les frais de maladie et d'invalidité sont remboursés à ses ayants cause s'ils en font la demande dans les douze mois à compter du décès.

Art. 27 Lieu de fourniture des prestations occasionnant des frais

[1] Les frais de maladie et d'invalidité ne sont remboursés que si les prestations ou acquisitions ont eu lieu en Suisse.

[2] Les frais de prestations ou acquisitions à l'étranger sont exceptionnellement remboursés si elles se sont révélées indispensables pendant un séjour hors de Suisse.

[3] Les frais des cures balnéaires et des séjours de convalescence à l'étranger ne sont pas remboursés.

[4] Lorsqu'un moyen auxiliaire qui ne peut être obtenu en prêt ou en location en Suisse est acheté à l'étranger, son prix peut être remboursé s'il est inférieur à celui pratiqué en Suisse.

Art. 28 Remboursement en tiers-payant

[1] En application de l'article 14, alinéa 7 LPC[L], la Caisse rembourse directement le fournisseur de prestations si cela est prévu dans le cadre d'une convention.

[2] En l'absence de convention, le remboursement des frais de maladie et d'invalidité peut être versé par la Caisse directement au fournisseur de prestations, notamment pour garantir une affectation conforme ou si des circonstances particulières le justifient. Le fournisseur de prestations adresse une demande écrite à la Caisse.

[L] Loi fédérale du 19.03.1965 sur les prestations complémentaires à l'assurance vieillesse, survivants et invalidité (RS 831.30)

Chapitre II Prise en charge des divers types de frais

Section I Moyens auxillaires

Art. 29 Droit au remboursement de moyens auxiliaires

[1] Les bénéficiaires de PC AVS/AI ont droit à une participation au remboursement des dépenses occasionnées par l'acquisition, la location ou l'obtention à titre de prêt de moyens auxiliaires énumérés dans la directive départementale, à concurrence des montants maximaux prévus par cette directive.

[2] Les dispositions de la législation en matière d'assurance-invalidité s'appliquent par analogie au remboursement des frais de réparation, d'adaptation et de renouvellement de moyens auxiliaires.

Art. 30 Simplicité, économicité et adéquation des moyens auxiliaires

[1] Les frais de participation à l'achat, les coûts de location ou d'obtention en prêt de moyens auxiliaires sont remboursés à condition qu'il s'agisse de modèles économiques, simples et adéquats.

[2] La directive départementale précise les processus et les modalités des remboursements.

Art. 31 Remise et reprise de moyens auxiliaires provenant de dépôts de l'AI

[1] Si le moyen auxiliaire à remettre à titre de prêt est disponible dans un dépôt de l'AI, le bénéficiaire ne peut prétendre à l'obtention d'un équipement neuf.

[2] La reprise, l'entreposage et la réutilisation des moyens auxiliaires remis en prêt sont régis par les prescriptions de la législation en matière d'assurance-invalidité, par les conventions conclues par la Caisse avec les fournisseurs ou par les prescriptions fixées dans la directive départementale.

Art. 32 Frais se rapportant à des appareils d'appel à l'aide

[1] Les bénéficiaires de PC AVS/AI ont droit à une participation au remboursement des frais d'installation et de location découlant d'appareils d'appel à l'aide.

[2] La directive départementale fixe les conditions de prise en charge et les montants maximaux des remboursements.

Art. 33 Frais de traduction

[1] Les frais de traduction nécessaires dans un contexte de soins en cas de maladie ou d'invalidité (à domicile ou en hébergement) sont remboursés aux conditions et à hauteur des montants fixés par voie de conventions entre le Département et les prestataires de service.

[2] En l'absence de convention, le Département fixe dans la directive les conditions et les montants maximaux pris en charge.

Section II Structures intermédiaires

Art. 34 Définition de la structure intermédiaire

[1] Est considérée comme structure intermédiaire, toute structure ainsi que les prestations délivrées par celle-ci, telles que définies par la LAPRAMS[D] et la LAIH[M], permettant de favoriser le maintien à domicile.

[D] Loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11)
[M] Loi du 10.02.2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (BLV 850.61)

Art. 35 Frais se rapportant aux courts séjours, aux séjours à temps partiel, aux séjours de transition et aux séjours temporaires limités à 3 mois [2]

[1] Une participation journalière au coût de la prestation, non prise en charge par d'autres régimes sociaux, est remboursée en cas de court séjour, de séjour à temps partiel, de séjour de transition, au sens de la LAPRAMS[D] ou de la LAIH[M] et, de séjour courts ou temporaire, limité à 3 mois au sens du présent règlement.

[2] La directive départementale fixe les modalités et les montants maximaux de cette participation.

[D] Loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11)
[M] Loi du 10.02.2004 sur les mesures d'aide et d'intégration pour personnes handicapées (BLV 850.61)

Art. 36 Accueil temporaire

[1] Les prestations dispensées dans les centres d'accueil temporaire (ci-après CAT) au sens de l'article 13 LAPRAMS[D] sont remboursées au titre de frais de maladie et d'invalidité, selon les modalités définies dans une convention conclue par le Département avec les exploitants de CAT.

---

[2] Modifié par le règlement du 16.12.2020 entré en vigueur le 01.01.2021

[2] Les frais d'aide, de soins et d'assistance afférents à des personnes accueillies dans un centre de jour ou une structure d'accueil de jour analogue, sont remboursés si la personne y séjourne plus d'une demi-journée et si la structure de jour relève d'une institution publique ou d'une institution privée reconnue d'utilité publique au sens de la LPFES[F].

[3] En l'absence de convention, le Département fixe dans la directive départementale les conditions, les modalités et les montants maximaux des remboursements.

[D] Loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11)
[F] Loi du 05.12.1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins (BLV 810.01)

Art. 37 Prestations socio-éducatives dans les logements supervisés

[1] Les prestations socio-éducatives fournies dans les logements supervisés au sens de l'article 16 LAPRAMS[D] ont pour but d'assurer l'accompagnement de personnes souffrant d'un handicap mental ou de troubles psychiques pour effectuer les actes nécessaires à leur réhabilitation sociale à domicile par du personnel formé.

[2] Elles sont remboursées selon les modalités prévues dans les conventions conclues par le Département avec les fournisseurs de prestations socio-éducatives.

[3] En l'absence de convention, le Département fixe dans la directive départementale les prestations prises en charge, les conditions et les montants maximaux des remboursements.

[D] Loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11)

Art. 38 Prestations fournies dans les logements adaptés avec accompagnement [3]

[1] Une participation est accordée au locataire au titre de frais de maladie et d'invalidité pour les frais inhérents aux prestations fournies par les propriétaires et si distincts, les prestataires de services, dans les logements adaptés avec accompagnement (ci-après LADA) au sens de l'article 16 LAPRAMS, notamment l'accompagnement sécurisant et social, l'animation et la jouissance du local communautaire, avec lesquels le Département a conclu une convention et aux modalités prévues par celle-ci.

[2] En l'absence de convention, le Département fixe dans la directive départementale les conditions, les modalités et les montants maximaux des remboursements.

Art. 39 Colocations Alzheimer

[1] Les PC AVS/AI remboursent les prestations fournies dans les colocations Alzheimer, qui sont un type de logement protégé au sens de l'article 16 LAPRAMS[D], selon les tarifs et les modalités prévus dans les conventions conclues par le Département avec les exploitants de ces colocations.

[2] Le montant pris en charge ne doit pas dépasser le coût journalier d'un séjour en EMS.

---

[3] Modifié par le règlement du 12.11.2025 entré en vigueur le 01.11.2025

[3] En l'absence de convention, le Département fixe dans la directive départementale les conditions, les modalités et les montants maximaux des remboursements.

[D] Loi du 24.01.2006 d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale (BLV 850.11)

Art. 40 Frais se rapportant à des cures

[1] Une participation journalière est remboursée pour les frais afférents à des cures balnéaires ou thermales prescrites par un médecin.

[2] La directive départementale fixe le montant, les conditions et les modalités de cette participation.

Art. 41 Participation aux coûts des soins dans les structures de soins de jour ou de nuit

[1] La participation aux coûts des soins dans une structure de soins de jour ou de nuit (ci-après SSJN) au sens de l'article 26h, alinéa 2 LPFES[F] autre qu'un CAT, est remboursée aux bénéficiaires de PC AVS/AI vivant à domicile.

[2] La directive départementale fixe les conditions et les modalités de remboursement.

[F] Loi du 05.12.1978 sur la planification et le financement des établissements sanitaires d'intérêt public et des réseaux de soins (BLV 810.01)

Section III Prestations à domicile

Art. 42 Frais se rapportant à des prestations d'aide au ménage et à des tâches d'assistance

[1] Les frais, dûment attestés, d'aide au ménage ou de tâches d'assistance rendus nécessaires en raison de l'âge, de l'invalidité, d'un accident ou de la maladie sont remboursés, sous réserve des frais à charge de l'assurance obligatoire des soins, lorsque ces prestations sont fournies à titre professionnel.

[2] Sont également remboursés les frais de prestations mentionnées à l'alinéa 1 dispensées par des membres de la famille qui ne sont pas pris en compte dans le calcul de la prestation complémentaire annuelle et qui subissent, en raison de l'aide fournie, une perte de gain notable durant une période prolongée.

[3] Les montants maximaux reconnus sont ceux fixés à l'article 14, alinéas 3 à 5 LPC[A]. Par ailleurs, le montant maximal reconnu, par année et par personne, est de :

a. CHF 4'800.- lorsque l'aide est fournie par des personnes privées ou par des organisations privées et que le bénéficiaire n'a pas d'API ou qu'il a une API faible ;

b. CHF 2'400.- lorsque l'aide est fournie par un membre de la famille. Ce montant est de CHF 25'000.- lorsque le membre de la famille renonce à exercer son activité lucrative ou la réduit et subit ainsi une perte de gain.

[4] La part patronale et salariale des cotisations dues aux assurances sociales fédérales et cantonales (AVS, AI, APG, AC, AF, AA, LPP et prestations complémentaires cantonales pour familles) est comprise dans les frais visés par l'article 42.

[5] La directive départementale établit la liste des prestations remboursées; elle fixe les modalités d'évaluation, les tarifs et les conditions des remboursements.

[A] Loi fédérale du 06.10.2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (RS 831.30)

Art. 43 Frais se rapportant à des prestations d'accompagnement à domicile

[1] Les prestations d'accompagnement à domicile conventionnellement reconnues par le Département sont remboursées au titre de frais de maladie et d'invalidité.

[2] La directive départementale dresse la liste des organismes autorisés à fournir ces prestations et fixe les modalités de remboursement.

[3] En l'absence de convention, le Département fixe dans la directive départementale les conditions et les montants maximaux des remboursements.

Art. 44 Frais se rapportant à des prestations de relève à domicile

[1] Les prestations de relève à domicile conventionnellement reconnues par le Département sont remboursées au titre de frais de maladie et d'invalidité.

[2] La directive départementale dresse la liste des organismes autorisés à fournir ces prestations et fixe les modalités de remboursement.

[3] En l'absence de convention, le Département fixe dans la directive départementale les conditions et les montants maximaux des remboursements.

Art. 45 Frais de régime alimentaire

[1] Les frais supplémentaires dûment établis, occasionnés par un régime alimentaire prescrit par un médecin et indispensable à la survie du bénéficiaire, sont remboursés si ce bénéficiaire ne vit ni dans un home ni dans un hôpital.

[2] Le montant maximal reconnu est de CHF 175.- par mois et de CHF 2'100.- par année.

[3] La directive départementale fixe les modalités des remboursements.

Section IV Transports

Art. 46 Frais admis

[1] Les frais de transport dûment établis et non couverts par l'assurance obligatoire des soins sont remboursés s'ils ont été occasionnés en Suisse et résultent d'une urgence.

[2] Sont également pris en compte les frais de transport dûment établis jusqu'au lieu de soins le plus proche ainsi que le retour à domicile.

[3] Le tarif appliqué est celui des transports publics en deuxième classe pour le trajet le plus direct.

[4] Si la mobilité réduite ou l'état de santé oblige la personne assurée à recourir à un autre moyen de transport, les frais correspondants sont remboursés, subsidiairement à l'assurance obligatoire des soins.

[5] La directive départementale fixe les conditions, les modalités et les limites au remboursement.

Section V Frais dentaires et orthodontiques

Art. 47 Frais de traitement admis

[1] Les frais de traitement dentaire et orthodontique sont remboursés conformément au Référentiel des Prestations Dentaires admises pour le paiement des frais (version 2017) et au tarif conventionnellement admis par le Département ou fixé par arrêté du Conseil d'Etat.

[2] Ces frais font l'objet d'une procédure d'estimation et de remboursement et doivent être soumis au médecin-dentiste conseil de l'Administration cantonale, dont les déterminations fondent les décisions de la Caisse, s'ils dépassent un montant de CHF 500.-. Lorsque les frais sont inférieurs à la limite précitée, la Caisse statue seule.

[3] Les frais de traitement orthodontique sont remboursés, après validation du médecin-dentiste conseil, exclusivement pour des personnes mineures et uniquement pour la part non prise en charge par l'assurance-maladie ou par l'assurance-invalidité.

[4] L'assurance dentaire complémentaire pour les enfants mineurs peut également être prise en charge, aux conditions fixées dans la directive départementale.

[5] Les coûts admis au sens du présent article sont remboursés uniquement sur la base d'une facture validée. La procédure d'estimation et de remboursement est fixée dans la directive départementale.

[6] Exceptionnellement, des traitements débutés avant l'issue de la procédure d'estimation mentionnée à l'alinéa 2 peuvent faire l'objet d'une prise en charge totale ou partielle si le médecin-dentiste conseil donne son autorisation a posteriori.

Section VI Assurances sociales

Art. 48 Assurance obligatoire des soins

[1] Sont remboursés :

a. la participation prévue par l'article 64 LAMal[K] aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins, soit la franchise et la quote-part, (sans le frais de séjour en cas d'hospitalisation) en vertu de l'article 24 LAMal;

b. les coûts des soins répercutés sur le bénéficiaire en application de l'article 25a, alinéa 5, LAMal.

[2] Si une personne opte pour une assurance avec une franchise plus élevée au sens de l'article 93 OAMal[N], la participation aux coûts mentionnée à l'alinéa premier, lettre a), est remboursée à hauteur d'un montant annuel maximum fixé dans la directive départementale.

[3] Le Département fixe dans la directive départementale les montants maximaux des remboursements.

[K] Loi fédérale du 18.03.1994 sur l'assurance-maladie (RS 832.10)

[N] Ordonnance du 27.06.1995 sur l'assurance-maladie (RS 832.102)

Art. 49 Cas de rigueur

[1] Dans les cas dignes d'intérêt ou pour des motifs d'équité, le Département peut décider de prendre en charge des frais de maladie et d'invalidité en dérogation des conditions posées dans le présent règlement et la directive départementale.

[2] L'opportunité de cette prise en charge et le montant de celle-ci sont examinés au cas par cas par le Département.

Chapitre III Procédure

Art. 50 Acompte et versements de l'Etat

[1] Le Département verse à la Caisse, au dernier jour ouvrable de chaque mois au plus tard, la somme prévue pour le remboursement des frais de maladie et d'invalidité.

[2] L'Etat couvre les frais administratifs de la Caisse engendrés par l'application du présent règlement selon les modalités fixées dans la convention conclue avec la Caisse.

Titre IV DISPOSITIONS FINALES

Art. 51 Abrogation

[1] Le règlement du 9 janvier 2008 d'application de la loi du 13 novembre 2007 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité est abrogé.

Art. 52 Dispositions transitoires concernant le remboursement de frais de maladie et d'invalidité

[1] Le nouveau droit s'applique dès l'entrée en vigueur du présent règlement, sous réserve de l'alinéa 2.

[2] Les décisions plus favorables rendues préalablement à l'entrée en vigueur du présent règlement continuent à s'appliquer jusqu'à la prochaine réévaluation quadriennale du dossier du bénéficiaire, dans les domaines suivants:

a. la perte de gain pour un membre de la famille ;

b. les frais liés à un régime alimentaire.

Art. 53 Exécution et entrée en vigueur

[1] Le Département de la santé et de l'action sociale est chargé de l'exécution du présent règlement qui entre en vigueur le 1er janvier 2020.