# Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité

du 23 novembre 2010

*Le Gouvernement de la République et Canton du Jura,*

vu les articles 3 et 12 de la loi du 9 décembre 1998 portant introduction à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (LiLPC)[1)],

*arrête :*

## CHAPITRE PREMIER : Conditions personnelles du droit aux prestations

Domicile dans le Canton

**Article premier** Le domicile au sens de l'article 2, alinéa 1, de la loi portant introduction à la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité[1)] (ci-après : "LiLPC") s'entend du domicile civil au sens des articles 23 à 26 du Code civil suisse[2)].

Ayant droit

**Art. 2** Le requérant est reconnu bénéficiaire de prestations complémentaires lorsque la part des dépenses reconnues excède les revenus déterminants.

## CHAPITRE II : Dépenses reconnues

Supplément pour loyer en faveur des personnes résidant dans un appartement protégé

**Art. 2a**[13)15)] [1] Au niveau cantonal, les dépenses reconnues pour les personnes résidant dans un appartement protégé comprennent le supplément pour loyer octroyé conformément à l'article 3a LiLPC pour autant que l'admission en appartement protégé ait été validée au préalable par le dispositif d'orientation cantonal.

[2] Le montant annuel maximal du supplément pour loyer est de :

a) 5 880 francs pour un studio ou un appartement d'une pièce et demie;
b) 7 080 francs pour un appartement de deux pièces et plus.

Personnes demeurant dans des homes ou des établis-sements hospitaliers a) Taxe journalière

**Art. 3** [1] La taxe journalière des pensionnaires à prendre en considération en raison du séjour dans un home ou un établissement hospitalier est celle facturée au résidant et fixée pour chaque établissement sur la base des tarifs reconnus par l'Etat.

[2] Les Services de l'action sociale et de la santé communiquent à la Caisse de compensation la liste officielle de toutes les institutions et leurs taxes journalières à prendre en considération.

[3] Pour les établissements domiciliés hors Canton, la Caisse de compensation s'enquiert des tarifs reconnus par le canton concerné et prend au maximum ce tarif-là en compte pour les bénéficiaires de prestations complémentaires y séjournant avant le 1er janvier 1993; dès cette date, le prix de pension pris en considération sera au maximum celui des établissements jurassiens. Font exception les séjours qui ont été dictés par une urgence dans un établissement public ou privé reconnu par le canton concerné et les séjours dans un établissement avec lequel le canton du Jura a conclu une convention.

b) Dépenses personnelles

**Art. 4**[17)] Le montant laissé à la disposition des pensionnaires des homes ou des hôpitaux, pour les dépenses personnelles, est fixé à 255 francs par mois.

## CHAPITRE III : Revenus déterminants

Fortune déterminante

**Art. 5** La fortune nette, après déduction de la franchise, est prise en compte à raison d'un cinquième pour les bénéficiaires de rentes de vieillesse séjournant dans un home ou un hôpital.

## CHAPITRE IV : Remboursement des frais de maladie et des frais résultant de l'invalidité

### SECTION 1 : Prescriptions générales

Période déterminante pour le remboursement

**Art. 6** [1] Les frais de maladie, d'invalidité et de moyens auxiliaires, dûment établis, ne sont remboursés que 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.

[2] Lorsqu'une personne assurée ou des membres de sa famille cessent d'avoir droit à une prestation complémentaire annuelle, ou cessent d'y donner droit, les frais pouvant être payés sont déterminés conformément à l'alinéa 1. Il en est de même en cas de changement de domicile de l'ayant droit, lorsque l'ancien et le nouveau canton de domicile appliquent des critères différents pour le calcul des frais à rembourser pendant la période déterminante.

Délai pour demander le remboursement

**Art. 7** Les frais mentionnés à l'article 6, alinéa 1, sont remboursés conformément à l'article 15 de la loi fédérale du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC)3).

Rapport aux prestations d'autres assurances

**Art. 8** [1] Un droit au remboursement des frais au sens de l'article 14 LPC3) n'existe que dans la mesure où ces frais ne sont pas déjà pris en charge par d'autres assurances. 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.

[2] En cas d'augmentation du montant remboursable selon l'article 14, alinéa 4, LPC3), ou l'article 19b de l'ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité (OPC-AVS/AI)[4)], l'allocation pour impotent de l'AI ou de l'assurance-accidents est portée en déduction des frais, dûment établis, pour les soins et les tâches d'assistance au sens des articles 18 à 20 de la présente ordonnance.

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

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

Frais de maladie et dépenses pour moyens auxiliaires causés à l'étranger

**Art. 9** [1] Sont remboursés les frais de maladie et d'invalidité ainsi que les dépenses pour moyens auxiliaires qui sont causés en Suisse.

[2] Les frais causés à l'étranger sont exceptionnellement remboursés s'ils se sont révélés indispensables pendant un séjour hors de Suisse ou si les mesures indiquées du point de vue médical ne pouvaient être appliquées qu'à l'étranger.

[3] Lorsqu'un moyen auxiliaire qui n'est pas remis en prêt est acheté à l'étranger, c'est le prix pratiqué en Suisse qui est déterminant s'il est inférieur.

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

Montants maximaux

**Art. 10** Les montants maximaux des frais de maladie et d'invalidité remboursés en plus de la prestation complémentaire annuelle correspondent aux montants indiqués à l'article 14, alinéa 3, LPC[3)].

## SECTION 2 : Frais de médecin, de dentiste, de pharmacie, de soins et de tâches d'assistance

Participation aux coûts

**Art. 11** 1 La participation prévue par l'article 64 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal)[5)] aux coûts des prestations remboursées par l'assurance obligatoire des soins en vertu de l'article 24 LAMal est remboursée.

2 La participation aux coûts des soins prévue aux articles 10, lettre b, et 13, lettre b, de la loi du 16 juin 2010 sur le financement des soins[6)] est remboursée.

3 Les fournisseurs de soins transmettent à la Caisse de compensation du canton du Jura les données et pièces justificatives nécessaires aux remboursements de la participation aux coûts selon l'alinéa 2.

Assurance avec franchise à option

**Art. 12** Si une personne opte pour une assurance avec une franchise plus élevée que la franchise minimale, la participation aux coûts remboursée s'élève par année, au plus, au montant cumulé de la franchise minimale et du montant maximal de la quote-part (art. 64, al. 3, LAMal[5)]).

Frais de traitement dentaire

**Art. 13**[11)] 1 Les frais de traitement dentaire sont remboursés dans la mesure où il s'agit d'un traitement simple, économique et adéquat.

2 La première demande de remboursement, quel que soit son montant, doit être accompagnée du formulaire pour médecine dentaire sociale, sur lequel figure le résultat de l'examen de l'état dentaire préexistant. Ce formulaire est transmis pour validation du traitement au médecin-dentiste conseil.

3 Pour tout traitement, si le coût (frais de laboratoire inclus) risque, selon toute vraisemblance, de dépasser 1 000 francs, un devis doit être adressé pour approbation à la Caisse de compensation du canton du Jura avant le début du traitement en vue de son remboursement.

4 Le tarif pour le catalogue des prestations reconnues, incluant les valeurs du point, qui figure en annexe I[12)] à la présente ordonnance, est déterminant pour le remboursement des honoraires des prestations dentaires et des travaux de technique dentaire.

5 Les devis et factures à présenter doivent être conformes aux positions tarifaires de l'annexe mentionnée à l'alinéa 4.

6 La Caisse de compensation du canton du Jura édicte les directives nécessaires à l'application de la présente disposition, notamment sur la procédure à suivre et les modalités de remboursement.

Frais pour produits diététiques

**Art. 14** 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. Un montant annuel de 2’500 francs au maximum est remboursé.

Frais se rapportant à un séjour passager dans un hôpital

**Art. 15** En cas de séjour passager dans un hôpital, un montant approprié pour l'entretien selon l’article 11, alinéa 2, du règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants (RAVS)[8)], est porté en déduction de la participation aux coûts selon l'article 11 de la présente ordonnance.

Frais se rapportant à un séjour de convalescence

**Art. 16** 1 Les frais afférents à un séjour de convalescence prescrit par le médecin ou à un accueil temporaire sont remboursés, après déduction d'un montant approprié pour les frais d'entretien selon l’article 11, alinéa 2, RAVS[8)], si le séjour ou l’accueil s'est effectué dans un home ou dans un hôpital.

2 Les frais de séjour dans un home ou dans un hôpital se fondent sur l'article 3 de la présente ordonnance. Cette disposition est applicable par analogie aux séjours de convalescence ou d’accueil temporaire.

Frais se rapportant à un séjour passager dans une station thermale

**Art. 17** Les frais afférents à des cures balnéaires prescrites par le médecin sont pris en compte, après déduction d'un montant approprié pour les frais d'entretien selon l’article 11, alinéa 2, RAVS[8)], si, durant la cure, la personne assurée était sous contrôle médical.

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

**Art. 18** [1] Les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance rendus nécessaires en raison de l'âge, de l'invalidité, d'un accident ou de la maladie et dispensés par des institutions au bénéfice d'une autorisation cantonale d'exploitation ou de personnes au bénéfice d'une autorisation cantonale de pratique, sont remboursés.

[2] En présence d'un tarif échelonné selon les conditions de revenu et de fortune, seul le tarif le plus bas est pris en compte.

[3] Les frais découlant de soins et de tâches d'assistance dans un home ou un hôpital de jour ou dans un dispensaire, publics ou reconnus d'utilité publique, sont également remboursés.

[4] Les frais d'aide ainsi que les frais découlant de soins et de tâches d'assistance dispensés par des institutions privées au bénéfice d'une autorisation cantonale d'exploitation, sont remboursés dans la mesure où ils correspondent aux frais encourus dans un établissement reconnu d'utilité publique.

[5] 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 4'800 francs par année civile au plus si les prestations considérées sont fournies par une personne :

c) ne vivant pas dans le même ménage; ou
d) engagée par une organisation d'aide et de soins à domicile non reconnue.

[6] Lors d'un remboursement au sens de l'alinéa 5, les frais facturés peuvent être pris en compte jusqu'à concurrence de 25 francs l'heure au maximum.

Frais pour le personnel soignant engagé[15)]

**Art. 19** [1] Les frais pour le personnel soignant engagé peuvent être remboursés aux bénéficiaires d'une allocation pour impotent de degré moyen ou grave vivant à domicile, à la condition que les soins et les tâches d'assistance ne puissent pas être assumés par une organisation d'aide et de soins à domicile reconnue au sens de l'article 51 OAMal[7)].[15)]

[2] Un organe désigné par le Département de la Santé et des Affaires sociales détermine la part des soins et des tâches d'assistance qui ne peut, dans un cas concret, être assumée par une organisation d'aide et de soins à domicile reconnue, ainsi que le profil de la personne à engager. Si l'organe compétent n'est pas consulté ou si ses directives ne sont pas respectées, les frais ne sont pas remboursés.

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

**Art. 20** [1] Les frais pour des soins et des tâches d'assistance dispensés par des membres de la famille ne sont remboursés que si lesdits membres de la famille :

a) ne sont pas pris en compte dans le calcul de la prestation complémentaire, et
b) subissent, en raison des soins et des tâches d'assistance, une perte de gain notable pendant une période prolongée.

[2] Les frais peuvent être remboursés jusqu'à concurrence de la perte de gain au plus.

Frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des personnes séjournant dans des structures de jour

**Art. 21** [1] Les frais d'aide, de soins et de tâches d'assistance afférents à des personnes fréquentant un home de jour, un atelier d'occupation ou une structure de jour analogues sont remboursés, après déduction d'un montant approprié pour les frais d'entretien selon l'article 11, alinéa 2, RAVS[8)].

[2] Les frais pris en compte se fondent sur l'article 3 de la présente ordonnance. Cette disposition est applicable par analogie aux séjours dans une structure de jour.

[3] Aucun frais n'est remboursé en cas de séjour dans un home avec calcul de la prestation complémentaire au sens de l'article 10, alinéa 2, LPC[3)].

Frais de transport

**Art. 22** [1] Les frais de transport dûment établis sont remboursés s'ils ont été occasionnés en Suisse et résultent d'une urgence ou d'un transfert indispensable.

2 et 3 ...[14)]

## SECTION 3 : Moyens auxiliaires et appareils auxiliaires

Droit

**Art. 23** [1] Les bénéficiaires de prestations complémentaires ont droit au remboursement des dépenses occasionnées par l'acquisition de moyens auxiliaires et d'appareils auxiliaires (appareils de traitement ou de soins) énumérés dans l'annexe II ou à l'obtention de ceux-ci à titre de prêt. Les moyens auxiliaires et les appareils auxiliaires désignés dans cette annexe par un astérisque (*) ne sont remis qu'à titre de prêt.[11)]

[2] Les bénéficiaires de prestations complémentaires ont en outre droit à un remboursement équivalant au tiers de la contribution fournie par l'AVS en faveur des moyens auxiliaires :

a) qui figurent dans l'annexe de l'ordonnance du 28 août 1978 concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-vieillesse[9)]; et
b) pour lesquels l'AVS a fourni une contribution.

[3] Sont en outre remboursés les frais d'endoprothèses anatomiques ou fonctionnelles, qui sont mises en place lors d'une intervention chirurgicale.

[4] Un droit au remboursement des frais n'existe que dans la mesure où le moyen auxiliaire n’est pas remis par l'AVS, l'AI ou l'assurance-maladie. Les appareils de traitement et de soins au sens du chapitre II de l'annexe ne sont remis en prêt que pour les soins à domicile.

[5] Les frais d'achat ou de location des moyens auxiliaires sont remboursés à condition qu'il s'agisse de modèles simples et adéquats.

[6] Les dispositions de l'assurance-invalidité s'appliquent par analogie au remboursement des frais de réparation, d'adaptation et de renouvellement, ainsi qu'à celui des dépenses résultant d'un entraînement particulier à l'emploi de moyens auxiliaires ou d'appareils auxiliaires.

Examens

**Art. 24** [1] Lorsqu'il paraît douteux que le moyen auxiliaire ou l'appareil auxiliaire soit nécessaire ou qu'il s'agisse d'un modèle simple et adéquat, l'assuré doit produire une attestation d'un médecin, d'une institution d'aide aux invalides et aux personnes âgées, d'un service d'aide et de soins à domicile ou d'un service d'ergothérapie.

[2] S'agissant des appareils acoustiques, un expert reconnu par l'assurance-invalidité attestera que l'assuré en a besoin et qu'il s'agit d'un modèle simple et adéquat.

[3] Les frais de ces examens et expertises sont réputés frais au sens de l'article 14, alinéa 1, lettre f, LPC[3)].

Remise et reprise d'appareils provenant de dépôts de l'AI

**Art. 25** [1] Si le moyen auxiliaire ou l'appareil auxiliaire à remettre à titre de prêt est disponible dans un dépôt de l'AI, l'assuré ne peut prétendre à l'obtention d'un appareil neuf.

[2] La reprise, l'entreposage et la réutilisation des moyens et appareils auxiliaires remis en prêt sont régis par les prescriptions de l'assurance-invalidité.

## CHAPITRE V : Dispositions diverses

Collaboration des autorités fiscales cantonales

**Art. 26** Les autorités fiscales cantonales informent d'une façon appropriée et simple les personnes physiques ayant atteint l'âge de la retraite au sujet du droit aux prestations complémentaires à l'AVS/AI lors de la remise des documents liés à la déclaration d'impôt.

## CHAPITRE VI : Dispositions transitoire et finales[15)]

Droit transitoire

**Art. 26a**[16)] Pendant une durée de trois ans à compter du 1er janvier 2021, les montants fixés à l'article 2a dans son ancienne teneur demeurent applicables aux bénéficiaires de prestations complémentaires visés à l'alinéa 1 des dispositions transitoires de la modification du 22 mars 2019 de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI[3)] (réforme PC).

Bénéficiaires domiciliés à Moutier

**Art. 26b**[18)] [1] Jusqu'au 31 décembre 2029, le droit à la prestation complémentaire annuelle des bénéficiaires domiciliés à Moutier au 31 décembre 2025 est fixé sur la base des données figurant dans la dernière décision entrée en force de l'autorité bernoise compétente.

[2] Toutefois, les montants et tarifs reconnus par le canton de Berne sont adaptés automatiquement aux montants et tarifs reconnus par le canton du Jura.

Abrogation

**Art. 27** L'ordonnance du 17 décembre 1997 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité est abrogée.

Entrée en vigueur

**Art. 28** La présente ordonnance entre en vigueur le 1er janvier 2011.

Delémont, le 23 novembre 2010

AU NOM DU GOUVERNEMENT DE LA REPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

Le président : Charles Juillard
Le chancelier : Sigismond Jacquod

Approuvée par le Département fédéral de l'intérieur le 10 janvier 2011

La modification du 21 octobre 2014 a été approuvée par le Département fédéral de l'intérieur le 3 décembre 2014

La modification du 17 novembre 2015 a été approuvée par le Département fédéral de l'intérieur le 11 janvier 2016

La modification du 22 novembre 2016 a été approuvée par le Département fédéral de l'intérieur le 21 décembre 2016

La modification du 28 novembre 2017 a été approuvée par le Département fédéral de l'intérieur le 20 décembre 2017

La modification du 3 novembre 2020 a été approuvée par le Département fédéral de l'intérieur le 1er décembre 2020

La modification du 29 novembre 2022 a été approuvée par le Département fédéral de l'intérieur le 31 janvier 2023

La modification du 25 juin 2024 a été approuvée par le Département fédéral de l'intérieur le 12 août 2024

La modification du 16 septembre 2025 a été approuvée par le Département fédéral de l'intérieur le 18 décembre 2025

La modification du 19 août 2025 a été approuvée par le Département fédéral de l'intérieur le 7 janvier 2026

## Annexe I
## Référentiel de médecine dentaire sociale (article 13 de l'ordonnance)

…[12)]

## Annexe II[11)]
## Liste des moyens auxiliaires et des appareils de traitement ou de soins (article 23 de l'ordonnance)

### I. Moyens auxiliaires

**1.** **Orthèses**

1.01. *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**

2.01. *Retouches orthopédiques coûteuses/éléments orthopédiques incorporés aux chaussures de confection*

**3.** **Lunettes à cataracte ou verres de contact après opération de la cataracte**
Pour les lunettes à cataracte provisoires utilisées directement après l'opération, seuls les frais de location sont remboursés, et cela jusqu'à concurrence de 60 francs au plus.

**4.** **Moyens auxiliaires pour des aveugles et graves handicapés de la vue**

4.01.* *Cannes longues d'aveugle*

4.02.* *Chiens-guides pour aveugles*
s'il est établi que la personne assurée saura s'occuper d'un chien-guide et que, grâce à celui-ci, elle sera capable de se déplacer seule hors de son domicile. L'assurance prend en charge les frais de location.

4.03.* *Machines à écrire en Braille*

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

5.01.* *Programmes particuliers pour ordinateur*
lorsque l'assuré ne peut communiquer sans un programme qui transforme l'écriture en voix ou sans un contacteur particulier pour guider la souris.

5.02.* *Tourneurs de page*

5.03.* *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.

## II. Appareils de traitement ou de soins

6.* *Appareils respiratoires destinés à pallier une insuffisance respiratoire*

7.* *Inhalateurs*

8.* *Installations sanitaires complémentaires automatiques*
lorsque l'assuré ne peut faire sa toilette qu'au moyen de cet appareil.

9.* *Elévateurs pour malades*
s'il est attesté par un médecin qu'un tel moyen est indispensable pour les soins à domicile.

10.* *Lits électriques*
s'il est attesté par un médecin qu'un lit électrique est indispensable pour les soins à domicile.

11. *Chaises percées*

12.* *Chaises pour personnes atteintes de coxarthrose*

13.* *Potences*

* Ne sont remis qu'à titre de prêt (article 23, alinéa 1, 2ème phrase, de l'ordonnance).

1) RSJU 831.30
2) RS 210
3) RS 831.30
4) RS 831.301
5) RS 832.10
6) RSJU 832.11
7) RS 832.102
8) RS 831.101
9) RS 831.135.1
10) Nouvelle teneur selon le ch. I de l'ordonnance du 21 octobre 2014, en vigueur depuis le 1er janvier 2015
11) Nouvelle teneur selon le ch. I de l'ordonnance du 17 novembre 2015, en vigueur depuis le 1er janvier 2016
12) Cette annexe n'est pas publiée dans le Recueil systématique du droit jurassien, mais elle se trouve dans le Journal officiel 2015, n°44, p. 936-945

13) Introduit par le ch. I de l'ordonnance du 22 novembre 2016, en vigueur depuis le 1er janvier 2017
14) Abrogés par le ch. I de l'ordonnance du 28 novembre 2017, en vigueur depuis le 1er janvier 2018
15) Nouvelle teneur selon le ch. I de l'ordonnance du 3 novembre 2020, en vigueur depuis le 1er janvier 2021
16) Introduit par le ch. I de l'ordonnance du 3 novembre 2020, en vigueur depuis le 1er janvier 2021
17) Nouvelle teneur selon le ch. I de l'ordonnance du 29 novembre 2022, en vigueur depuis le 1er janvier 2023. Nouvelle teneur selon le ch. I de l'ordonnance du 25 juin 2024, en vigueur depuis le 1er janvier 2025. Nouvelle teneur selon le ch. I de l'ordonnance du 16 septembre 2025, en vigueur depuis le 1er janvier 2026
18) Introduit par le ch. I de l'ordonnance du 19 août 2025, en vigueur depuis le 1er janvier 2026